

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Pracovní rehabilitace – Individuální plán pracovní rehabilitace

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jméno autora : Bc. Jitka Bienertová

Jméno vedoucího práce : PhDr. Jaroslav Dostál

25.května 2009

Pracovní rehabilitace – Individuální plán pracovní rehabilitace

V dnešní době, tzn. na počátku třetího tisíciletí, má již každý člověk právo na svobodnou volbu povolání a získávání prostředků pro své životní potřeby. I lidé se zdravotním postižením mají stejná práva jako ostatní občané, proto mají nejen právo na zvláštní (přízpůsobené, upravené) pracovní podmínky, ale také na pomoc při přípravě na zaměstnání.

K tomuto účelu slouží pracovní rehabilitace. Pro klienty jenž jsou osobami se zdravotním postižením, je potom především určen individuální plán pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace, je v ČR zakotvena v zákoně č. 435/2004 Sb.

Cílem mé práce bylo popsat specifické kroky a postupy k integraci zdravotně znevýhodněných osob v rámci otevřeného trhu práce, zejména pak popsat stávající způsoby umožňující zhodnocení aktuálního zdravotního potenciálu klienta se zdravotním postižením jako předpokladu integrace na trhu práce.

Klíčovým bodem práce bylo stanovení kvalitativního výzkumu. Metodami výzkumu byly analýzy dokumentů, technikou posléze obsahová analýza dokumentů týkajících se klientů znevýhodněných na trhu práce. Pro sběr primárních dat byla použita metoda pozorování – technika dotazník.

Ve své práci, jsem se zaměřila na výzkum prováděný v regionu Chomutov a Žatec, který byl prováděn v rozmezí září 2008 až prosinec 2008 v Chomutově za pomoci společnosti EDOST s.r.o., Úřadu práce Chomutov, Nemocnice Chomutov – rehabilitační oddělení (ambulantní část) a Nemocnice Ústí nad Labem – rehabilitační oddělení. Osoby, které byli do projektu zahrnuti, jsou uchazeči o zaměstnání, kteří jsou dlouhodobě nezaměstnaní a mají určitou míru disability.

Cíle práce byli splněny, hypotézy práce se potvrdily v souladu se zákonem č.435/2004 Sb.

Jsem si vědoma, že uvedené skutečnosti (teoretické i empirické), mohou být podkladem a výzvou pro hledání dalších nástrojů a cest, umožňujících zkvalitnění systému vedoucího k zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Work Rehabilitation – Individual Plan of Work Rehabilitation

Nowadays, namely at the beginning of the third millennium, every individual is entitled to free choice of occupation and acquisition of the means to satisfy his/her necessities of life. Even the handicapped people have the same rights as the other citizens and they therefore have not only the right to a special (adapted, modified) conditions of work, but also to assistance in the preparation for employment.

Work rehabilitation serves to this purpose. In particular the individual plan of work rehabilitation is designed for the clients – handicapped persons. The work rehabilitation is embedded in the Czech Republic in the Act No. 435/2004 Coll.

The objective of my work was to describe the specific steps and procedures leading to integration of physically disadvantaged persons within the open labour market, in particular to describe the existing methods enabling the evaluation of the current health potential of the handicapped client as a precondition of integration on the labour market.

The determination of qualitative research was the key point of the work. The research methods applied comprised the analyses of documents, technical and then the content analysis of the documents concerning the clients disadvantaged on the labour market. To collect the primary data, the observation method – the questionnaire form – was applied.

I focused in my work on the research in the region of Chomutov and Žatec, carried out from September 2008 till December 2008 in Chomutov with the assistance of the company EDOST s.r.o., the Labour Office Chomutov, the Hospital in Chomutov – rehabilitation ward (outpatient part) and the Hospital in Ústí nad Labem – rehabilitation ward. The persons involved in the project are long-term unemployed job applicants with a certain size of disability.

The objectives of the work were complied with and the hypotheses of the work were confirmed pursuant to the Act No. 435/2004 Coll.

I am aware that the stated facts (theoretical and empiric) may constitute the basis and challenge to search for additional tools and ways to enable quality improvement of the system leading to employment of handicapped persons.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 25. května.2009

Bc. Jitka Bienertová

*Za odborné vedení práce děkuji **PhDr. Jaroslavu Dostálovi**. Dále patří můj dík také společnosti **EDOST s.r.o.**, Úřadu práce a Nemocnici Chomutov-Rehabilitační oddělení ambulantní část, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat.*

Obsah

<i>Úvod</i>	8
1. Současný stav	9
1.1 Vymezení pojmu rehabilitace	9
1.2 Pracovní rehabilitace	10
1.2.1 <i>Historie pracovní rehabilitace</i>	11
1.2.2 <i>Právní úprava pracovní rehabilitace</i>	12
1.2.3 <i>Pracovní rehabilitace, zaměstnávání, chráněná práce</i>	17
1.2.4 <i>Individuální plán pracovní rehabilitace</i>	19
1.2.5 <i>Cíle pracovní rehabilitace</i>	19
1.3 Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapu	20
1.4 Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF)	20
1.5 Legislativní normy týkající se osob se zdravotním postižením	22
1.6 Evidence osob se zdravotním postižením	24
1.7 Ochrana práv osob se zdravotním postižením v České republice	25
1.8 Působnost Úřadu práce v rámci zařazení do pracovního procesu	26
1.9 Zabezpečování zaměstnání občanů se změněnou pracovní schopností	28
1.10 Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna	29
2. Cíle práce a hypotézy	34
3. Metodika	35
3.1 Popis cílového souboru	36
3.2 Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka	37
3.2.1 <i>Metodiky 1. sledu</i>	39
3.2.2 <i>Metodiky 2. sledu</i>	40
3.2.3 <i>Psychologické hodnocení v rehabilitaci</i>	42
3.2.4 <i>Logopedické vyšetření v rehabilitaci</i>	45
3.3 Vyšetření fyzických pracovních schopností metodou Isernhagen WS jako součást ergodiagnostiky	46
3.3.1 <i>Cílové skupiny (pro koho je metodika určena, kdo ji bude využívat)</i>	47

3.3.2	<i>Metodiky vyšetření fyzických schopností obecně</i>	52
3.3.3	<i>Isernhagen work systém fce – popis systému</i>	53
3.4	<i>Kanadské hodnocení výkonu zaměstnání</i>	63
3.4.1	<i>Metodika COPM</i>	65
4.	Výsledky	69
4.1	<i>Míra nezaměstnanosti v Chomutově</i>	69
4.2	<i>Poradenské programy</i>	69
4.2.1	<i>První poradenský program</i>	69
4.2.2	<i>Druhý poradenský program</i>	74
4.2.3	<i>Třetí poradenský program</i>	79
4.2.4	<i>Čtvrtý poradenský program</i>	83
4.2.5	<i>Závěrečné shrnutí poradenských programů</i>	88
4.3	<i>Pracovní uplatnění v Chomutově</i>	93
5.	Diskuse	94
5.1	<i>Závěrečné zhodnocení grafů poradenských programů</i>	94
5.2	<i>Sběr informací</i>	96
5.3	<i>Rovné příležitosti osob se zdravotním postěžím</i>	96
5.4	<i>Cíle a hypotézy práce</i>	98
6.	Závěr	99
7.	Seznam použitých zdrojů	100
8.	Klíčová slova	104
9.	Přílohy	105

Úvod

Nejvyšší formou integrace osoby se zdravotním postižením do života, není ani z daleka zprostředkování společenského kontaktu těmto osobám, či umožnění života bez bariér, ale je to především jejich vlastní, kvalifikovaná práce jako zaměstnance, nebo podnikatele, de facto jejich ekonomická aktivita - nezávislost. „Práce je nejsilnější lidské pojítko s realitou.“ (S. Freud).

V dnešní době, tzn. na počátku třetího tisíciletí, má již každý člověk právo na svobodnou volbu povolání a získávání prostředků pro své životní potřeby. I lidé se zdravotním postižením mají stejná práva jako ostatní občané, proto mají nejen právo na zvláštní (přízpusobené, upravené) pracovní podmínky, ale také na pomoc při přípravě na zaměstnání.

K tomuto účelu slouží pracovní rehabilitace. Pro klienty jenž jsou osobami se zdravotním postižením, je potom především určen individuální plán pracovní rehabilitace.

Pracovní rehabilitace, jak je v současné době uváděna zákonem č. 435/2004, není tak pouze záležitostí uchazečů o zaměstnání, ale umožňuje zároveň i řešení zapojení jakéhokoliv občana – dospělého i mladistvého, podle jeho aktuálního zdravotního stavu do hledání odpovídajícího pracovního uplatnění.

Tato práce přináší návrhy k řešení problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením na trhu práce, v neposlední řadě se potom snaží i o začlenění navrhovaných a schválených novelizačních doplnění do konceptu praktické realizace.

V nedávné době jsem měla možnost se připojit k týmu odborníků z pracovní rehabilitace, zabývajících se začleňováním osob znevýhodněných na trhu práce a tato problematika mě natolik zaujala, že jsem si ji zvolila nejen za téma své bakalářské práce, ale nyní nově i diplomové práce.

„Ten, kdo se chce vydat na cestu pomoci, musí znát nauku o jevech lidské nouze.“
(Gebaattel)

1. Současný stav

Výchozí myšlenkou, při zpracování této práce, byla skutečnost připravovaných úprav a novelizací dané oblasti (pracovní rehabilitace), jakož i zákona č. 435/2004 a jejich odpovídajících výstupů.

Pro správné pochopení významu pracovní rehabilitace, porozumění podstaty věci a zkompletování celého obrazu předložených skutečností, je nezbytné se nejprve s teoretickými aspekty oboru, svědomitě popsat obsah a prostředky samotné rehabilitace, a v neposlední řadě se pak také obeznámit s historickým vývojem oboru v časovém sledu.

1.1 Vymezení pojmu rehabilitace

Novolatinský pojem „rehabilitace“, zaveden již v 19. století, původně znamenal pouze léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti. **(38)** Později termín rehabilitace označoval soubor činností, které pomáhají člověku, jež pro poruchu některých orgánů, nebo jejich ztrátu má sníženou (oslabenou), případně až znemožněnou určitou aktivitu (např. chůzi, problémy s mluvou, viděním, schopností správně myslet atd.), která byla nebo je způsobena nemocí, úrazem, nebo vrozenou vadou. Zdravotní stav takového člověka je diagnostikován, svým způsobem více či méně stabilizován, prošel již počátečním, často akutně diagnostickým a léčebným procesem, jenž tradiční medicína již nemůže podstatně ovlivnit. Nicméně ke zlepšení může významnou měrou přispět rehabilitace. **(14, 36)**

V současné době pojetí rehabilitace není již chápáno natolik striktně a stavovsky, tzn. myšleno výhradně jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, nýbrž je chápáno jako interdisciplinární obor, který zahrnuje jak péči zdravotnickou, tak i sociálně právní a pedagogicko psychologickou. **(13)**

Lidská bytost – člověk, je vnímána, jako bytost bio-psycho-sociální, a v neposlední řadě se v souvislosti s ní hovoří též o sféře duchovní (spirituální). **(12)**

Naproti tomu slovo rehabilitant, má pozitivní psychologický náboj a bývá jím označován člověk, který se začne sám aktivně podílet na terapii, někde se také používá výrazu klient, občan, nebo pojištěnec. **(28)**

Nutno však dodat, že rehabilitace se týká nejen lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve v důsledku onemocnění, nebo úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních dynamických stereotypů, avšak v našich podmínkách také těch jedinců, kteří se s postižením již narodili, popřípadě s ním žijí od raného věku. **(13)**

Významným pojmem, na který nelze zapomenout, je komprehensivní rehabilitace. Tento výraz značí ucelenou rehabilitaci, zahrnující v sobě nejen léčebnou rehabilitaci, ale i rehabilitaci sociální, pracovní, pedagogickou, právní, psychologickou, technickou, legislativní, ekonomickou atd. **(39)**

Jako nedílnou součástí léčebné rehabilitace je bezpochyby označována ergoterapie. Ergoterapie je zdravotnická disciplína, jež využívá specifické diagnostické léčebné metody, postupy, event. činnosti, při rehabilitaci jedinců každého věku s různým typem postižení, kteří jsou trvale či dočasně fyzicky, psychicky a smyslově, nebo mentálně postiženi. Cílem ergoterapie zde je další reedukace funkční schopnosti a dosažení tak maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí, a tím bezesporu zvýšení kvality jejich života. **(33)**

1.2 Pracovní rehabilitace

Legislativní úprava „pracovní rehabilitace“ plyne (se odvíjí) ze Zákona č.1/1991 Sb. o zaměstnanosti, ze znění pozdějších předpisů a z Vyhlášky č.115/1992 Sb. o provádění pracovní rehabilitace občanů se změněnou pracovní schopností. **(26)**

Dále pak paragraf číslo jedna, uvedené vyhlášky, poprvé zmiňuje využití pracovní rehabilitace také u osob dočasně práce neschopných. **(40)**

Souběžně spolu s tím, vznikají rehabilitační centra, nicméně přesto i nadále vystávají otázky a důvody k chybějící právní úpravě a nedořešeného financování. Činnost většiny z nich, tak zcela nenaplnuje metodiku stanovenou MPSV ČR. **(3)**

Výrazným posunem vpřed a možným řešením pracovní rehabilitace je zákon 435/2004 Sb.o zaměstnanosti.

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, které na základě písemné žádosti výše uvedených osob, zabezpečuje místně příslušný Úřad práce a hradí tak i náklady s ní spojené, nebo může příslušný Úřad práce tak činit ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky či může k pracovní rehabilitaci pověřit jinou právnickou, nebo fyzickou osobu. V první řadě zahrnuje poradenskou činnost, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a zprostředkování zaměstnání. **(25)**

Nutno dodat, že v rámci sociální politiky se uplatňuje sociální ochrana ve společnosti, a to nejen ve formě politiky zaměstnanosti, ale také sociálního zabezpečení, sociálních opatření, sociální pomoci a sociálních služeb. **(18)**

1.2.1 Historie pracovní rehabilitace

Problematika zdravotně postižených občanů a jejich zaměstnávání má již dlouhou historii. Nový aspekt vnesla první světová válka, kdy se z front vracelo velké množství mladých mužů s nejrůznějšími druhy zranění. V převážné většině zemí, které se války zúčastnily, se problém počal řešit společně se součinností zdravotnictví ,sociální služby, politiky zaměstnanosti a vzdělávání. V důsledku toho se v USA začalo od té doby uplatňovat pro tuto koordinovanou činnost označení rehabilitace. V USA pak v roce 1918 vyšel zákon o rehabilitaci válečných veteránů. **(38)**

U nás se v této době začal touto činností úspěšně zabývat prof. Rudolf Jedlička, i když názvu „rehabilitace“ nepoužil. Postupem času se pak rehabilitace jako užitečný pojem přenesla na problematiku všech osob, ohrožených v důsledku nějakého onemocnění nebo úrazu. **(38)**

Druhá světová válka musela čelit řadě zraněných a následně řešit jejich rehabilitaci zraněných. Do ČSR se z USA vrátil MUDr.Karpin, který sloužil v americké armádě jako rehabilitační lékař, a svých zkušeností začal využívat v nově vzniklém rehabilitačním ústavu v Kladrubech. **(38)**

V roce 1951 byla posléze administrativním rozhodnutím ministerstva zdravotnictví přejmenována veškerá fyziatrická oddělení na oddělení rehabilitační, což nastolilo dojem, že je u nás rehabilitace dostatečně zajištěna. Z této doby se také odvíjí u nás vžitý omyl, že rehabilitace je lékařský obor, který se zabývá především problémy porušené motoriky a léčbou bolestivých syndromů. Z tohoto hlediska dochází u nás stále k zaměňování pojmu „fyzioterapie“ (popř. fyziatrie), za pojem „rehabilitace“. (34)

Na základě jistého doporučení Světové organizace práce (ILO) z r. 1955 o pracovní rehabilitaci OZP se i naše tehdejší vláda rozhodla tento problém řešit.

Přestože v zahraničí docházelo k rozvinutí tohoto programu v souvislosti s bojem proti nezaměstnanosti, prvotním cílem pracovní rehabilitace bylo zaměstnat ty nejtíživěji postižené osoby na otevřeném trhu práce, byl u nás i nadále přístup odlišný. Právilo se, že žádná nezaměstnanost neexistuje. Byl stvořen statut změněná pracovní schopnost (ZPS), definovaný následovně: Občanem se ZPS je ten, kdo má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění, případně přípravy na pracovní uplatnění. Občany se ZPS jsou taktéž držitelé invalidních důchodů toho typu, jež jim umožňuje pracovat. (38)

Následně převážila tendence zaměstnávat tyto osoby separátně, v chráněných dílnách družstev invalidů.

Pro lepší pochopení a nastolení rehabilitace je důležité si definovat základní pojmy:

Definice zdraví zní: Zdraví je možno pojmut buď úzce (biologický stav člověka), nebo ze široka (biologicky přijatelné podmínky a prostředí).

Definice nemoci zní : Jakákoliv odchylka od zdraví. (15)

1.2.2 Právní úprava pracovní rehabilitace

Současné řešení pracovní rehabilitace je obsaženo v legislativě ČR, v zákoně 435/2004 Sb., v těchto paragrafech (9, 43)

§ 69

1) Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje místně příslušný Úřad práce, podle bydliště osoby se zdravotním postižením, a to ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky, nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu. **(9, 43)**

2) Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, jenž na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí tak i náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je pak doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením. **(9, 43)**

3) Pracovní rehabilitace zahrnuje především poradenskou činnost zaměřující se na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání či jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. **(9, 43)**

4) Úřad práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením vytvoří individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání, či jinou výdělečnou činnost. V neposlední řadě také na kvalifikaci. To vše s ohledem na situaci na trhu práce; vychází přitom z vyjádření odborné pracovní skupiny (§7 odst.5). **(9, 43)**

5) Do pracovní rehabilitace mohou být na základě jistého doporučení ošetřujícího lékaře, vydaného jménem zdravotnického zařízení, zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za práce dočasně neschopné. Zařazení této fyzické osoby na pracovní rehabilitaci nemůže ovšem být v rozporu s její zdravotní způsobilostí. Úřad práce je povinen zařazení písemně oznámit příslušné městské správě sociálního zabezpečení, s uvedením data zahájení, s místem výkonu, s denním rozsahem a s celkovou délkou doby trvání pracovní rehabilitace. Zpravidla do 5 kalendářních dnů poté písemně oznámit její ukončení. **(9, 43)**

6) Pro osoby se zdravotním postižením, které se účastní pracovní rehabilitace mimo zaměstnání, je určen § 101, 245 a 246 v zákoníku práce; ustanovení § 103 až 106 zákoníku práce § 132, 166 a 167 zákoníku práce; ustanovení § 133 až 135 zákoníku práce se použijí přiměřeně. **(9, 43)**

7) Ministerstvem práce a sociálních věcí je stanoven prováděcí právní předpis, který rozvádí obsah individuálního plánu pracovní rehabilitace, druhy nákladů spojených s prováděným pracovní rehabilitace a způsob jejich úhrady. **(9, 43)**

Tato novelizace nabyla účinnosti dne 1. ledna 2007

§ 70

Dohoda o zabezpečení pracovní rehabilitace podle § 69 odst. 1 mezi úřadem práce a právnickou nebo fyzickou osobou ze zákona zpravidla obsahuje:

- a) identifikační údaje všech účastníků dohody
- b) identifikační údaje osoby se zdravotním postižením, pro kterou je pracovní rehabilitace určena
- c) obsah a délku pracovní rehabilitace
- d) místo a způsob provedení pracovní rehabilitace
- e) způsob, výši a podmínky úhrady nákladů na zabezpečení pracovní rehabilitace
- f) způsob kontroly plnění předem sjednaných podmínek
- g) způsob ověření získaných nových znalostí a dalších dovedností
- h) podmínky a termín pro zúčtování poskytnuté úhrady nákladů na zabezpečení pracovní rehabilitace
- i) závazek právnické nebo fyzické osoby vrátit poskytnutou úhradu nákladů, nebo alespoň její poměrnou část, pokud se nedodrží sjednané podmínky, nebo pokud jí byla jejím zaviněným poskytnuta neprávem, či v částce vyšší, než jí náležela a nesplní lhůtu pro vrácení
- j) ujednání o vypovězení dané dohody **(9, 43)**

§ 71

Teoretická a praktická příprava pro zaměstnání, nebo jinou výdělečnou činnost osob se zdravotním postižením, zahrnuje tyto aspekty:

- a) přípravu na budoucí povolání podle zvláštních právních předpisů, **(9, 43)**

- b) přípravu k práci
- c) specializované rekvalifikační kurzy **(9, 43)**

§ 72

1) Příprava k práci je cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo, a jakož i k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání, nebo jiné výdělečné činnosti. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců. **(9, 43)**

2) Příprava k práci osoby se zdravotním postižením se koná **(9, 43)**

a) na příslušných pracovištích jejího zaměstnavatele, individuálně přizpůsobených zdravotnímu stavu této osoby; příprava k práci může být prováděna i za podpory asistenta

b) v chráněných pracovních dílnách, ale i v chráněných pracovních místech právnické nebo fyzické osoby

c) ve vzdělávacích zařízeních státu, územních samosprávných celcích, církví a náboženských společností, občanských sdružení, či dalších právnických a fyzických osob

3) O přípravě k práci uzavírá Úřad práce s osobou se zdravotním postižením předem písemnou dohodu, která obsahuje **(9, 43)**

a) identifikační údaje všech účastníků dohody

b) obsah přípravy k práci

c) dobu a místo konání přípravy k práci

d) způsob jejího zabezpečení, jakož i způsob ověření získaných znalostí a dovedností

e) ujednání o vypovězení dohody

4) Dokladem o absolvování přípravy k práci je osvědčení vydané právnickou nebo fyzickou osobou, u níž byla daná příprava k práci prováděna. **(9, 43)**

5) Osobě se zdravotním postižením, nepobírající dávky nemocenského pojištění, starobního důchodu nebo mzdy (platu), či náhrady mzdy (platu), náleží po dobu přípravy k práci na základě rozhodnutí Úřadu práce podpora při rekvalifikaci. Podpora při rekvalifikaci přísluší i v případě, že tato osoba není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání. **(9, 43)**

§ 73

1) Zaměstnavateli, který provádí na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdravotním postižením, může Úřad práce uhradit náklady na přípravu k práci těchto osob. O přípravě k práci, jenž je prováděna na pracovišti zaměstnavatele (§ 72 odst. 2 písm. a) uzavírá Úřad práce se zaměstnavatelem písemnou dohodu, která obsahuje

- a) identifikační údaje účastníků dohody, **(9, 43)**
- b) identifikační údaje osoby se zdravotním postižením, pro kterou je příprava k práci určena,
- c) obsah a délku přípravy k práci
- d) způsob, výši a podmínky úhrady nákladů na přípravu k práci
- e) dobu, po kterou bude příprava k práci prováděna s podporou asistenta
- f) způsob kontroly plnění sjednaných podmínek
- g) podmínky a termín zúčtování poskytnuté úhrady nákladů na přípravu k práci
- h) způsob ověření získaných nových znalostí a dalších dovedností
- i) závazek zaměstnavatele vrátit poskytnutou úhradu nákladů, či její poměrnou část, pokud nedodrží sjednané podmínky, nebo pokud mu byla jeho zaviněním poskytnuta neprávem, nebo v obnosu vyšším, než-li náležela, zároveň stanoví lhůtu pro vrácení
- j) ujednání o vypovězení dohody

2) O přípravě k práci, která je prováděna u právnické nebo fyzické osoby [(72 odst. 2 písm. b) a c)] uzavírá Úřad práce s touto osobou písemnou dohodu, která kromě údajů uvedených v odstavci 1 dále obsahuje: **(9, 43)**

- a) označení pracovní činnosti, na kterou se příprava k práci vztahuje
- b) základní kvalifikační a zdravotní předpoklady potřebné pro přípravu k práci,
- c) místo a způsob provedení
- d) rozsah teoretické a praktické přípravy

3) Náhrada škody náležející v souvislosti s přípravou k práci, která je prováděna podle § 72 odst. 2 písm. b) a c), se řídí podle občanského zákoníku. **(9, 43)**

§ 74

1) Pro osoby se zdravotním postižením mohou být také organizovány specializované rekvalifikační kurzy. Tyto kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako výše uvedené rekvalifikace. **(9, 43)**

2) Osobě se zdravotním postižením, která nepobírá dávky nemocenského pojištění, starobní důchod nebo mzdu (plat), případně náhradu mzdy (platu), přísluší na základě rozhodnutí úřadu práce po dobu konání těchto kurzů podpora při rekvalifikaci. Podpora při rekvalifikaci však náleží i v případě, že tato osoba není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání. **(9, 43)**

Na osoby se zdravotním postižením, které se účastní pracovní rehabilitace, se vztahují i příslušné paragrafy zákona č. 262/2006 Sb. zákoníku práce; zejména pak ustanovení Hlavy IV. v § 237. Tato novelizace nabyla účinnosti dne 1. ledna 2007.

1.2.3 Pracovní rehabilitace, zaměstnávání, chráněná práce

Koncepce zaměstnatelnosti patří již řadu let mezi ústřední koncepce politiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v evropských zemích. Zaobírá se širokým spektrem témat, počínaje vzděláním a pracovní rehabilitací, až po prosazování otázky zaměstnávání osob se zdravotním postižením mezi zaměstnavateli. **(7)**

Uplatnění jedince na trhu práce bývá podmíněno celou řadou faktorů (věk, zdravotní stav, pohlaví, vzdělání), které vyčleňují skupiny lidí s větším rizikem ztráty práce a předurčují je pro dlouhodobou nezaměstnanost . **(2)**

Jakýkoliv defekt nepostihuje pouze určitý orgánový systém, nýbrž ovlivňuje taktéž celou osobnost postiženého a vytváří tak zcela specifickou sociální situaci. **(37)**

Příprava na povolání (u zdravotního postižení od dětství), pracovní rehabilitace (u zdravotního postižení po úrazu nebo nemoci), zaměstnávání i chráněná práce musí komplexně směřovat k základnímu cíli – k aktivní politice zaměstnanosti občanů se zdravotním postižením. Pro tyto občany je práce převážně hlavním smyslem života. **(29)**

Získání pracovního místa pro člověka s postižením, zejména pokud má dotyčná osoba postižení těžší, je v posledním desetiletí obtížná záležitost. Projevil se velký rozdíl mezi starším systémem, který těmto lidem zaručoval práci určitého druhu a novou tržní ekonomikou, v níž nemají lidé se zdravotním postižením příliš lehké postavení. (19)

V úzké spolupráci s úřady práce a představiteli zaměstnavatelů, obcí a regionů je nanejvýš nezbytné vytvářet podmínky pro pracovní rehabilitaci, jež se snaží využít a rozvinout všechny silné stránky a zachované funkční schopnosti občana s postižením, k nalezení vhodného způsobu jeho pracovního uplatnění. Podle přihlednutí ke všem okolnostem, může přitom jít o zvýšení kvalifikace, nebo o rekvalifikaci na jiný obor podle aktuálních potřeb trhu práce. V tomto smyslu je třeba také ve spolupráci MZ a MPSV zabezpečit podmínky pro zahájení pracovní rehabilitace již v průběhu, nebo alespoň v závěrečné fázi rehabilitace léčebné, s cílem vytvořit předpoklady pro následnou rehabilitaci pro pracovní uplatnění – samozřejmě s přihlednutím k výsledkům rehabilitace léčebné. (29)

Optimálním řešením se tak stává uplatnění občanů se zdravotním postižením na volném trhu práce. Tam, kde se to, ať už z jakéhokoliv důvodu nepodaří, hrají mimořádně důležitou roli organizace, zaměstnávající převážně občany se zdravotním postižením, které mají jak dostatek zkušeností, tak i odborníků, pro vytváření vhodných pracovních podmínek pro tyto občany. Tyto organizace velmi často také provádějí pracovní rehabilitaci a provozují tzv. chráněné dílny. (29)

Zásadními problémy v chráněných dílnách bývají úbytky výrobních programů, které byly do značné míry v minulosti vázány na větší výrobní podniky, nízká kvalifikace a snížená výkonnost zaměstnanců, vysoký podíl ruční práce, a tím i v neposlední řadě vysoká mzdová náročnost a vysoká míra krátkodobé pracovní neschopnosti. (41)

Chráněné dílny nemohou být ekonomicky zcela soběstačné, jejich ziskovost je nereálná a za úspěch lze považovat i pouhou návratnost režijních nákladů. Prvořadým přínosem chráněného zaměstnávání se tak stává efekt psychologický, výchovný a sociálně rehabilitačně terapeutický. (27)

Chráněná práce je určena především pro občany s nejtěžším zdravotním postižením, u kterých je pracovní výkon téměř nesouměřitelný s výkonem na volném trhu práce, pro pracoviště s vysokou koncentrací občanů s těžkým zdravotním postižením a pracoviště v domácím prostředí osoby se zdravotním postižením. **(29)**

1.2.4 Individuální plán pracovní rehabilitace

Individuální plán pracovní rehabilitace (dále jen „IPPR“) je sestavován především za účelem získání a udržení vhodného zaměstnání pro účastníka pracovní rehabilitace.

IPPR vychází:

- 1). ze žádosti o pracovní rehabilitaci
- 2). z vyjádření odborné pracovní skupiny
- 3). z osobního jednání s účastníkem pracovní rehabilitace a posléze s jeho možností uplatnit se na trhu práce, či o vhodných formách pracovní rehabilitace **(10)**

1.2.5 Cíle pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace by měla ve své podstatě zajistit především zaměstnatelnost co největšího počtu občanů se zdravotním postižením, kteří mají častěji sníženou produktivitu práce, vyšší počet absencí v práci pro nemoc, či návštěvy lékaře. **(14)**

Kdekoliv je to možné, měla by být zvýšená snaha uplatnit občana se zdravotním postižením na volném trhu práce. Pro ty občany se zdravotním postižením, kteří se na volném trhu práce uplatnit nemohou, ať již z jakéhokoliv důvodu, je třeba hledat zajištění pracovní příležitosti prostřednictvím zvýhodnění organizací zaměstnávajících převážně občany se zdravotním postižením. Pro občany se zdravotním postižením, kde jejich pracovní výkon je naprosto nesouměřitelný s výkonem zdravých pracovníků, podporovat rozvoj pracovních příležitostí v rámci tzv. chráněné práce. **(29)**

Pracovní rehabilitace bývá prakticky realizována jako příprava k práci na pracovištích a chráněných dílnách zaměstnavatelů osob se zdravotním postižením.

1.3 Mezinárodní klasifikace poruch , disability a handicapu

Konvence Mezinárodní organizace práce č. 159, která byla ratifikována prozatím 74 státy, popisuje osobu s postižením jako někoho, jehož perspektivy na zajištění, udržení a postupy v zaměstnání jsou značně omezené v důsledku potvrzeného fyzického, či mentálního postižení. Mezinárodní organizace práce nepovažuje zdravotní postižení za něco, co by mělo automaticky znamenat i handicap v práci. **(31)**

Až doposud užívané termíny postižení a handicap byly užívány nejasným způsobem a odrážely pouze diagnostický postup, který se neohlížel na podmínky, v nichž lidé žijí. V roce 1980 byla Světovou zdravotnickou organizací schválena Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů. **(20)**

Vymezení rehabilitace v tomto dokumentu je chápáno jako obnova optimálního, nezávislého a plnohodnotného života osob po úrazu, či nemoci, případně zmírnění trvalých následků nemoci, nebo naopak úrazu pro život a práci člověka.

V uvedené mezinárodní klasifikaci je obsaženo vymezení základních pojmů:

Impairment: porucha orgánu nebo jeho funkce.

Disabilita: omezení nebo znemožnění vykonávat činnost v důsledku poruchy orgánu nebo jeho funkce.

Handicap: projekce omezení nezávislosti osoby do společenské roviny, která je závislá na rozsahu pomoci státu, osobám se zdravotním postižením.

Tento dokument se v řadě vyspělých zemích stával podkladem pro hodnocení a posuzování nároků k vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. **(14)**

V roce 2001 byla prostřednictvím Valného shromáždění WHO přijata konečná podoba revize tohoto dokumentu, a to pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health. **(14)**

1.4 Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti , disability a zdraví (MKF)

Počátky Mezinárodní klasifikace lze nalézt už kolem roku 1899. **(35)**

Nejnovější klasifikace MKF byla schválena 54. shromážděním Světové zdravotnické organizace (WHO) v r. 2001, které ji dále doporučilo k mezinárodnímu používání a vybídlo všechny členské státy WHO, aby ji co nejdříve ve svých zemích zavedly. Má poskytovat zejména vědeckou bázi pro zdraví a ke zdraví se vztahujícím stavům a jejich východiskům a vyhodnocovat, co je pro to určující. Dále má vytvořit společný jazyk, který popisuje zdraví a ke zdraví se vztahující stavy, pro zlepšení vzájemné komunikace. Měl by to být i statistický nástroj, který shromažďuje jak data, tak i informace o faktorech prostředí. Tyto informace se uplatní především v rehabilitaci a v posudkové činnosti. Je všeobecně známo, že tatáž nemoc nebo úraz (diagnóza), leckdy může přivodit velmi rozličné obtíže a příznaky, které posléze mohou být různě závažné, anebo také naopak tyto příznaky a obtíže mohou být způsobeny různými diagnózami. (38)

Jinými slovy se předpokládá, že Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví se stane operativním a smysluplným nástrojem, použitelným pro evidenci incidence a prevalence disability a na základě toho dojde k ucelení dostupných služeb v oblasti sociální, vzdělávací i zaměstnanosti. (24)

Příkladem můžeme uvést člověka, jež má jako hlavní obtíž problém s přemísťováním z místa na místo, která ve velké míře omezuje a determinuje jeho život. Možností je několik, může jít o centrální obrnu, periferní obrnu, extrapyramidovou poruchu, kořenovou bolest, atropatii nosných kloubů, amputaci dolní končetiny, myopatii, poruchu mozečkovou, poruchu vestibulární, srdeční insuficienci, plicní insuficienci, ztrátu zraku, různé mentální nebo psychické poruchy. Ve všech výše uvedených případech nastávají určité problémy ohledně přesunu z místa na místo, jedná se tedy o problém s lokomocí. Někdy jde o přesun na velkou vzdálenost, chůzi do kopce, nebo do schodů, jindy se jedná o orientaci v novém terénu, či orientaci ve složité komunikační síti a někdy jen o přesun z lůžka do koupelny, nebo na WC. Toto omezení by se však mohlo zmírnit dobrým zhodnocením situace, ve které je přemísťování limitováno, případně až znemožněno, a to např. pomocí léčebných prostředků rehabilitace, vybavením technickými (asistenčními) pomůckami, odstraněním

architektonických barier a zavedením facilitačních prostředků, jako jsou zřetelné informace a signály. (38)

Velký filosofický posun a význam tak spočívá především v tom, že Mezinárodní klasifikace neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. (24)

V neposlední řadě jsou další velkou pomocí sociální prostředky rehabilitace, jako je dobrá a promyšlená legislativa, umožňující například bezplatnou veřejnou dopravu, usnadnění řízení upraveného osobního automobilu a taktéž pozitivní postoj společnosti k těmto spoluobčanům. (38)

Tento dokument nám zavádí nové pojmy, impairment, aktivity a participation.

Impairment: (porucha) je strukturální nebo také funkční povahy na úrovni orgánu (struktury) nebo orgánové soustavy (funkce), která v největším počtu případů neomezuje závažným způsobem jedince a upravuje se většinou v krátké době.

Aktivita : (aktivita , schopnost) je podstata a rozsah konkrétního výkonu člověka. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání a taktéž v kvalitě. Omezení aktivity je následkem poruchy některého orgánu nebo více orgánů.

Participation : (participace) je zapojení do života (v různých směrech i rozsahu) v různých situacích v poměru k poruchám, disabilitám (aktivitám) a ke zdravotní kondici a v neposlední řadě spolupůsobícím faktorům života ve společnosti. (14)

Ústavní právo se nám zmiňuje o osobách se zdravotním postižením v souvislosti s právem na zvýšenou ochranu zdraví při práci, na zvláštní pracovní podmínky, na zvláštní pracovní ochranu v pracovně právních vztazích a taktéž na pomoc při přípravě k povolání. Toto právo je zakotveno v článku 29 Listiny základních práv a svobod. (6)

1.5 Legislativní normy týkající se osob se zdravotním postižením

Zákon č.1/1991 Sb. pracoval, ve znění pozdějších předpisů, s těmito níže uvedenými charakteristikami:

§ 21

1. Občanem se změněnou pracovní schopností je ten občan, jenž má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění, popřípadě i přípravy k pracovnímu uplatnění; občany se změněnou pracovní schopností jsou taktéž poživatelé důchodů podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, pokud jim však zachovaná pracovní schopnost dovoluje pracovní uplatnění nebo přípravu pro toto uplatnění. **(11)**

2. Občanem se změněnou pracovní schopností je vždy ten občan, který

a) pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je schopen vykonávat soustavné zaměstnání, jen zcela nepřiměřené jeho dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního zaměstnání

b) není poživatelem částečného invalidního důchodu

c) nebo byl uznán částečně invalidním, ale nárok na částečný invalidní důchod mu nevznikl. **(11)**

3. Občanem se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením je vždy ten občan, který má mimořádně omezenou možnost pracovního uplatnění včetně přípravy k němu a může se uplatnit pouze ve zcela úzkém okruhu zaměstnání, popřípadě v zaměstnání za mimořádně upravených pracovních podmínkách. **(11)**

4. Občanem se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením je vždy občan invalidní, jenž je schopen vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek a taktéž občan, který se může pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav připravovat na budoucí povolání jen za zcela mimořádných podmínek. **(11)**

5. Občané, kteří nespádají do ustanovení odstavců 2 a 4, jsou občany se změněnou pracovní schopností, popřípadě občany se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením, jen na základě rozhodnutí příslušného státního orgánu. **(11)**

6. Tato ustanovení odstavců 1 až 5 se však nevztahují na občany starší 65 let. **(11)**

Fyzickým osobám se zdravotním postižením (dále jen „osoby se zdravotním postižením“) náleží a také je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce.

Osobami se zdravotním postižením jsou tak fyzické osoby, které:

- a) byly orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (dále jen „osoby s těžším zdravotním postižením“)
- b) byly orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními
- c) byly rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoby zdravotně znevýhodněné“) **(11)**

Za zdravotně znevýhodněnou osobu podle odstavce 2 písm. c) se považuje fyzická osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání, nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovním začleněným, vykonávat dosavadní povolání, anebo využít dosavadní kvalifikaci, či kvalifikaci získat, jsou však podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. **(11)**

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje takový nepříznivý stav, jenž podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím tak i schopnost pracovního uplatnění. **(11)**

Skutková podstata, že je osobou se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm.

- a) a b) dokládá fyzická osoba potvrzením, nebo rovněž rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm.
- c) dokládá fyzická osoba rozhodnutím Úřadu práce **(11)**

Aktuální úpravy a postupy nám přinesl nový zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb.**(44)**

1.6 Evidence osob se zdravotním postižením

§ 68

Úřadem práce je vedena evidence osob se zdravotním postižením, kterým poskytuje služby podle tohoto zákona. Tato evidence obsahuje jak identifikační údaje o osobě se zdravotním postižením, tak i údaje o omezeních v možnostech jejího pracovního uplatnění ze zdravotních důvodů, dále pak údaje o právním důvodu, na

základě kterého byla uznána osobou se zdravotním postižením a v neposlední řadě i údaje o poskytování pracovní rehabilitace. (29)

Údaje z evidence osob se zdravotním postižením jsou určeny zásadně a jen pro účely začlenění a setrvání těchto osob na trhu práce a pro statistické účely. (29)

Úřad práce je povinen po ukončení poskytování služeb podle tohoto zákona nebo poté, co fyzická osoba přestane být osobou se zdravotním postižením, údaje týkající se této fyzické osoby učinit zcela nepřístupnými do doby, než nastanou nové důvody pro jejich další zpracování. (29)

1.7 Ochrana práv osob se zdravotním postižením v České republice

Dnešní pojetí invalidity nám sjednotilo všechna kritéria posuzování občanů, kdy se v důchodovém pojištění neodškodňuje stupeň nebo druh zdravotního postižení, nýbrž pokles výdělečné činnosti, ke kterému v důsledku zdravotního postižení dochází. (1)

Nejčastěji bývá využíváno sociálních služeb od osob staršího věku a lidí se zdravotním postižením. Aktuální informace o poskytovaných službách by pak měli občanům odpovědně předávat sociální pracovníci. (16)

Listina základních práv a svobod, která je taktéž součástí ústavního pořádku České republiky, pramení zejména z nedotknutelnosti a univerzálního charakteru přirozených lidských práv. V souladu s tímto pojetím tak stát lidská práva uznává, prohlašuje a potvrzuje jejich nezcizitelnost a nezrušitelnost.

Podle Čl. 3 Listiny se „Základní práva zaručující všem bez rozdílu.“ Uvedený článek tím vyjadřuje závazek státu zaručit tato práva a svobody všem, bez jakékoliv diskriminace. (6)

O osobách zdravotně postižených posléze hovoří přímo pouze článek 29, kde je uvedeno jejich „právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky“ a „právo na zvláštní ochranu v pracovně právních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.“ (6)

Tato práva jsou pak konkretizována zejména v pracovně právních předpisech.

Zvláštní pracovní podmínky zdravotně postižených nejsou ovšem v pracovním právu samostatně formulovány. Bývají však zpravidla sjednávány v rámci individuálních pracovních smluv.

Zvláštní ochrana v pracovně právních vztazích se vyjímá především v souvislosti s uzavíráním pracovní smlouvy, skončením pracovního poměru a povinné součinnosti s opatrovníky.

Pomoc při přípravě k povolání u zdravotně postižených, jedná-li se o mladistvé, spočívá zejména v odborném poradenství při volbě povolání. Pokud však k zdravotní poruše vedoucí k postižení došlo až v průběhu zaměstnání, je tato pomoc poskytována formou rehabilitace a rekvalifikace. (11)

1.8 Působnost Úřadu práce v rámci zařazení do pracovního procesu

Informuje nejen občany o možnostech získání zaměstnání, odborné přípravy a rekvalifikace, ale také zaměstnavatele o volných zdrojích pracovních sil na jejich vyžádání. (44)

Zprostředkovává zaměstnání uchazečům o zaměstnání a zájemcům o zaměstnání a poskytuje další služby v oblasti zaměstnanosti podle tohoto zákona. (44)

Poskytuje občanům také poradenské služby spojené se zaměstnáním, volbou povolání a odbornou výchovou v souladu s rozvojem odvětví, oborů a činností. (44)

Organizuje, zabezpečuje a taktéž usměrňuje rekvalifikaci uchazečů o zaměstnání ve svém územním obvodu a dále podle potřeby k tomu účelu zpracovává programy opatření. (44)

Mezi další možné aktivity patří zřizování státních rekvalifikačních středisek. (44)

Vede evidenci volných pracovních míst, evidenci zájemců o zaměstnání, evidenci uchazečů o zaměstnání, evidenci osob se zdravotním postižením, evidenci cizinců a evidenci povolení k výkonu umělecké, kulturní, sportovní nebo reklamní činnosti dětí; údaje z těchto evidencí předává do centrálních evidencí vedených ministerstvem. (44)

Sleduje a posléze hodnotí stav trhu práce a zpracovává koncepci vývoje zaměstnanosti ve svém územním obvodu a činí opatření k ovlivňování nabídky a

poptávky na trhu práce. Za tímto účelem může vyžadovat od zaměstnavatelů informace o jejich záměrech ve vývoji zaměstnanosti. (44)

Podněcuje a také hmotně podporuje zřizování společensky účelných pracovních míst a vytváření veřejně prospěšné práce ve svém územním obvodu. Za oním účelem spolupracuje se zaměstnavateli, obcemi a s příslušnými orgány státní správy. (44)

Nabízí zaměstnavatelům k přijetí adekvátní uchazeče o zaměstnání na nově zřízená společensky účelná pracovní místa a na vytvořené veřejně prospěšné práce. (44)

Projednává se zaměstnavateli na základě jimi poddaných informací umíst'ování uvolněných zaměstnanců při strukturálních změnách, racionalizačních a jiných opatření. V závažných případech spolupracuje jak se zaměstnavateli, tak i s příslušnými státními orgány, při sestavení programu opatření pro umíst'ování uvolňovaných zaměstnanců. (44)

Vydává potvrzení, že občan žádající o předčasné přiznání starobního důchodu byl veden v evidenci uchazeče o zaměstnání po určitou dobu a v případě, že tomuto občanovi bylo poskytováno hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání, tak i den, kterým byla jeho výplata zastavena. (44)

Potvrzuje žádost příslušného orgánu sociálního zabezpečení, že je žadatel o dávku sociální péče veden jako uchazeč o zaměstnání, popřípadě potvrzuje také i den uplynutí podpůrčí doby, po kterou mu mělo být poskytováno hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání, nebo mu nebylo poskytováno a to z důvodu uvedených v § 14 zákona č. 1/1991 Sb. o zaměstnanosti ve znění zákona č. 578/1991 Sb. (44)

Spolupracuje jak se správními úřady, územními samosprávnými celky, orgány sociálního zabezpečení, orgány pomoci v hmotné nouzi, orgány státní zdravotní správy, tak i zaměstnavateli a dalšími subjekty podle zvláštních právních předpisů při tvorbě a realizaci opatření souvisejících s rozvojem trhu práce a zaměstnaností (44)

. Spolupracuje s potencionálními kurátory a dalšími terapeutickými pracovníky, pracovišti rodinné terapie, jakož i s humanitárními institucemi s hlavním cílem začlenění a léčby osob společensky nepřizpůsobivých a taktěž osob v krizových situacích. Na základě písemné dohody poskytuje dále zaměstnavateli, z účelově

určených prostředků, příspěvek k částečné úhradě náhrady mzdy poskytované zaměstnancům podle pracovně právních prostředků. (44)

Plní úkoly v rámci provádění důchodového pojištění uchazečů o zaměstnání podle zvláštního zákona. (44)

1.9 Zabezpečování zaměstnání občanů se zdravotním postižením

Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením je upravována od 1.října 2004 Zákonem č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, v platném znění. Adaptuje se a zároveň se ztotožňuje s terminologií používanou v Evropě. Opouští pojem „osoba se změněnou pracovní schopností“, který dále nahrazuje pojmem „osoba se zdravotním postižením“. (46)

Úřad práce :

- vede evidenci uchazečů o zaměstnání se zdravotním postižením (43)
- v rámci svých kompetencí poskytuje poradenské služby o volbě povolání a zabezpečuje pracovní rehabilitaci, přípravu pro pracovní uplatnění a po jejich absolvování vhodné pracovní uplatnění občanů zdravotně postižených. Dále pak ve spolupráci s orgány státní zdravotní správy sleduje, zda příprava na pracovní uplatnění a pracovní podmínky nemají nepříznivý vliv na jejich zdravotní stav (43)
- vyžaduje od zaměstnavatelů seznamy veškerých pracovních míst vhodných pro občany zdravotně postižené (43)

Úřad práce rozhoduje o :

- přijetí osob zdravotně postižených do přípravy pro budoucí pracovní uplatnění
- hmotném zabezpečení osob zdravotně postižených po dobu jejich přípravy pro budoucí pracovní uplatnění a případně potom o jeho zvýšení na rodinné příslušníky
- úhradě nákladů na přípravu pro pracovní uplatnění osob zdravotně postižených

- příslušném příspěvku zaměstnavatelům na zřízení a provoz chráněných dílen a pracovišť a osobám zdravotně postiženým samostatně výdělečně činným na vybavení nezbytnými pracovními prostředky (43)

- udělení potřebného předchozího souhlasu zaměstnavateli k rozvázání pracovního poměru výpovědí pracovníkovi se změněnou pracovní schopností (43)

Úřad práce v některých případech, řídicích se aktuální situací vyžaduje, aby zaměstnavatelé vybírali z nahlášených volných míst místa vhodná pro uchazeče vyžadující zvýšenou péči. Následně na tato vhodná místa občany zaměstnavatelům doporučuje. (43)

1.10 Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna

Činnost chráněných dílen a pracovišť jsou doplňovány aktivitami uskutečňovanými v rámci projektů Evropského sociálního fondu (ESF). ESF je jedním ze čtyř strukturálních fondů, jejichž společným cílem je snížení rozdílů v životní úrovni, které existují nejen mezi regiony, skupinami obyvatel, ale také i mezi jednotlivci v Evropské unii.(5)

§ 75

1) Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody, jež je uzavřena s Úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno minimálně po dobu 2 let ode dne sjednaného v příslušné dohodě. Na vytvoření chráněného pracovního místa může být zaměstnavateli poskytnut Úřadem práce příspěvek. (45)

2) Příspěvek na vytvoření chráněného místa pro osobu se zdravotním postižením však může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením může činit maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Vytváří-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s Úřadem práce 10 a více chráněných pracovních míst, může příspěvek na vytvoření jednoho chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením

činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy. (45)

3) Příspěvek se poskytuje pouze za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky, nemá nedoplatek na pojistném ani na penále na veřejném zdravotním pojištění nebo na pojistném a na penále na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, avšak s výjimkou případů, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek. (45)

4) Žádost o příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa zpravidla obsahuje

- a) identifikační údaje zaměstnavatele
- b) místo a předmět podnikání (45)

5) K žádosti o příspěvek je nutné přiložit charakteristiku chráněných pracovních míst a jejich počet, dále potvrzení, o stavu závazků ve věcech pojistného na sociální pojištění a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, pojistného na veřejné zdravotní pojištění a taktéž doklad o zřízení účtu u peněžního ústavu. (45)

6) Dohoda o vytvoření chráněného pracovního místa zpravidla obsahuje

- a) identifikační údaje účastníků dohody
- b) charakteristiku chráněného pracovního místa
- c) závazek zaměstnavatele, že na vytvořeném pracovním místě je zaměstnaná osoba se zdravotním postižením
- d) dobu, po kterou bude chráněné pracovní místo provozováno
- e) výši příspěvku, jeho specifikaci a způsob úhrady
- f) podmínky, za kterých bude příspěvek poskytován
- g) způsob kontroly plnění sjednaných podmínek
- h) podmínky a termín zúčtování poskytnutého příspěvku
- i) závazek zaměstnavatele vrátit příspěvek, nebo jeho poměrnou část, pokud mu byl jeho zaviněním poskytnut neprávem, nebo v částce vyšší než mu náležel, a stanovit lhůtu pro vrácení příspěvku
- j) ujednání o vypovězení dohody (45)

7) Úřad práce je povinen v dohodě udat rozličné podmínky pro poskytnutí příspěvku na

a) podmínky, jejichž porušení bude postihováno odvodem za porušení rozpočtové kázně podle zvláštního právního předpisu

b) ostatní podmínky, jejichž porušení bude postihováno odvodem za porušení rozpočtové kázně podle zvláštního právního předpisu **(45)**

Nedojde-li v dohodě k rozlišení daných podmínek, má se za to, že se jedná o podmínky stanovené podle písmene a). **(45)**

8) Nedodržení podmínek poskytnutí příspěvku podle odstavce 7, nebo nevrácení příspěvku ve stanoveném termínu, je považováno jako porušení rozpočtové kázně. **(45)**

9) Úřad práce může taktéž uzavřít dohodu o poskytnutí příspěvku na vytvoření chráněného pracovního místa s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost. Pro poskytnutí takového příspěvku platí podmínky stanovené v odstavcích 1 až 7 s tím, že vrácení příspěvku nelze požadovat, pokud tato osoba přestane vykonávat samostatnou výdělečnou činnost ze zdravotních důvodů, nebo v případě jejího úmrtí. **(45)**

10) Úřad práce je oprávněn, na základě písemné dohody se zaměstnavatelem nebo s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, k možnému poskytnutí příspěvku na částečnou úhradu provozních nákladů na chráněné pracovní místo obsazené osobou se zdravotním postižením, roční výše příspěvku může činit maximálně trojnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. **(45)**

§ 76

1) Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě patřičné dohody s Úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu minimálně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. **(45)**

2) Příspěvek na vytvoření chráněné pracovní dílny však může maximálně činit osminásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku na každé pracovní místo v chráněné pracovní dílně

vytvořené pro osobu se zdravotním postižením a dvanáctinásobek této mzdy na pracovní místo pro osobu s těžším zdravotním postižením. Vytváří-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s Úřadem práce 10 a více pracovních míst v chráněné pracovní dílně, může příspěvek na vytvoření jednoho pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením poté činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy. (45)

3) Příspěvek se poskytuje pouze za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky, nemá nedoplatek na pojistném ani na penále na veřejném zdravotním pojištění nebo na pojistném a na penále na sociálním zabezpečení a taktéž příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, s výjimkou případů, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek. (45)

4) Dohoda o vytvoření chráněné pracovní dílny zpravidla obsahuje

- a) identifikační údaje účastníků dohody
- b) charakteristiku a počet pracovních míst v chráněné dílně
- c) závazek zaměstnavatele, že na vytvořených pracovních místech zaměstná osoby se zdravotním postižením
- d) dobu, po kterou bude chráněná dílna provozována
- e) výši příspěvku, jeho specifikaci a způsob úhrady
- f) podmínky, za kterých bude příspěvek poskytován
- g) způsob kontroly plnění sjednaných podmínek
- h) podmínky a termín zúčtování poskytnutého příspěvku
- i) závazek zaměstnavatele vrátit příspěvek, nebo jeho poměrnou část, pokud mu byl jeho zaviněním poskytnut neprávem, nebo v částce vyšší, než mu náležel a zároveň stanovit lhůtu pro vrácení příspěvku
- j) ujednání o vypovězení dohody (45)

5) Úřad práce je povinen v dané dohodě rozlišit podmínky pro poskytnutí příspěvku na

- a) podmínky, jejichž porušení bude postihováno odvodem za porušení rozpočtové kázně podle zvláštního právního předpisu
- b) ostatní podmínky, jejichž porušení bude postihováno odvodem za porušení rozpočtové kázně podle zvláštního právního předpisu (45)

Nedojde-li v dané dohodě k rozlišení podmínek, má se za to, že se jedná o podmínky stanovené podle písmene a). (45)

6) Nedodržení podmínek poskytnutí příspěvku podle odstavce 5, nebo nevrácení příspěvku ve stanoveném termínu je považováno jako porušení rozpočtové kázně. (45)

7) Úřad práce může na základě dané dohody se zaměstnavatelem poskytnout zaměstnavateli i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněné pracovní dílny. Výše tohoto příspěvku však může činit maximálně čtyřnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku na jednoho zaměstnance, který je osobou se zdravotním postižením a maximálně šestinásobek výše uvedené průměrné mzdy na jednoho zaměstnance, který je osobou s těžším zdravotním postižením. Pro zjištění počtu zaměstnanců, jenž jsou osobami se zdravotním postižením a osobami s těžším zdravotním postižením, je rozhodující jejich průměrný roční přepočtený počet. (45)

§ 77

1) Ministerstvo prováděcím právním předpisem stanoví charakteristiku chráněného pracovního místa i chráněné pracovní dílny, dále pak způsob výpočtu ročního přepočteného počtu zaměstnanců, kteří vykonávají práci v chráněné pracovní dílně, druhy nákladů, na které lze poskytnout příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa a chráněné pracovní dílny, a v neposlední řadě i způsob poskytování příspěvku. (45)

2) Výši průměrné mzdy za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku vyhláší ministerstvo na základě údajů Českého statistického úřadu sdělením, uveřejněným ve Sbírce zákonů. (45)

2. Cíle práce a hypotézy

Předpokládané hypotézy této práce jsou:

- 1) Osoba se zdravotním omezením (disabilitou) je umístitelná na trhu práce.
- 2) Osoba se zdravotním omezením je umístitelná na trhu práce za podmínek, že bude akceptován její aktuální zdravotní potenciál.
- 3) Individuální plán pracovní rehabilitace umožňuje zvýšit šanci začlenění osob zdravotně znevýhodněných na trhu práce.

Cílem práce je popsat specifické kroky a postupy k integraci zdravotně znevýhodněných osob v rámci otevřeného trhu práce.

Dílčím cílem práce je popsat stávající způsoby umožňující zhodnocení aktuálního zdravotního potenciálu klienta se zdravotním postižením jako předpokladu integrace na trhu práce.

3. Metodika

Klíčovým bodem naší práce bylo stanovení kvalitativního výzkumu. Základem je idea, že cílem v kvalitativním výzkumu je pochopení. Pochopení s nutností náhledu do pokud možno maximálního množství dimenzí dané problematiky (4). Snažíme se chápat Pracovní rehabilitaci jako komplex, v souvislostech jejích postupů, výsledků a případných intervenujících okolností.

Kvalitativní výzkum využívá induktivní logiku. Prvním krokem je sběr všech možných údajů a informací, následuje pozorování a rozhovory. Poté je nutné vyhledat pravidelnosti a smysl zjištěných údajů. Následně se utvářejí první výsledky zkoumání. Jejich produktem mohou být nově zpracované hypotézy, případně i zcela nové teorie (4).

Podle Hendla (8) je realizace kvalitativního výzkumu v četných aspektech náročnější než realizace výzkumu, který je založen na ověřených postupech kvantitativní metodologie. Důvodem je mimo jiné i fakt, že sesbírané údaje jsou subjektivního charakteru a nejdůležitějším nástrojem samotného výzkumu se jeví sám badatel.

Z druhého úhlu pohledu majorita způsobů kvalitativního výzkumu vychází ze zcela běžně aplikovaných úkonů. Pozorování, rozhovor a vyhodnocování ústně získaných údajů se jeví elementárními činnostmi v životě každého jedince (8).

Do výzkumu hodláme zapojit i způsoby, využívající se v kvantitativním výzkumu. Corbinová se Straussem tvrdí, že kvantitativní a kvalitativní metody je možno účinně využít v tomtéž výzkumném programu. Materiály použijeme k dotváření sledované skutečnosti.

Metodami výzkumu jsou analýzy dokumentů, technikou je obsahová analýza dokumentů týkajících se klientů znevýhodněných na trhu práce.

Pro sběr primárních dat byla použita metoda pozorování – technika dotazník.

3.1 Popis cílového souboru

V rámci projektu Rehabilitace-Aktivace-Práce byl celkem ve 12 regionech (Sokolov, Chomutov, Most, Teplice, Ústí nad Labem, Písek, Tábor, Pardubice, Hradec Králové, Karviná, Opava, Bruntál) zrealizován poradenský program pro osoby se zdravotním postižením. (22)

Tento poradenský program byl tvořen třemi typy poradenských aktivit:

- a) aktivizačně motivační část (skupinová forma poradenství, která se zaměřovala jak na motivaci, tak i na aktivizaci klientů v oblasti hledání možného pracovního uplatnění)
- b) psychodiagnostická část (sloužící ke zhodnocení osobnostních dispozic klientů v oblasti pracovního uplatnění)
- c) ergodiagnostická část (zaměřující se na komplexní zhodnocení pracovního potenciálu)

Cílem takto vytvořené kombinace projektu bylo nejen ověření regionálních sítí spolupráce, kdy se do realizace poradenského programu v různých regionech zapojily nestejnou měrou různé typy subjektů, nýbrž také ověřování metodiky hodnocení pracovního potenciálu a v neposlední řadě ověřování struktury poradenského programu pro osoby se zdravotním postižením zaměřená na aktivizaci a motivaci v oblasti hledání pracovního uplatnění.

Konečnou metou pak je aplikovat získané zkušenosti z pilotního ověřování do návrhu struktury aktivizačního poradenského programu pro osoby se zdravotním postižením, jenž by měla posloužit co by metodický podklad pro realizaci podobných programů v širokém měřítku a pomoci tak v budoucnosti standardizaci v této oblasti.(22)

Ve své práci, jsem se zaměřila na výzkum prováděný v regionu Chomutov a Žatec, který byl prováděn v rozmezí září 2008 až prosinec 2008 v Chomutově na níže uvedených pracovištích.

Součástí práce je tedy výzkum provedený za pomoci společnosti EDOST s.r.o., Úřadu práce Chomutov, Nemocnice Chomutov – rehabilitační oddělení (ambulantní část) a Nemocnice Ústí nad Labem – rehabilitační oddělení.

Osoby, které byli do projektu zahrnuti, jsou uchazeči o zaměstnání, kteří jsou dlouhodobě nezaměstnaní a mají určitou míru disability.

Při výběru vhodných osob do projektu nebylo pohlaví, vzdělání, věk, národnost, či sociální statut, ale podstatným hlediskem byla dobrovolnost začlenění se mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo a zapojení se do pracovní rehabilitace s cílem získat vhodné zaměstnání.

Celý proces zhodnocení pracovního potenciálu, by se dal shrnout do několika částí – vstupní vyšetření lékařem (na jehož základě lékař doporučí další typy testů – ukázkou předpisu diagnostiky naleznete v příloze č. 1), vyšetření fyzioterapeutem, vyšetření ergoterapeutem, vyšetření psychologem, popřípadě jiným odborníkem a v neposlední řadě hodnocení celkové fyzické zatížitelnosti a následné závěrečné hodnocení. (23)

3.2 Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka

Metodiky psychosenzomotorického potenciálu patří mezi zásadní diagnostické i terapeutické postupy v rehabilitaci. (21)

Podstatným problémem zde však je, že zdravotnická zařízení v České republice stanoví diagnózu, zachrání život a provedou terapii, nicméně u klientů, u kterých je zřejmé, že dané onemocnění či úraz zanechá dlouhotrvající či trvalé následky v oblasti aktivit a participací, se otázky rehabilitace již dále neřeší. Individuálně je naprosto nezbytné indikovat vhodné prostředky rehabilitace, jenž jsou – **rehabilitace ve zdravotnictví, rehabilitace sociální, pedagogicko výchovná rehabilitace** a v neposlední řadě **předpracovní a pracovní rehabilitace**. Občané se zdravotním postižením potřebují, díky specifickým potřebám, řešení individuální, plynulé a komplexní, proto souběžně s rehabilitací ve zdravotnictví zahájené již v období poskytování akutní zdravotní péče, musí probíhat i zbývající potřebné části rehabilitace, popřípadě na ni musí koordinovaně navazovat. (21)

Do rehabilitace ve zdravotnictví vstupují klienti, jenž mají poruchu určitého orgánu nebo jeho funkce, vedoucí k limitaci funkčních schopností a tedy k následnému omezení aktivit, eventuálně participace a tedy ke vzniku disabilních situací. Faktory prostředí mohou tyto situace klienta zmírnit (facilitovat), či zhoršit a v tomto případě se tedy jedná již o bariérové prostředí. (21)

Proces rehabilitace tak musí být zahájen již v období poskytování akutní zdravotní péče jako její nedílná součást (a to na všech pracovištích klinických oborů, nevyjímaje oddělení ARO) a to u klientů s **pohybovým, zrakovým, sluchovým, mentálním i psychickým postižením**, jenž mohou být v různém věku (děti, dorostenci, osoby v produktivním věku i senioři). (21)

U podstatné většiny těchto klientů se specifickou léčbou základního onemocnění rehabilitací, dosáhne původní kvality života, u ostatních klientů lze předpokládat zanechání dlouhodobých či trvalých následků, a proto je nezbytné použít i ostatní prostředky rehabilitace (sociální, pedagogicko výchovné, předpracovní a pracovní), podle individuálních potřeb určených multidisciplinárním týmem. (21)

Tato metodika funkčních schopností a psychomotorického potenciálu je určena pro osoby v produktivním věku se zaměřením na předpracovní a pracovní rehabilitaci. (21)

Multidisciplinární rehabilitační tým tvoří lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, logoped, speciální pedagog, sociální pracovník, event. protetik. Je totiž nezbytné, pro optimální soběstačnost klienta a jeho následné zařazení do pracovního procesu, zajistit prostředky zdravotnické techniky, tedy kompenzační rehabilitační pomůcky v oblasti soběstačnosti, vzdělávání a zaměstnání. (21)

U osob, u nichž přetrvává dlouhodobé či trvalé zdravotní postižení – snížená aktivita (disabilita, popř. omezená participace, jak už bylo výše řečeno, je nezbytná návaznost prostředků ostatních oblastí rehabilitace, zejména jejich včasnost, dostupnost a komplexnost. Tento celý proces se zajišťuje sestavením individuálního rehabilitačního plánu, směřujícího k dosažení optimálního efektu – a to jak v co nejkratším čase, tak i s nezbytnými náklady (s nezbytným důrazem na aktivní účast rehabilitanta a jeho rodiny). (21)

Vlastní zařazení zdravotně postiženého jedince do procesu pracovní rehabilitace vychází z posouzení jeho aktuálního zdravotního stavu, jeho pracovní způsobilosti, jím dosaženého vzdělání a získání dovedností a v neposlední řadě potom situace na trhu práce. Po ukončení určitého konkrétního hodnocení pomocí individuálně určených baterií testů, je stanoven psychosenzomotorický potenciál člověka k práci. (21)

3.2.1 Metodiky 1. sledu

Standardní, krátkého trvání (maximálně 3 hodiny), přehledné baterie standardizovaných metodik pro občany s lehce limitovanou aktivitou a participací (občany s lehkých zdravotním postižením). (21)

- (ergoterapie a jiné zdravotní profese)

název	indikace
Jebsen - Taylor	jemná motorika
Purdue - Pegboard, Model #32020	jemná motorika, ergodiagnostika
Dynamometrie Jamar	síla stisku, ergodiagnostika
BI (Barthel index)	personální všední denní činnosti
I ADL (Hodnocení instrumentálních ADL - aktivity of daily living)	instrumentální všední denní činnosti
Pracovní křivka (podle Emila Kraepelina a Richarda Pauliho)	koncentrace pozornosti, ergodiagnostika
Hodnocení bolesti, algometrie	objektivizace bolesti, ergodiagnostika
Modelové činnosti (MČ): - kognitivní funkce, JM např. zaslání balíčku - sebeobsluha např. vaření kávy a polévky - práce s počítačem např. přepis textu - práce v textilní dílně - práce v zahradě	instrumentální všední denní činnosti, ergodiagnostika
AMAS (Activity Matching Ability System)	ergodiagnostika
MMSE (Mini Mental State Examination - Krátká škála mentálního stavu)	stanovení závažnosti demence
LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment) ergoterapeutické kognitivní hodnocení	hodnocení závažnosti poruchy kognitivních funkcí

Ukázku Funkčního testu HK naleznete v příloze č. 2, ukázku Pracovní křivky, podle Emila Kraepelina a Richarda Pauliho, najdete v příloze č. 3, ukázku testu AMAS naleznete v příloze č. 4.

- (fyzioterapie a jiné zdravotní profese)

název	indikace
Kineziologický rozbor	motorika
Vyšetření hypermobility	motorika
Goniometrie	motorika
Antropometrie	technika měření lidského těla
Svalový test	svalová síla
Vizuální analogová škála	bolest
Vyšetření zkrácených svalů	motorika

3.2.2 Metodiky 2. sledu

Standardizované metodiky pro občany již se středně těžkou a těžkou limitovanou aktivitou a participací (středně těžké až těžké zdravotní postižení). U těchto klientů jsou tyto metodiky speciální podle různých onemocnění, úrazů či vrozených vad anebo pro různé typy postižení (např. pohybové).

Jsou zde uvedeny především metodiky pro určité onemocnění a postižení, jenž by se měly dále zpracovat i pro jiná onemocnění, úrazy, vrozené vady či pro další typy postižení (postižení smyslové, psychické, atd.). (21)

- (ergoterapie a jiné zdravotní profese)

název	indikace
Vyšetření čítí	hodnocení taktilního čítí, více zaměřeno na horní končetinu
FIM (Funkční míra nezávislosti)	všední denní činnosti
COPM (Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání)	zjištění problémů v oblastech: sebeobsluha, produktivita a volný čas
RBMT (Rivermead behaviorální paměťový test)	vyšetření poruch paměti
ONT (Orientační neuropsychologické hodnocení)	vyšetření kognitivních funkcí
MEAMS (Middlesex hodnocení mentálního stavu starších osob)	vyšetření kognitivních funkcí - u starších osob
BIT (Test behaviorální poruchy pozornosti)	přítomnost nebo absence unilaterálního vizuálního neglect syndromu
Předpracovní hodnocení dle K. Jacobsové	soubor testových situací, pracovní dovednosti, schopnosti a návyky, určeno pro mládež s mentální retardací
Isernhagen Work System + PCE + PACT	hodnocení fyzického potenciálu, ergodiagnostika
VKT (Všeobecný kancelářský test)	zjištění obecných kognitivních dovedností
Struktura dne	denní režim, sledování rozvrhnutí a vyplnění dne
Dotazník zájmů	přehled zájmů klienta, frekvence vykonávání aktivity, ovlivnění postižením
Squala (dotazník kvality života)	hodnocení kvality života
Dotazník schopností zvládat problémy	schopnost využívání různých strategií pro zvládání obtížných situací

- (fyzioterapie a jiné zdravotní profese)

Název	indikace
Bergova funkční škála rovnováhy	hodnocení rovnováhy
Modifikovaná Ashworthova stupnice pro měření spasticity	hodnocení spasticity
Vyšetření hybnosti pomocí 3D infrakamer, analýza pohybu a pracovní operace	analýzy pohybu a pracovní operace
Hodnocení pohyblivosti E.Tinetti	hodnocení chůze a rovnováhy
Posturografie	hodnocení senzomotoriky, hodnocení lokality těžiště

3.2.3 Psychologické hodnocení v rehabilitaci

- Environmentální – exogenní faktory

- podrobně a objektivně sepsaná anamnéza, odebraná – lékařem (z dané dokumentace a vstupního vyšetření), psychologem (doplňující informace potřebné dle své odbornosti) a v neposlední řadě sociálním pracovníkem či ergoterapeutem (šetření v bydlišti, na potenciálním pracovišti, ÚP, aj.) (21)

RA: (rodinná anamnéza) – původní stav, rodina (zvláště matka, otec, sourozenci) – nemoci, kdo žije, životní styl, péče o klienta, vzdělání a zaměstnání, bytové a majetkové poměry, aj.

SA: (sociální anamnéza) – současný rodinný stav (manželka, děti, bydlení, finanční příjem), popř. rozvody, obecná psychosociální integrace, aj.

ŠA: (školní anamnéza) – nejvyšší dosažené vzdělání, dále pak zvláštní znalosti a dovednosti (jazyky, PC, ŘP, aj.)

PA: (pracovní anamnéza) – velmi podrobně, od začátku nástupu do zaměstnání po současnost

OA: - (osobní anamnéza) – veškerá prodělaná onemocnění, úrazy a jejich následky před nynějším onemocněním

GA/SA: (gynekologická a sexuologická anamnéza) – zvláštní nápadnosti (vícečetné umělé a spontánní potraty, orientace, promiskuita, pohyb v nezákonném prostředí, prostituce, aj.)

FA: (farmakologická anamnéza) – užívané léky, podle lékaře

TA: (toxikologická anamnéza) – veškeré užívané toxikologické preparáty – excesivní kouření, alkohol, drogy, léky, aj.

NO: (nynější onemocnění) – od samotného počátku po současnost z pohledu lékaře, psychologa, logopeda, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, a dalších (21)

- Kognitivní funkce

- musí být vyšetřeny pouze psychologem

KOGNITIVNÍ FUNKCE	
MYŠLENÍ	
a) Není klinicky významná změna kvantitativní ani kvalitativní	
b) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ změna: Je přítomna porucha mentální výkonnosti (inteligence), a to dle následující specifikace retardace nebo deteriorace (mentální výkonnost – inteligence – je momentálně klinicky snížena buď absolutně ve smyslu MKN, nebo relativně proti premorbidnímu stavu)	
ba) Snížení vysoce pravděpodobně již premorbidně	
bb) Snížení oproti premorbidnímu stavu	
bc) Snížení v rámci celkového těžkého stavu, zatím bez možnosti kvantifikace, analýzy a prognózy	
c) Je klinicky významná KVALITATIVNÍ změna myšlení ve smyslu psychopatologickém, a to buď organogenní, nebo bez zřejmé organické příčiny (endogenní, environmentální, reaktivní, nejasná)	
ca) Zrychlení, zpomalení, záraz, výpadky	
cb) ulpívavé, zabíhavé, nevýpravné	
cc) zmatené, roztříštěné, inkoherentní	
cd) autistické, paralogické, bludné	
VNÍMÁNÍ	
a) Není klinicky významná změna kvantitativní ani kvalitativní, nebo nebyla psychologickými prostředky zjištěna	
b) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ změna funkce jednoho nebo více smyslů, problém je však v oblasti medicínské – nepsychologické	
c) Je klinicky významná KVALITATIVNÍ změna vnímání ve smyslu neuropsychologickém nebo psychopatologickém, a je výše popsána (agnózie, iluze, psychosenzorická porucha = depersonalizace, derealizace, dějá vu); halucinace vázaná na některý smysl nebo smysly nebo halucinace motorické.	
POZORNOST	
a) Není klinicky významná změna kvantitativní ani kvalitativní, a to i v případě, že pacient má potíže připomínající poruchu pozornosti (např. při zvýšené unavitelnosti a j.), <u>nejde však o specifickou poruchu</u>	
b) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ změna pozornosti (výrazný úbytek nebo zhoršení, kolísání, výpadky – „okénka“ vč. mikroabsencí, úbytek pozornosti v čase)	
c) Je klinicky významná KVALITATIVNÍ nebo KVANTITATIVNÍ změna takového rázu, že bylo nutno provést speciální vyšetření (WDG, počítačové programy) nebo je nutno takové vyšetření objednat (vyšetření vigility, speciální epileptologické vyšetření apod.) – zvláště pro <u>posudkové účely</u> u řidičů nebo uživatelů elektrických vozíků, nebo u <u>diferenciálně diagnosticky</u> nejasných případů.	

PAMĚŤ	
a) Není klinicky významná změna či porucha (týká se i případů, kdy premorbidní úroveň byla nízká, nikoli však defektní)	
b) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ změna	
ba) Dle dostupných údajů zřejmě již premorbidní	
bb) Porucha paměti krátkodobé – dlouhodobé, vizuální, akustické, jiné, specifická porucha jak je uvedeno výše – V souvislosti s nynějším onemocněním	
c) Je klinicky významná KVALITATIVNÍ změna (amnézie, vzpomínkové klamy, konfabulace, perseverace nebo jiné jak je popsáno).	
VĚDOMÍ	
a) Není klinicky významná změna či porucha (vyšetření často provedeno lékařem nebo spolu s ním)	
c) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ nebo KVALITATIVNÍ změna (v době psychologického vyšetření vědomí zastřené – somnolence, stupor, kóma, synkopa), oblužené (amence) nebo mráкотné stavy, jak je popsáno	
PLOŠNÁ A PROSTOROVÁ PŘEDSTAVIVOST, ORIENTACE V PROSTORU, VIZUOKONSTRUKČNÍ SCHOPNOST	
a) Není klinicky významná změna či porucha nebo nebyla během úvodního vyšetření zjištěna a je třeba déleodobého šetření a pozorování	
b) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ nebo KVALITATIVNÍ změna jak je popsáno	
VIZUOMOTORICKÁ KOORDINACE	
a) Není klinicky významná změna či porucha nebo nebyla během úvodního vyšetření zjištěna a je třeba déleodobého šetření a pozorování	
b) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ nebo KVALITATIVNÍ změna jak je popsáno	
MOTORICKÉ REAKCE NA STANDARDNÍ PODNĚTY OPTICKÉ, AKUSTICKÉ A SMÍŠENÉ – RYCHLOST A PŘESNOST REAKCÍ HK, DK A SMÍŠENÝCH (Není běžnou součástí úvodního vyšetření, užíváno při vyšetření cíleném nebo posudkovém – řidiči, el. vozíky a d.)	

a) Nprovedeno	
b) Reakce ve smyslu centrálním i periferním vyhovují rychlostí, přesností a nízkým % chyb požadovanému účelu, jak je popsáno	
c) Byly zjištěny a popsány závažné problémy a vyvozena klinická doporučení event. posudkový závěr	
LATERALITA	
a) Není klinicky významná změna či porucha - je pravostranná nebo levostranná dominance bez nutnosti úvah o přecvičování	
b) Existuje problém, zvláště nutnost rozvahy o cvičení původně nedominantních končetin jako dominantních; spolu s převážně fyzioterapeutickými a ergoterapeutickými problémy jsou sledovány i event. psychické dopady	
ŘEČ A ČTENÍ	
(Je primárně doménou logopedie; z psychologického hlediska jen orientační posouzení nebo zdůraznění dalších aspektů – např. obsahové nápadnosti v řeči při malé nebo žádné logopedické poruše)	
a) Není klinicky významná změna či porucha nebo nebyla psychologicky zjištěna	
b) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ nebo KVALITATIVNÍ změna jak je popsáno	
GRAFOMOTORIKA	
a) Není klinicky významná změna či porucha	
b) Je klinicky významná KVANTITATIVNÍ nebo KVALITATIVNÍ změna jak je popsáno	
EXEKUTIVNÍ FUNKCE	
Většinou porucha konstatována dle dokumentace, nebo ji až později zjistí ergoterapie.	
a) Není klinicky významná změna či porucha nebo nebyla psychologicky zjištěna	
b) Byly shledány skutečnosti, na něž bylo třeba upozornit z hlediska psychologie. To se může týkat jak samotné poruchy exekutivních funkcí, tak vlivu psychiky (emocí, osobnosti) na očekávaný průběh behaviorálních nácviků.	

- Osobnost

- zejména její stavy a poruchy se zřetelem k možnostem pracovního uplatnění osob s disabilitou (21)

3.2.4 Logopedické vyšetření v rehabilitaci

- diagnostikování a rehabilitace afázie, alexie, agrafie
- vyšetření fatických funkcí skládající se z hodnocení spontánní řeči, porozumění mluvené řeči, opakování a pojmenování

- do vyšetření dále patří i čtení a psaní
- využívá se zejména – Token test (je určen pro vyšetření rozumění řeči), Aphasia screening test (AST – cílem je určit postiženou modalitu řeči, narušení gnose a praxe), Test 3F, Dysatrický profil (zaměřen na hodnocení klienta postiženého dysartrií), Test Behaviorální poruchy pozornosti (BIT – tento test nám poskytuje představu o výkonu daného klienta u zrakově zaměřených úkolů) (21)

3.3 Vyšetření fyzických pracovních schopností metodou Isernhagen WS jako součást ergodiagnostiky

Problematika návratu osob s vrozeným zdravotním postižením, po úrazech a onemocněních na trh práce bezprostředně souvisí s problematikou posudkovou, a též s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, která patří mezi priority legislativy Evropské unie. Metoda Isernhagen WS (dále jen IWS) je specifická metoda funkční diagnostiky pracovního potenciálu výše zmíněných osob, která podmiňuje pak další kroky, směřující k znovu zapojení do pracovního procesu. (42)

Z pohledu sociálně-medicínského, vzato obecně, je problematika zařazení osoby, která prodělala úraz, nebo jakoukoliv jinou nemoc, zanechávající následky, zpět do pracovního procesu v rámci platných právních vztahů postavena na nezávislém úsudku ošetřujícího lékaře. (42)

Ten, opíraje se zpravidla o všechna dostupná vyšetření a nálezy odborníků, případně výrok orgánu sociálního zabezpečení, rozhoduje o schopnostech daného klienta, zastat uvažované pracovní místo, jako poslední instance. Metodicky přitom zdravotnický systém zcela spoléhá na jeho všeobecnou medicínskou erudici. (42)

Hlavní problém tak tkví zejména v absenci relevantní metodiky posouzení schopnosti pracovat. Současná praxe tak nutně vede k tomu, že pracovní schopnost je posuzována na základě diagnózy, doplněné o zhruba a ne-metodicky popsany funkční stav. Ošetřující lékař tedy nemá v ruce žádnou metodiku, která by umožnila konkrétně popsat, natož ještě cíleně ovlivnit schopnosti klienta, použitelné v pracovním procesu. Zařazení do pracovního procesu je pak většinou prováděno zkusmo, často za použití

laických odhadů přímo na pracovišti. Dále je zde dán velký prostor ke spekulacím, směřujícím k alokaci sociálních dávek jako často jedinému východisku z klientovy situace. (42)

Toto vše, spolu s dalšími faktory, vede k tlakům na nastavení zdravotně-sociálního systému způsobem pro jedince i společnost značně nevhodnému, kdy po skončené léčbě a léčebné rehabilitaci je zařazení do pracovního procesu a posuzování nároků na sociální dávky prováděno separátně, bez potřebné vzájemné vazby. (42)

Tuto vzájemnou vazbu tvoří všude ve světě rehabilitace. Na rehabilitaci léčebnou, cílenou především na nemoc, plynule navazuje rehabilitace pracovní a sociální, která je zaměřena právě na začlenění člověka do společnosti a pracovního procesu. Posléze je v jejím rámci teprve uvažováno o sociálních dávkách. (42)

Po přijetí Zákona o zaměstnanosti v ČR, kde máme zakotveno právo osob se zdravotním postižením na pracovní rehabilitaci, se nám otevřel nový prostor k řešení naznačené problematiky moderním způsobem. Proto byl vytvořen projekt, kde vytyčeným cílem bylo zmapovat současnou situaci v pracovní rehabilitaci v ČR (tzn. přehled všech postupů, které se nabízejí) a navrhnout tak metodiku hodnocení pracovního potenciálu, jenž by tvořila základ propojení procesu pracovní rehabilitace s léčebným procesem na straně jedné a se sociálním systémem na straně druhé. (42)

3.3.1 Cílové skupiny (pro koho je metodika určena, kdo ji bude využívat)

Ergodiagnostika (jak už bylo výše řečeno) jako taková, je proces stávající se z diagnostiky psychologické (tj. parametrů kognitivních, osobnostních dalších, určující psychický pracovní potenciál), z hodnocení schopností smyslových, dále pak z bilanční diagnostiky (měla by postihovat kvalifikační potenciál jedince – zejména vědomosti, dovednosti, nadání, vlohy, zkušenosti, postoje, zájmy, aspirace a motivace pro práci) a v neposlední řadě pak nezávislé lékařské posouzení rizik, které vyplývají ze zdravotního stavu a sebehodnocení klienta. (42)

Metodika IWS se zabývá vyšetřením fyzického pracovního potenciálu a je tak jednou dílčí součástí ergodiagnostiky. (42)

Cílovou skupinou jsou tak zde klienti v produktivním věku, OSVČ i zaměstnanci, kteří hledají zaměstnání, anebo ho chtějí jakýmkoliv způsobem měnit. Především jsou to tedy osoby, které prodělaly nemoc či úraz a je zde předpoklad, že jejich pracovní schopnosti budou prodělanou újmou nějak modifikovány. Samozřejmě se také může jednat o osoby zdravé, u kterých je potřeba zjistit, zda uvažovanou práci po fyzické stránce zvládnou, popřípadě za jakých podmínek. (42)

Indikace k vyšetření pracovního potenciálu

I.

a) typická situace: pracovník po zranění prodělal terapii, trvají u něj objektivní funkční poruchy a není již schopen se vrátit do původního, byť třeba modifikovaného zaměstnání

b) současné řešení: klient je indikován ošetřujícím lékařem, typicky během rehabilitace, v okamžiku dosažení bodu maximální medicínské úpravy, v tomto momentu standardně nastupuje „posudkové řešení“

c) návrh nového řešení: vyšetření za účelem zaměstnanosti musí posudkovém řešení předcházet (42)

II.

a) typická situace: pracovník po zranění se při léčbě již nadále nelepší – dosáhl maximální možné úpravy

b) současné řešení: klient je taktéž indikován ošetřujícím lékařem, nejlépe rehabilitačním, v tomto okamžiku léčebná rehabilitace končí a standardně není prováděn krok směřující k pracovní rehabilitaci – chybí návaznost na Úřady práce

c) návrh nového řešení: stanovení, přesné definování dle platných norem a vyzkoušení funkčnosti této vazby, následně její prosazení (42)

III.

a) typická situace: potřebuje se stanovit omezení či změna při návratu do pracovního procesu

b) současné řešení: oblast působení závodních lékařů, nezbytná spolupráce s oborem pracovního lékařství

c) návrh nového řešení: vyšetření pracovního potenciálu, vazba na závodní lékaře, potažmo zaměstnavatele a obor pracovního lékařství (42)

IV.

a) typická situace: na začátku a na konci pracovní rehabilitace je u nás v ČR teprve v raných fázích vývoje

b) současné řešení: na pracovištích (míněno ve zdravotnických zařízeních – rehabilitačních centrech – Pardubice, Tábor, Chomutov, Praha-Albertov, Ústí nad Labem, Písek a Hradec Králové) je spolupráce mezi ÚP a poskytovateli funkční diagnostiky již navázána.

c) návrh nového řešení: více než vhodné dále propracovat v širší ucelený systém (42)

V.

a) typická situace: pracovník po zranění nastoupil do práce, ale má potíže, které ohrožují jeho pracovní zařazení

b) současné řešení: vyšetření pracovního potenciálu se zde neprovádí, kontakty mezi závodními lékaři a poskytovateli funkční diagnostiky nejsou zpravidla navázány, ÚP může do této situace vstoupit jen tehdy, pokud se jedná o občana zdravotně znevýhodněného Rizika na pracovištích tak hodnotí zdravotní ústavy, jenž s Úřady práce nespolupracují.

c) návrh nového řešení: vytvoření modelu pracovní rehabilitace pro tuto situaci (42)

VI.

a) typická situace: pracovník po zranění je ve slabé fyzické kondici, z níž nadále vyplývá snížená pracovní schopnost

b) současné řešení: situace velmi zlehka pokrytá standardními postupy, fyzickou dekontinuaci běžně přehlednou lékaři i specialisté. Není dosud vytvořen doporučovaný postup k její diagnostice

c) návrh nového řešení: vytvoření modelu řešení této situace, první instancí by zde měl být závodní lékař (42)

VII.

a) typická situace: Neshoda mezi subjektivními obtížemi a objektivním nálezem

b) současné řešení: standardní lékařské vyšetření i vyšetření funkční má celou řadu možností, jak danou situaci rozkrýt

c) návrh nového řešení: vytvořit validní model řešení, který bere v úvahu všechny možnosti a základní působení v oblasti bilanční diagnostiky, ÚP v součinnosti s lékařským vyšetřením a vyš. PP v indikovaných případech (42)

VIII.

a) typická situace: sběr dat, která jsou potřeba k uzavření případu (pojistného, či jiného), k budoucímu pracovnímu zařazení, budoucí rehabilitaci

b) současné řešení: ve výše uvedených kauzách se spoléhá na posudek smluvního lékaře, případně soudního znalce, funkční diagnostika se zde běžně nevyužívá

c) návrh nového řešení: dát zde prostor a nabídnout možnost soudním znalcům, smluvním lékařům (42)

IX.

a) typická situace: požadavky na ověření bezpečnosti při pracovních činnostech (otázka se týká bezpečnosti při návratu do práce)

b) současné řešení: v kompetenci závodního lékaře a bezpečnostního technika, není zde zvykem provádět pro tento účel funkční diagnostiku

c) návrh nového řešení: stanovení detailních indikačních kritérií, nutná vzájemná spolupráce závodního lékaře s poskytovateli funkční diagnostiky (42)

X.

a) typická situace: nepřiměřená délka neschopnosti pracovat

b) současné řešení: řešena jak rozhodnutím posudkového lékaře, tak i v součinnosti s ošetřujícím praktickým lékařem

c) návrh nového řešení: navázání vzájemné spolupráce **(42)**

V českých podmínkách lze všechny uvedené situace řešit pouze za předpokladu vytvoření dostatečné sítě poskytovatelů funkční diagnostiky. **(42)**

Indikace k vyšetření z medicínského hlediska

K vyšetření fyzického pracovního potenciálu jsou především indikováni:

- klienti s onemocněními pohybového aparátu (vertebrogení syndromy, onemocnění kloubů – hlavně artrosy, artritidy v klidovém stadiu, onemocnění šlach a svalových skupin)
- klienti s neurologickým onemocněním postihujícím hybný systém – zejména stavy po úrazech nervového systému a cévních mozkových příhodách ve stabilizovaném stavu, dětská mozková obrna
- klienti po úrazech hybného ústrojí, nervové soustavy
- klienti s polytraumaty s komplikacemi na konci léčby **(42)**

Primárně zde nejsou indikováni ti klienti, u kterých těžiště dané problematiky leží v oblasti psychiky a smyslových vad - zrakových či sluchových, neboť jejich výpovědní hodnota bude nízká. **(42)**

Taktéž se neindikují klienti s nestabilním zdravotním stavem (nestabilita přináší do fyzického výkonu zdravotní riziko a malý výsledek – stav se mění, nebo jde o onemocnění, kde lze předpokládat pouze zhoršení zdravotního stavu a jedná se tedy o otázku etickou). **(42)**

3.3.2 Metodiky vyšetření fyzických schopností obecně

Typy testů k objektivnímu hodnocení pracovních schopností

- Testy podle účelu

- posouzení vhodnosti konkrétního pracovního místa u daného zaměstnavatele pro klienta, hodnocení aktuální schopnosti, vzhledem k nárokům daného pracoviště s omezenou možností zobecnění na jiná pracovní místa
- posouzení vhodnosti jedné pracovní pozice, aniž by byl předem znám konkrétní zaměstnavatel, hodnotí se nikoliv aktuální schopnost, nýbrž maximum klientových možností ve vztahu k dané činnosti
- stanovení pracovního potenciálu pro klienta, jenž své dosavadní zaměstnání ztratil a nemá dosud představu o tom, čím by se mohl se svým postižením živit, hodnotí se tedy maximum schopností klienta, ale bez vztahu k určité práci
- orientační vyšetření v rámci předpracovní rehabilitace ve zdravotnických zařízeních, předpracovní rehabilitace se zde snaží zachytit klienta co nejdříve po daném úrazu či začátku onemocnění a rámcově odhadnout, které typy prací budou v dalším průběhu rehabilitace přicházet do úvahy, faktor času je zde však zásadní (42)

Podle použité technologie u testů fyzického pracovního potenciálu rozeznáváme:

Psychofyzický přístup – klient zde sám určuje maximální zátěž. Výhodou je zde aktivní přístup klienta – jeho vtažení do procesu, nevýhodou potom subjektivita klienta (podcenění či přecenění svých schopností, ať již vědomě či nevědomě) (42)

Kineziofyzický přístup – testovaný provádí jednotlivé úkony pod dohledem terapeuta, maximální zátěž u fyzických testů zde určuje terapeut podle přesně daných kritérií, klient pouze spolupracuje (má např. možnost testy kdykoli ukončit) (42)

Biofyzický přístup (neboli Komputerizované simulátory) – měří většinou sílu, resp. moment síly, rozsah pohybu a zrychlení, ostatní počítá. Testování je však značně neflexibilní, vztah k vlastní pracovní činnosti je vzdálený, význam měřených momentů síly pro schopnost pracovat nedoložen. (42)

Požadavky na test:

- bezpečnost
- spolehlivost
- validita
- praktičnost
- užitečnost (42)

3.3.3 Isernhagen work systém fce – popis systému

Základní principy

Principem je zde vyšetření pracovních schopností klienta v činnostech, jenž jsou na základě výzkumů, provedených v USA stanoveny jako nejfrekventovaněji se vyskytující elementy fyzické práce (zvedání, stoj, chůze aj.) (42)

Je postaven na principu kineziofyzického, který spočívá zejména v hodnocení výkonu klienta v předepsaných úkolech školeným pozorovatelem. Přesná biomechanická kritéria, dle kterých se následně limit výkonu hodnotí, jsou operacionalizovaná a vyzkoušená, klientův subjektivní odhad maximální zvládané zátěže je zde pouze doplňkovým hlediskem. (42)

Základním principem je zde ovšem bezpečnost klienta, a to po celou dobu testování. Její zajištění spočívá v tom, že při postupně vzrůstající zátěži (či pokračující výdrž) je rozhodujícím momentem okamžik, ve kterém se styl provedení testu mění z bezpečného na nebezpečný. Označuje se jako biomechanický end-point (42).

Předpoklady k testování ze strany klienta

- zdravotně stabilizovaný stav klienta (dokládá se lékařským vyšetřením)
- klientova ochota ke spolupráci
- realistické představy klienta o zařazení do pracovní činnosti
- fyzické předpoklady k zařazení klienta do pracovní činnosti se nedají dosáhnout běžnými fyzioterapeutickými postupy v rozumném čase (42)

Předpoklady k testování ze strany personálu

- testující odborníci – fyzioterapeut či ergoterapeut, musí projít školením, mít certifikát a pravidelná kontrola měření zajišťující srovnatelnost jejich výsledků
- zdravotnické zařízení provádějící test – musí mít licenci od výrobce testu
- lékař – zajišťuje bezpečnost testování z medicínského hlediska, porovnává naměřené hodnoty s lékařským hodnocením (42)

Složení testu

1. krok je sestavení klientovy anamnézy (zdravotní, pracovní a sociální), dotaz na subjektivně pociťované omezení. Dále je detailně vysvětlen obsah testu a je vyžádán písemný informovaný souhlas klienta s testováním, či komu bude výsledná zpráva zaslána.
2. krok je vyšetření hybného systému klienta fyzioterapeutem, který se ve stručnosti zaměří na hodnocení rozsahu pohybu v jednotlivých segmentech těla, svalové síly a svalové koordinace (rovnováhy, pohybových stereotypů aj.)
3. krok je provedení vlastního testu, sestávajícího se z 29 úloh, jenž jsou aplikovány ve dvou dnech v určeném pořadí (buď kompletované, nebo s určitou redukcí) (42)

Složení testu:

1. den

- anamnéza – při níž se testuje delší sed a současně se provede test bolesti a PACT
- klinické vyšetření
- zvedání podlaha-pas
- zvedání podlaha-hlava
- zvedání horizontální (krátké nesení)
- tlačení, tažení
- nesení pravou a levou rukou

- nesení obouruč
- práce s rukama nad hlavou
- stoj a sed s předklonem
- rotace trupu doprava a doleva vsedě a vstoje
- test bolesti, závěr prvního dne **(42)**

2. den

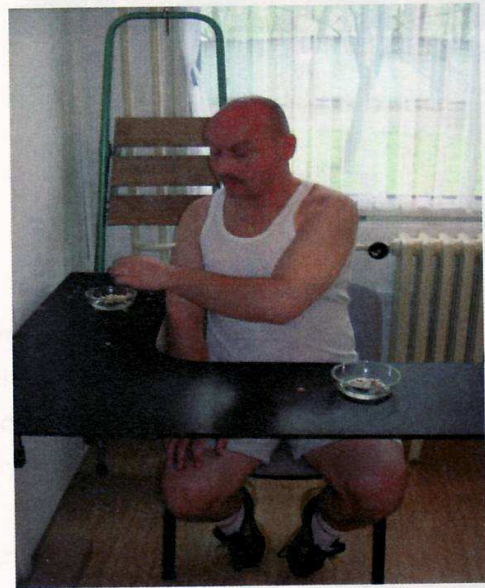
- pohovor, dotazník o bolesti
- zvedání podlaha-pas
- zvedání pas-hlava
- zvedání horizontální (krátké nesení)
- plazení
- klek
- dřep
- opakované flexe kolen
- delší sed, koordinace rukou
- chůze
- schody
- žebřík
- rovnováha
- dlouhé stání 30 min, při něm závěrečný pohovor, analýza pracoviště, PACT, test bolesti **(42)**

4. krok je vyhodnocení daného testu, naměřené hodnoty (výkon), které klient předvedl se porovnávají s nezávislým medicínským hodnocením (prováděné lékařem) a uvádí se do kontextu s dalšími skutečnostmi (např. sociální situací, kvalifikačním potenciálem, sebehodnocením a motivací klienta aj.). Toto hodnocení probíhá, v optimálním případě, po přípravě v rámci odborné rehabilitační konference, za účasti daného klienta.

5. krok – sepsání závěrečné zprávy terapeutem, její následná revize a editace lékařem. Znění závěrečné zprávy je klientovi obeznámeno a ten jej stvrzuje svým podpisem. **(42)**



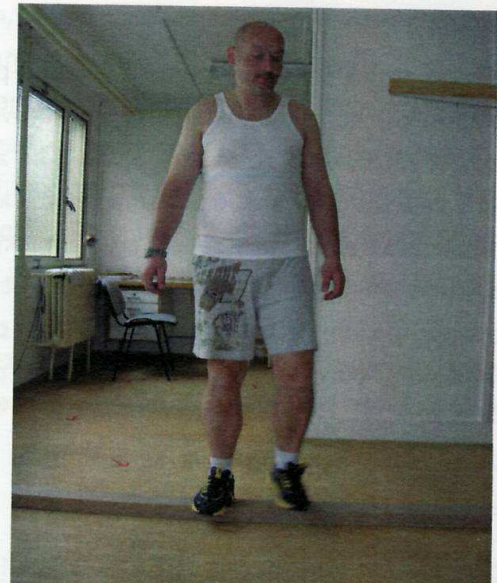
Dynamický tlak



Rotace vsedě



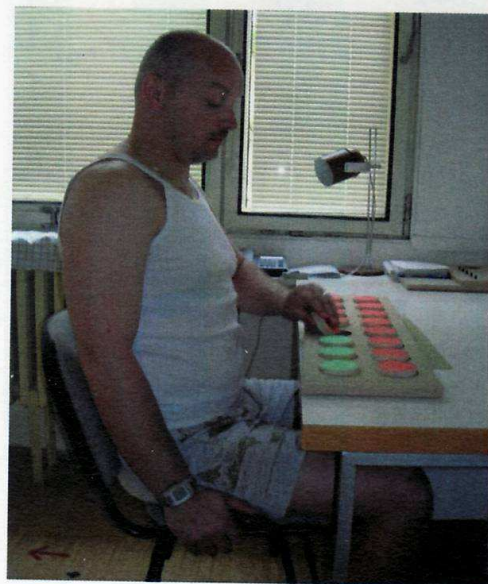
Lezení



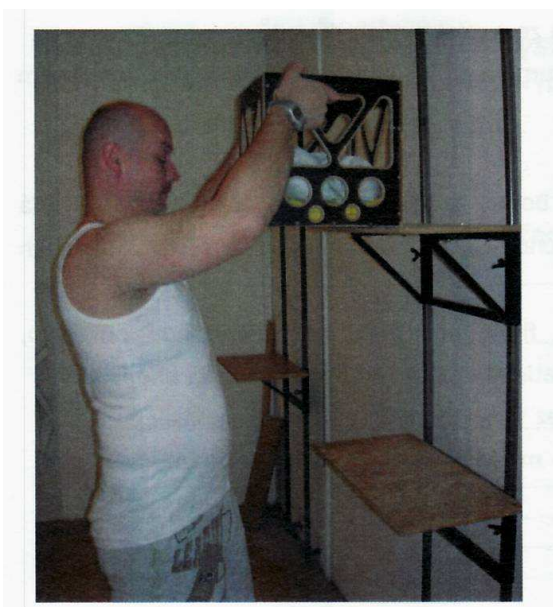
Vyšetření rovnováhy



Vyšetření jemné motoriky



Vyšetření motoriky ruky



Zvedání z úrovně pasu nad hlavu

Hodnocení testu

Vycházíme vždy z nalezeného bezpečného, objektivně pozorovaného maxima klientových schopností v daném úkolu. Od toho se dále pak rozvíjí celá řada extrapolací, kvalifikovaných odhadů, jenž umožňují popsat pravděpodobnou strukturu klientovy pracovní zátěže v intenzitě i v čase. Vše hodnotíme postupně (maxima v jednotlivých testech, celkovou fyzickou zatížitelnost souhrnně, použitelnost daných zátěží v čase – hodiny, nebo zlomky osmihodinové pracovní doby, vztah podaného výkonu k bolesti a míru konzistentnosti klientova výkonu). (42)

● nalezení maxima (při hodnocení testu s progresivně se zvyšující fyzickou zátěží):

- dosažení fyzického maxima, dle uvedených biomechanických kritérií:
- dosažení kritické tepové frekvence (či jiných kardiovaskulárních nebo metabolických parametrů)
- je-li překročen časový limit (nejde o maximum, test je ukončen, aniž by bylo maximum dosaženo)
- je-li test přerušen klientem ze subjektivních důvodů (nejde o maximum, test je ukončen, aniž by bylo maximum dosaženo) (42)

● kategorie zátěže

- po stanovení maximální zátěže se odhadnou zátěže příslušné jedné ze čtyř kategorií dle fyzického zatížení – maximum, těžké, střední, lehké
- pro stanovní příslušnosti do kategorií se používá hodnocení níže uvedených kritérií:
 - zapojení hlavních svalů pro daný pohyb
 - zapojení akcesorních svalů
 - zvedání se změnou těžiště a nadhoz
 - potíže s rovnováhou
 - rozšiřování báze
 - plynulost pohybu
 - činnost srdce, dech (42)

● extrapolace naměřených výsledků na osmihodinový pracovní den

- provádí se formou zátěžového profilu, který vychází z uvedených zátěžových kategorií

● stanovení celkové fyzické zatížitelnosti organismu

- postupuje se aproximací ke klasifikaci obsažené v Nařízení vlády č. 361/2007, jímž se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, §23, odst. 1, tabulka tříd práce podle energetického výdeje v příloze č. 1, část A, tab. č. 1 tohoto nařízení

- aproximace se provádí na základě dosažených výsledků v testech (42)

● hodnocení bolesti

- rozhodující je bezpečné provedení testovacích úkolů, a nikoliv bolest

- bolest nelze akceptovat jako hranici klientova výkonu, pokud nejsou současně patrné objektivní známky dosaženého maxima

- bolest lze vyhodnotit jako důvod ukončení testu jen s přihlédnutím k diagnóze a průběhu zdravotního stavu klienta, klient má však možnost kdykoli testy pro bolest ukončit – jedná se pouze o otázku interpretace výsledků, naměřených v testu a jejich následným srovnáním se závislým lékařským hodnocením (42)

● hodnocení konzistence úsilí klienta – upřímnosti snahy o maximální výkon

- IWS nabízí tyto postupy:

• srovnání testů s podobnou fyzickou zátěží – hlavně testů 1. a 2. dne

• srovnání testů s odpovídajícími klinickými nálezy

• srovnání sebehodnocení (PACT test) s objektivními výsledky

• pozorování, jak se vyrovnává s potížemi

• pozorování, jak odpovídá subjektivní komentář objektivním kritériím zátěže

- důležitým principem je zde netestování zvedacích úkolů druhý den (42)

● závěrečná zpráva z testu

- kromě vlastních výsledků testů zpravidla obsahuje:

• pracovní situaci, požadované schopnosti

- průběh testu
- objevení se symptomů a jejich následné vyrovnání klientem
- bezpečnost v technice
- sebehodnocení fyzické zátěže
- zjištěné přednosti a deficity klienta
- jobmatch (porovnání nároků uvažované pracovní pozice se schopnostmi uchazeče)(42)

● jobmatch (porovnání nároků uvažované pracovní pozice se schopnostmi uchazeče)

- lze k nim přistoupit ze dvou pohledů: (42)

• **podle zájmů a preferencí** – porovnávají se uchazečovy zájmy, požadavky na finanční ohodnocení, podmínky pro sebeuspokojení v práci, požadavky na kariérní postup aj. s tím, co mu uvažovaná práce může v tomto ohledu nabídnout (42)

• **podle schopností a požadavků** – porovnávají se pracovníkovy schopnosti, jenž na trhu práce nabízí (vzdělání, dovednosti) s tím, jaké všechny požadavky uvažovaná práce má (např. fyzické předpoklady – síla, zručnost, výdrž v pracovní poloze; psychické schopnosti – paměť, řešení problémů, organizační dovednosti, organizace pracoviště z hlediska ergonomického atd. (42)

- jobmatch může být prováděn na různých úrovních - porovnání schopností pracovníka k určené konkrétní pracovní pozici

- porovnání schopností pracovníka

k danému povolání nebo typové pozici (42)

- jelikož jednotlivých úkonů může být v jedné pracovní pozici velmi mnoho, vytipují se takové úkony, které představují pro daného klienta podle zjištěných výsledků největší obtíže, jobmatch lze pak ukončit při nalezení prvního neodstranitelného rozporu značícího o skutečnosti, že uvažovaná pracovní pozice nemůže být klientem zastávána(42)

Standardně prováděné dodatečné testy

- jedná se o PACT test (Performance Assessment Capacity Trstiny) – sebehodnotící škála vypracovaná klientem, sloužící k porovnání sebehodnocení se skutečně naměřenými hodnotami
- výhody – realistický vztah k práci a životu; orientovaný na funkci a ne na bolesti; zaměřený na pracovní polohy a zátěže odpovídající struktuře IWS, založen na obrázcích a nezávislý tak na čtení či řeči; rychlý; možnost porovnání s anamnézou, lékařským hodnocením a obj. testy; možnost vypracovat celkové skóre fyzické zátěže a jeho porovnání s naměřenou fyzickou zatížitelností (42)

Doporučené další dodatečné testy

- standardní klinické psychologické vyšetření s posouzením tendencí k depresivitě, psychomotorického tempa, tolerance stresu
- vyšetření kognitivních funkcí
- detailní hodnocení pracovního profilu daného pracoviště
- dodatečné hodnocení s odstupem po testování
- rozšířené testování na 2-8 hodin
- bicyklová ergometre, step test, finský test chůze, apod. (42)

Použitelnost systému

Tento systém je mimo stanovení pracovního potenciálu použitelný pro účely zaměstnanosti i v léčebné rehabilitaci k hodnocení výsledků ergoterapie. Představuje tak hodnocení na pomezí léčebné a pracovní rehabilitace. (42)

Spolehlivost a validita

Validitu všech 29 testů není tak snadné stanovit, proto je pro některé testy vyšetřena reliabilita a validita dobře, pro některé jen orientačně, nicméně se však jedná o systém hodnocení fyzického pracovního potenciálu, jenž má tyto parametry proti jiným konkurenčním testům, vyšetřeny poměrně slušně. (42)

Toto testování je pouze jednou dílčí součástí procesu pracovní rehabilitace a jen v kontextu s celým procesem pracovní rehabilitace má smysl. Podmínkou správnosti provedení testu je dokonalá erudice testujících profesionálů. Hodnocení zde není opřeno o žádná přístrojová data, proto nedbalostí při samotném provedení lze celkem snadno celý test znehodnotit. (42)

Výhody a nevýhody systému IWS

● Výhody:

- metodikou zaručena objektivita vyšetření
- kompletnost a systematičnost vyhodnocení fyzické zátěže
- dvoudenní protokol s registrem nejdůležitějších zátěží umožňuje mnohem lepší přehled o koherenci výsledků, bolestivých reakcí klienta, změnách výkonu aj.
- naměřené hodnoty jsou porovnatelné s nároky pracovních pozic a míst
- testy jsou jednoduché a vyžadují cenově dostupné materiálové vybavení
- posouzení terapeutem, lékařem či samotným klientem poskytuje důležitou zpětnou vazbu
- nález je důležitým objektivním základem pro jednání se všemi zúčastněnými (lékař, terapeut, pojišťovny, zaměstnavatel, právníci, sociální služby aj.) (42)

● Nevýhody:

- pořizovací cena je dosti vysoká
- test je omezen pouze na fyzickou pracovní kapacitu, kognitivní a ostatní psychologické komponenty se musí doplnit dalšími testy

- problematika validity a spolehlivosti metody (týká se však zpravidla všech FCE metod) (42)

3.4 Kanadské hodnocení výkonu zaměstnání

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM) je individualizované hodnocení vytvořené pro potřeby ergoterapeutů, sloužící k zjišťování subjektivně vnímané změny ve výkonu zaměstnání v průběhu času. (17)

Použití COPM je zejména v určení problémových oblastí ve výkonu zaměstnávání, stanovení priorit klienta v oblasti výkonu zaměstnávání, dále pak ve zhodnocení výkonu a spokojenosti klienta ve stanovených problémových oblastech, a v neposlední řadě pak měření změn ve vnímání vlastního výkonu zaměstnávání klienta v průběhu ergoterapeutické intervence. (17)

Pomocí hodnocení COPM měříme změny vnímání vlastního výkonu zaměstnávání klientů s různým postižením a v různých věkových kategoriích. (17)

COPM vychází z definice výkonu zaměstnávání, jenž je uveden v dokumentu (CAOT = Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective), který shrnuje teoretický ergoterapeutický model, dle kterého se řídí kanadská ergoterapeutická praxe (CMOP = Canadian Model of Occupational) a procesy, pomocí kterých lze model aplikovat v praxi. (17)

CMOP uvádí, že výkon zaměstnávání je výsledkem interakcí mezi jedincem, prostředím a zaměstnáváním. Jedinec je dle tohoto modelu charakterizován třemi komponentami – fyzickým, emočním a kognitivním, pro které je ústřední komponentou spiritualita, jenž je podstatou „bytí“. Prostředí v sobě zahrnuje složky fyzické, sociální, kulturní a institucionální. Zaměstnání se pak v tomto modelu dělí do následujících kategorií – soběstačnost, produktivita a volný čas. (17)

- Soběstačnost – zahrnuje takové zaměstnání, jenž jedinec vykonává, aby mohl být sám funkčně nezávislý (COPM měří soběstačnost z hlediska – osobní péče, funkční mobility a samostatnosti v komunitě).

- Produktivita – zahrnuje zaměstnávání, které je zaměřené na finanční zabezpečení, zabezpečení rodiny a domácnosti, zajištění údržby a oprav, nebo osobní rozvoj (COPM zde pak měří tři typy produktivních činností – placená, nebo neplacená práce, organizace domácnosti, škola a hra).
- volný čas – zahrnuje taková zaměstnání vykonávaná jedincem, jenž nespádají do oblasti produktivity (COPM sem zahrnuje – aktivní a pasivní odpočinek a společenský život). (17)

Charakteristika Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání

- explicitně vychází z teoretického ergoterapeutického modelu
- zahrnuje oblasti výkonu zaměstnávání (soběstačnost, produktivita a volný čas – jako primární výstupy intervence)
- uznává nezbytnost a vliv komponentu výkonu na celý proces výkonu zaměstnávání
- začleňuje role, které klient zastává a které jsou na oplátku od něho očekávány
- zohledňuje, jakou důležitost připisuje klient oblastem výkonu zaměstnávání
- měří problémové oblasti, které si určí klient sám
- zahrnuje kontrolní hodnocení daných problémových oblastí
- zaměřuje se na prostředí, ve kterém klient žije
- zohledňuje spokojenost klienta s jeho aktuálním výkonem
- zapojuje klienta hned od začátku intervence
- zvyšuje účast klienta na ergoterapeutickém procesu
- používá se ve všech věkových kategoriích
- používá se u všech diagnostických skupin
- podporuje myšlenku individuální odpovědnosti za své zdraví a účast v terapeutickém procesu
- zohledňuje informace od rodiny klienta či pečovatelů, pokud je klient není schopen poskytnout sám (17)

3.4.1 Metodika COPM

Záznamový list COPM – identifikační údaje

Jeho vyplnění je důležité pro sběr základních informací o klientovi či jiném respondentovi a získání některých demografických dat. (17)

● Definice problému

- prvním krokem celého procesu je rozhovor s klientem o jeho výkonu zaměstnávání, terapeut vede klienta k přímým odpovědím, potvrzuje hypotézy a motivuje respondenta, aby dosáhl co nejpřesnějšího a nejucelenějšího vyhodnocení.
- podstatné je, aby si klienti určili zaměstnávání, která chtějí dělat, nebo potřebují dělat, či která jsou od nich očekávána v jejich běžném denním životě
- terapeut vyzve klienta, aby si představil svůj všední den a popsal tak zaměstnávání nebo činnosti, jež přes den koná. Poté, co je klient sám určí, se terapeut dále ptá, zda je klient schopen je vykonávat, či zda je spokojen s tím, jak je provádí. Prvně se terapeut dotazuje na „subjektivně vnímané potřeby“ klienta, posléze na jeho „výkon“ a jak je s ním spokojen.
- není nutné, aby klienti určovali obtíže ve všech oblastech výkonu zaměstnávání, avšak je důležité, aby terapeut a klient každou oblast zhodnotili a zajistili tím všechny problémy ve výkonu zaměstnávání (17)

● Hodnocení důležitosti

- poté, co klient určí specifické problémy, začíná se s jejich hodnocením důležitosti
- každý identifikovaný problém klient ohodnotí podle toho, jak je v jeho životě důležitý
- důležitost je hodnocena na desetistupňové škále (1 je nepodstatné – 10 je mimořádně důležité)
- hodnocení důležitosti je tak zásadní proces, sloužící k okamžitému zapojení klienta do určování priorit v terapii
- toto hodnocení zapíšeme do záznamového listu vedle určených problémů (17)

DŮLEŽITOST

Jak je pro vás důležité vykonávat tuto činnost?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nepodstatné					mimořádně důležité				

● Bodování

- ze všech udaných problémů si klient vybere až pět problémů, které mu připadají nejurgentnější či nejdůležitější
- vybrané problémy tvoří základ pro sestavení terapeutických cílů
- vybrané problémy zapíšeme v záznamovém listu do sekce Bodování
- pro každý z daných problémů má klient za pomoci následujících desetibodových škál provést:
 - a) sebehodnocení svého současného výkonu v dané oblasti (1 – vůbec nejsem schopen činnost provést, 10 – jsem schopen činnost provádět velmi dobře)
 - b) sebehodnocení své spokojenosti se současným výkonem (1- zcela nespokojen, 10 – mimořádně spokojen)
- hodnota **výkonu** každého identifikačního problému se zaznamená do záznamového listu, posléze se tyto hodnoty výkonu sečtou a vydělí se počtem vybraných problémů (vypočítá se aritmetický průměr), tím se získá celkové skóre výkonu
- stejně postupujeme i se součtem hodnot **spokojenosti**
- celkové skóre výkonu a spokojenosti se poté zaznamenají v záznamovém listu do sekce Celkové skóre (**17**)

VÝKON

Jak byste ohodnotili způsob, jakým tuto činnost nyní vykonáváte?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
vůbec nejsem schopen činnost provést					jsem schopen činnost provádět velmi dobře				

SPOKOJENOST

Jak jste spokojen se způsobem, jakým činnost nyní vykonáváte?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zcela nespokojen					mimořádně spokojen				

● Kontrolní hodnocení

- hodnocení COPM se opakuje po určité době v odpovídajícím intervalu od poslední aplikace COPM (běžně tak po vstupním vyšetření a terapii), zvolený časový interval je různý a závisí od dohody klienta a terapeuta
- při kontrolním hodnocení COPM klient znovu posuzuje svůj **výkon** a **spokojenost** s výkonem v problémových oblastech, jenž se vybrali na začátku terapie, na škále od 1 do 10, hodnoty se následně zapíše do záznamového listu v části kontrolní hodnocení, celkové skóre pro **výkon** a **spokojenost** se vypočítají stejně (výslednou změnu ve **výkonu** získáme odečtením od celkového skóre výkonu 1 ze vstupního hodnocení od celkového skóre výkonu 2 z druhého kontrolního hodnocení), podobně spočítáme i celkovou změnu ve **spokojenosti** (17)

Použitelnost systému

Tento systém je možné využívat jak v klinické praxi, tak i v oblasti administrativy (pro úředníky a manažery), co by metodu sběru dat pro různé administrativní účely, a v neposlední řadě se COPM může použít jako hodnocení výkonu zaměstnávání ve výzkumu. (17)

Spolehlivost a validita

Reliabilita je spolehlivost hodnocení dosáhnout u stejného klienta souhlasného skóre v odlišných podmínkách (např. jiný hodnotitel, jiná doba provádění hodnocení), avšak pro COPM je důležitá pouze stabilita (test-retest) hodnocení.

Validita pro tento test byla stanovena ve třech druzích – obsahová, kritériální (empirická) a konstruktová. Obsahová validita je dosažena shodou odborníků na tom, že položky v testu měří celou oblast, nebo obsah konstruktu (proměnné), kritériální validita je doložena tím, jestliže výsledky testu pozitivně korelují s jinými uznávanými hodnotícími, jenž měří stejný konstrukt (proměnnou), konstruktová validita je doložena, pokud měřený konstrukt (proměnná) vykazuje takové vztahy s dalšími proměnnými, jaké předpokládá také teorie. (17)

Výhody a nevýhody Kanadského hodnocení výkonu zaměstnání

● Výhody:

- vyjasnění priorit daného klienta
- klient má stejnou důležitost jako terapeut
- snadná srozumitelnost pro klienta
- schopnost COPM zachytit změny ve vnímání výkonu zaměstnávání v průběhu času(17)

● Nevýhody:

- časová náročnost administrace
- potíže klienta s přesným definováním svých problémů
- tím, kdo rozhoduje o problémech, kterými se budou v terapii zabývat je samotný klient
- mezikulturní rozdíly v přístupu k testu či samotném hodnocení COPM (17)

4. Výsledky

Zde je vyobrazen výzkum v rozmezí dubna 2008 až ledna 2009, v němž proběhly čtyři poradenské programy pro uchazeče o zaměstnání se zdravotním postižením.

4.1 Míra nezaměstnanosti v Chomutově

Graf 1 představuje míru nezaměstnaných osob v Chomutově

Graf 2 udává míru nezaměstnaných osob se ZP v Chomutově

Graf 3 zobrazuje poměr nezaměstnaných mužů a žen v Chomutově

Graf 4 uvádí místa vytvořená v rámci aktivní politiky zaměstnanosti v Chomutově k 28. únoru 2009 (32)

Výše uvedené grafy naleznete v příloze č. 5

4.2 Poradenské programy

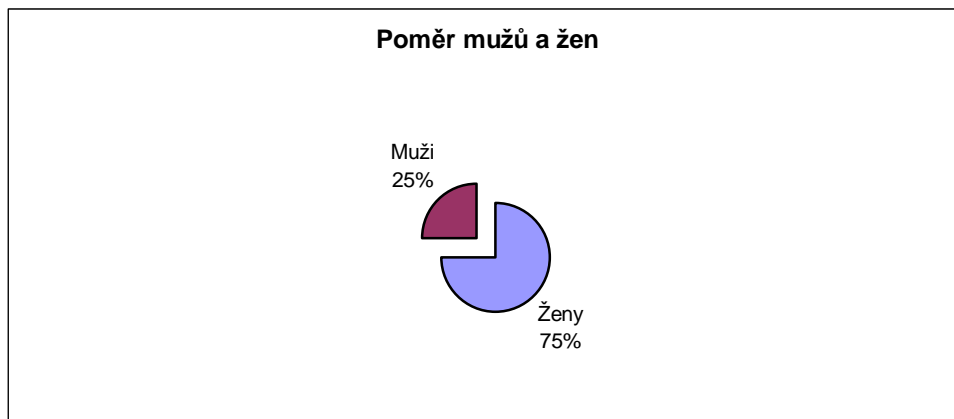
V roce 2008 prošlo 39 osob se zdravotním postižením čtyřmi poradenskými programy.

4.2.1 První poradenský program

První poradenský program probíhal od 7. 4. 2008 do 31. 5. 2008.

A) Údaje poskytnuté samotným klientem

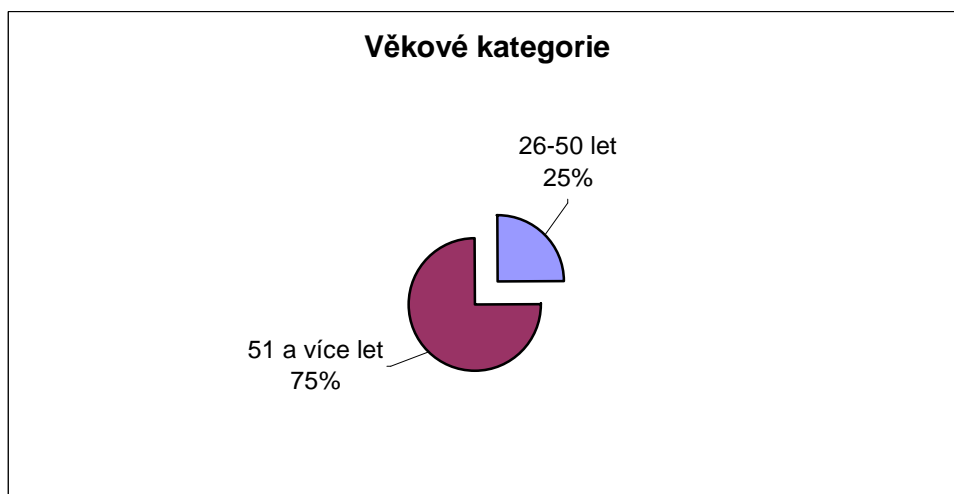
Graf 1: Poměr mužů žen



Celkem se zúčastnilo 8 osob, z toho bylo: 6 žen (75%) a 2 muži (25%)

Zdroj: vlastní výzkum

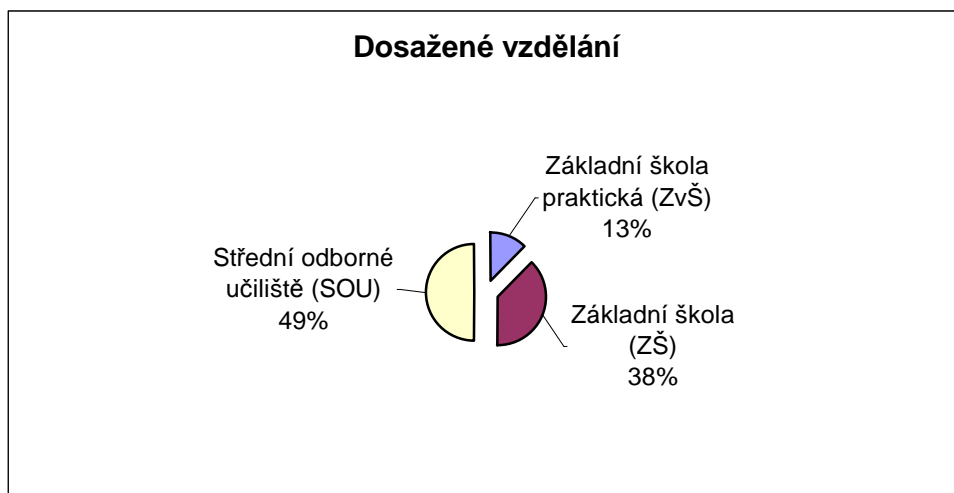
Graf 2: Věkové kategorie



Z celkového počtu 8 osob došlo k rozdělení do těchto věkových kategorií: 2 osoby (25%) byly ve věku 26-50 let, 6 osob (75%) bylo ve věku 51 let a více

Zdroj: vlastní výzkum

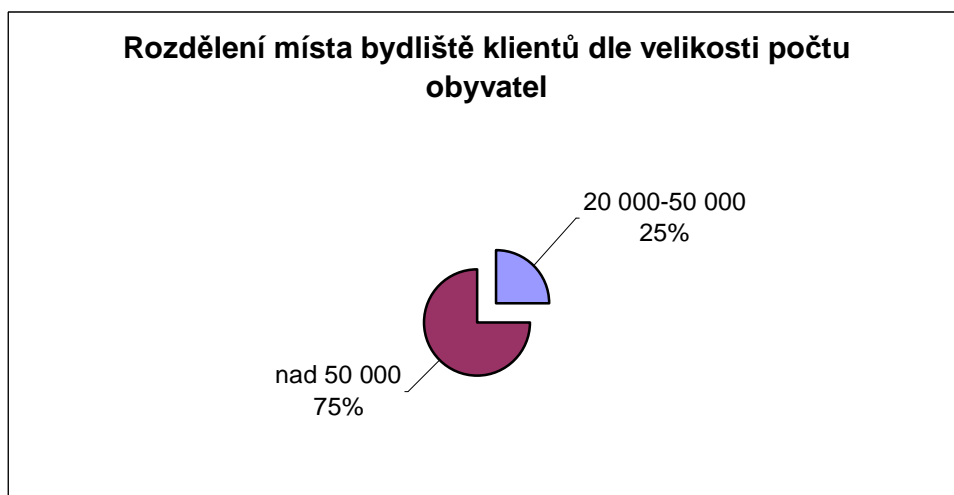
Graf 3: Dosažené vzdělání



Z celkového počtu 8 osob mělo: 1 osoba (13%) Základní školu praktickou (dříve ZvŠ), 3 osoby (38%) Základní školu (ZŠ), 4 osoby (49%) Střední odborné učiliště (SOU).

Zdroj: vlastní výzkum

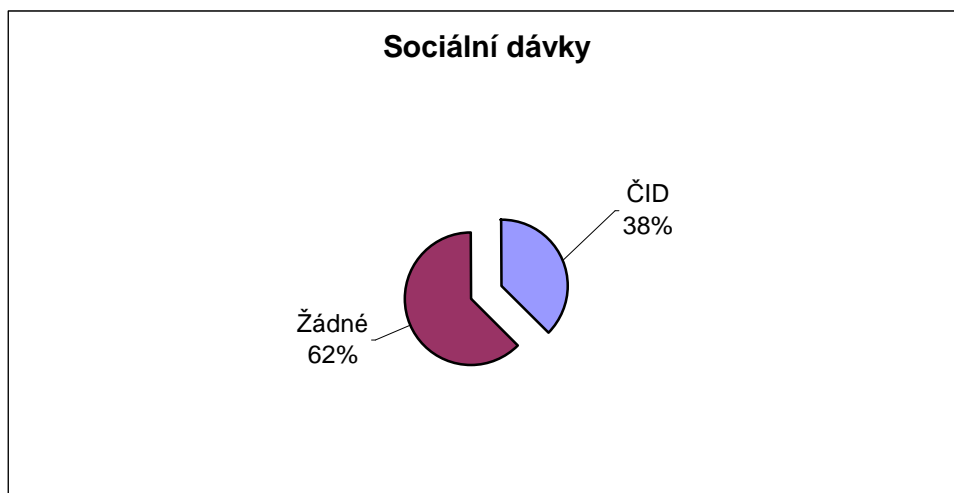
Graf 4: Rozdělení místa bydliště klientů, dle velikosti počtu obyvatel



Z celkového počtu 8 osob byly: 2 osoby (25%) z místa bydliště 20 –50 000 obyvatel, 6 osob (75%) z místa bydliště nad 50 000 obyvatel

Zdroj: vlastní výzkum

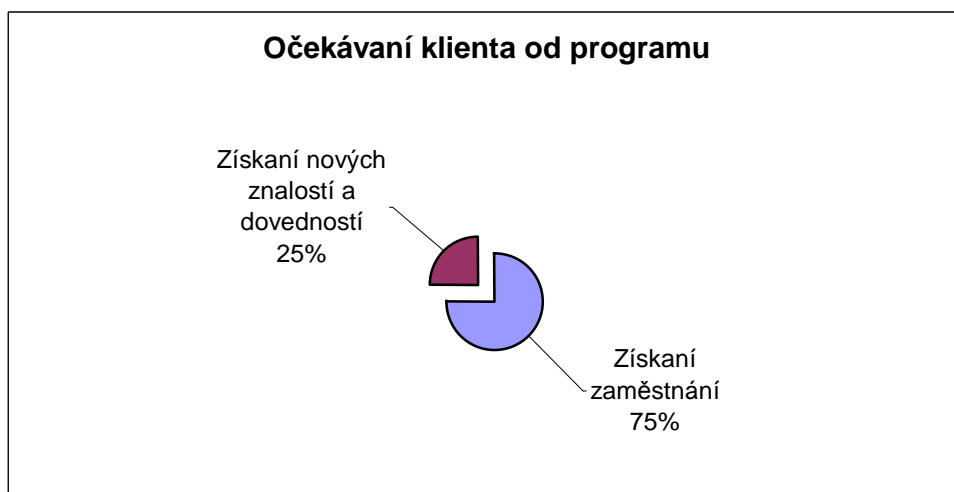
Graf 5: Sociální dávky



Z celkového počtu 8 osob pobíraly: 3 osoby (38%) částečný invalidní důchod (ČID) a 6 osob (62%) nepobíralo dávky žádné

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6: Očekávání klienta od programu

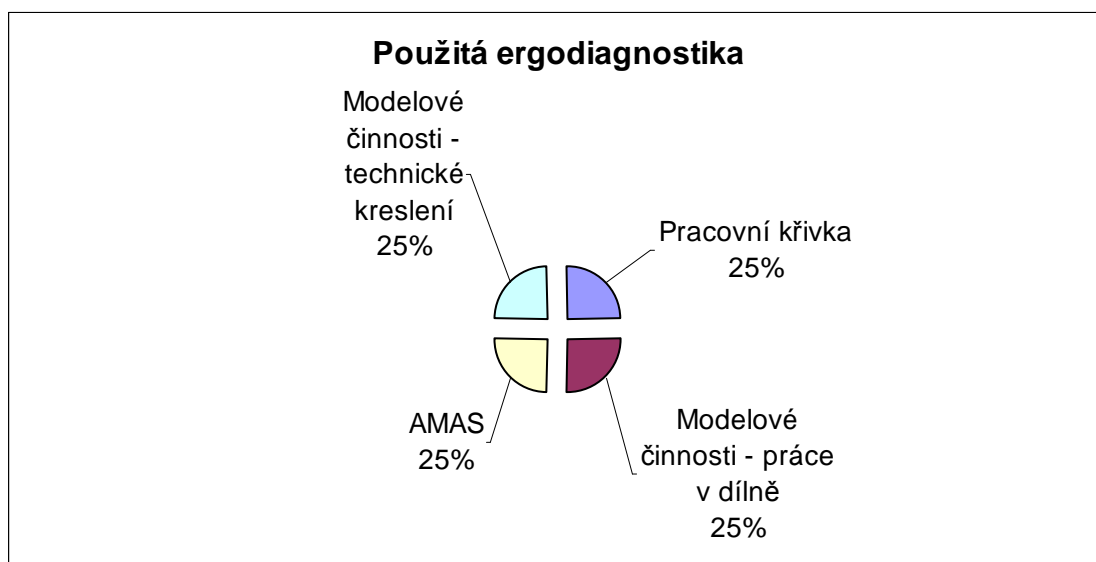


Z celkového počtu 8 osob očekávalo od programu: 6 osob (75%) získání zaměstnání, 2 osoby (25%) získání nových znalostí a dovedností

Zdroj: vlastní výzkum

B) Údaje získané v rámci programu

Graf 7: Použitá ergodiagnostika

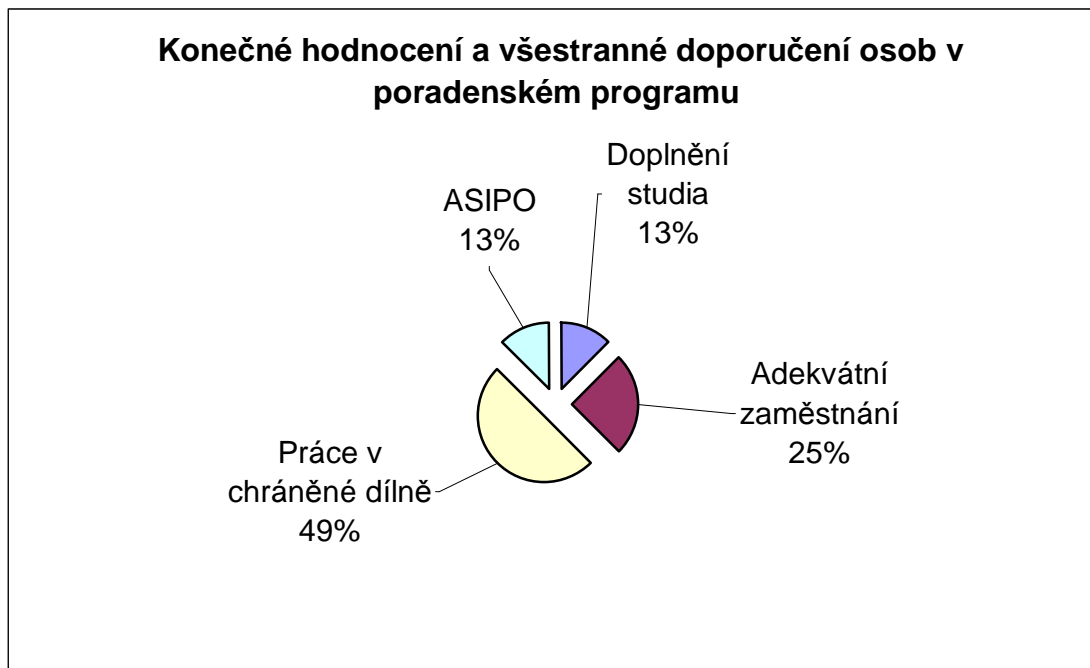


Z celkového počtu 8 osob bylo provedeno testování: 8 osob Pracovní křivka (25%), 8 osob Modelové činnost (25%) – technické kreslení, 8 osob Modelové činnosti (25%) – práce v dílně, 8 osob AMAS (25%) (Aktivity Matching Ability Systém – Porovnání schopností uchazeče s nároky pracoviště).

Testování pracovních poloh, chůze a rovnováhy, hodnocení bolesti, modelové činnosti – administrativa, ADL (Aktivity of daily living – hodnocení instrumentálních všedních denních činností), goniometrie, dynamometrie, funkční test HK (HK – horní končetina) nebyly na základě anamnestického rozhovoru a následného doporučení lékařem u této skupiny realizovány.

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8: Konečné hodnocení a všestranné doporučení osob v poradenském programu



Z celkového počtu 8 osob bylo doporučeno: 1 osobě (13%) studium, 2 osobám (25%) adekvátní zaměstnání, 4 osobám (49%) práce v chráněné dílně, 1 osobě (13%) bylo doporučeno ASIPO (Personální agentura nabízející mimo jiné zprostředkování zaměstnání a podporu při jeho samostatném hledání, více informací naleznete v příloze č. 6)

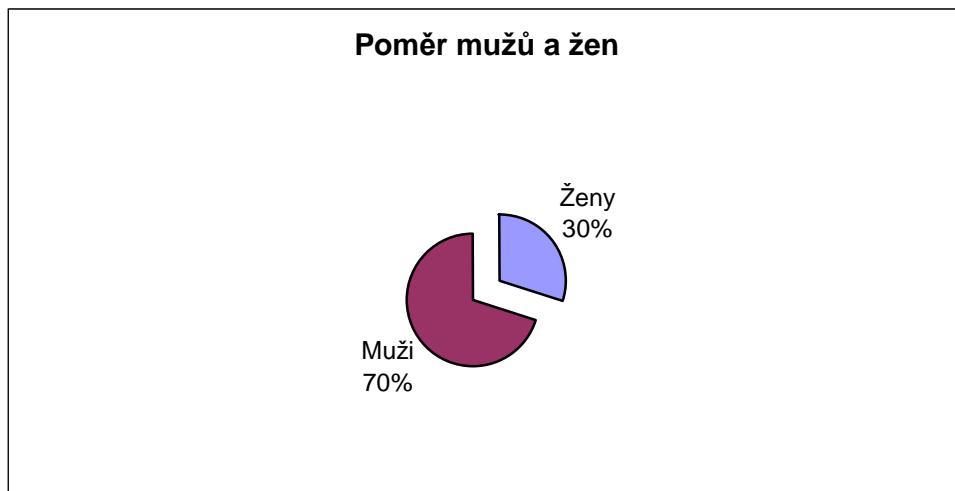
Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2 Druhý poradenský program

Druhý poradenský program probíhal od 12. 5. 2008 do 23. 6. 2008.

A) Údaje poskytnuté samotným klientem

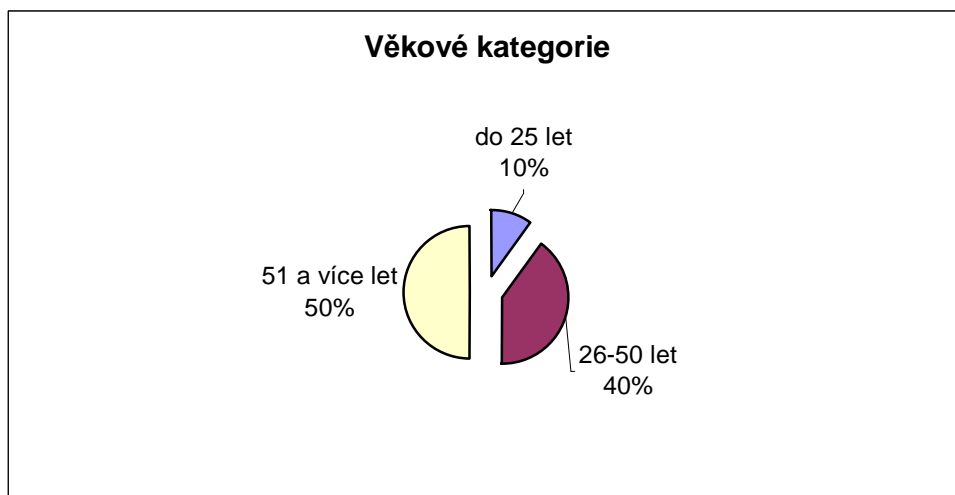
Graf 1: Poměr mužů a žen



Celkem se zúčastnilo 10 osob, z toho byly: 3 ženy (30%) a 7 mužů (70%)

Zdroj: vlastní výzkum

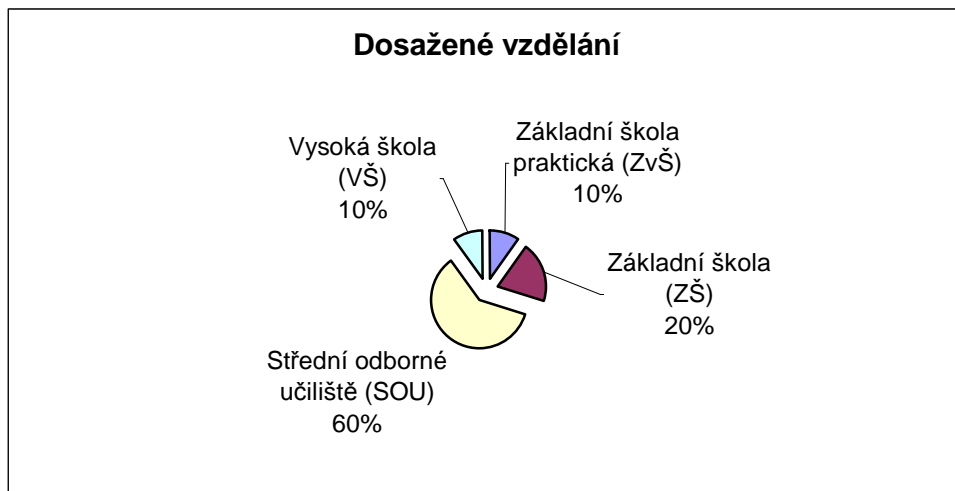
Graf 2: Věkové kategorie



Z celkového počtu 10 osob došlo k rozdělení do těchto věkových kategorií: 1 osoba (10 %) ve věku do 25 let, 4 osoby (40%) ve věku 26 - 50 let, 5 osob (50%) ve věku 51 let a více

Zdroj: vlastní výzkum

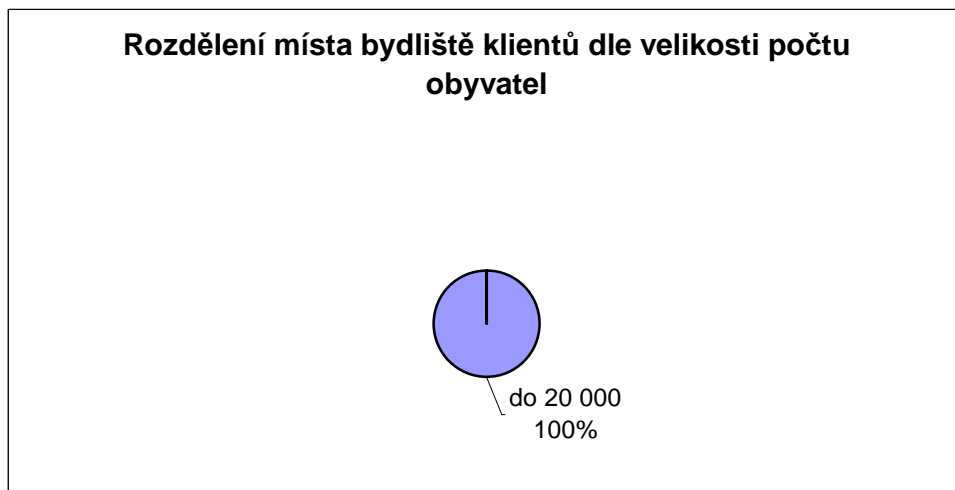
Graf 3: Dosažené vzdělání



Z celkového počtu 10 osob mělo: 1 osoba (13%) Základní školu praktickou (dříve ZvŠ), 2 osoby (20%) Základní školu (ZŠ), 6 osob (60%) Střední odborné učiliště (SOU). 1 osoba (10%) Vysokou školu (VŠ)

Zdroj: vlastní výzkum

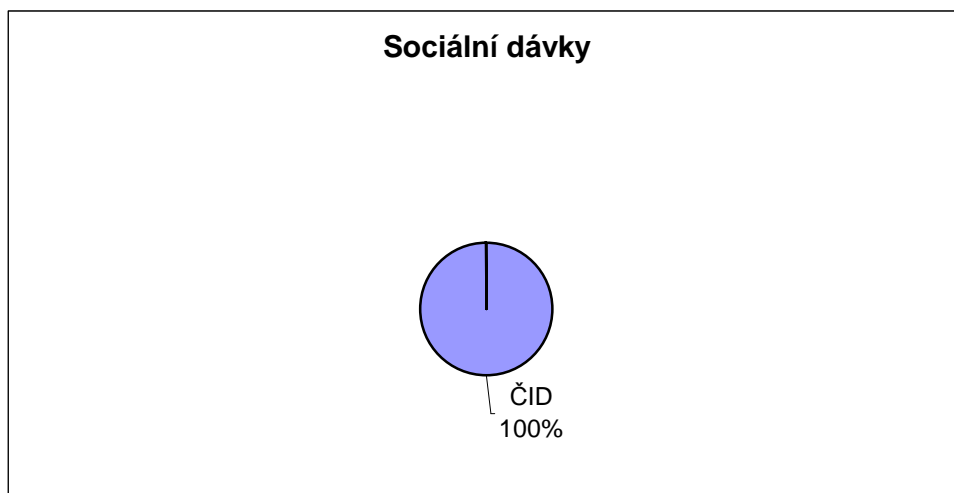
Graf 4: Rozdělení místa bydliště klientů, dle velikosti počtu obyvatel



Z celkového počtu 10 osob bylo: 10 osob (100%) z místa bydliště do 20 000 obyvatel

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5: Sociální dávky



Z celkového počtu 10 osob pobíralo: 10 osob (100%) částečný invalidní důchod (ČID)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6: Očekávání klienta od programu

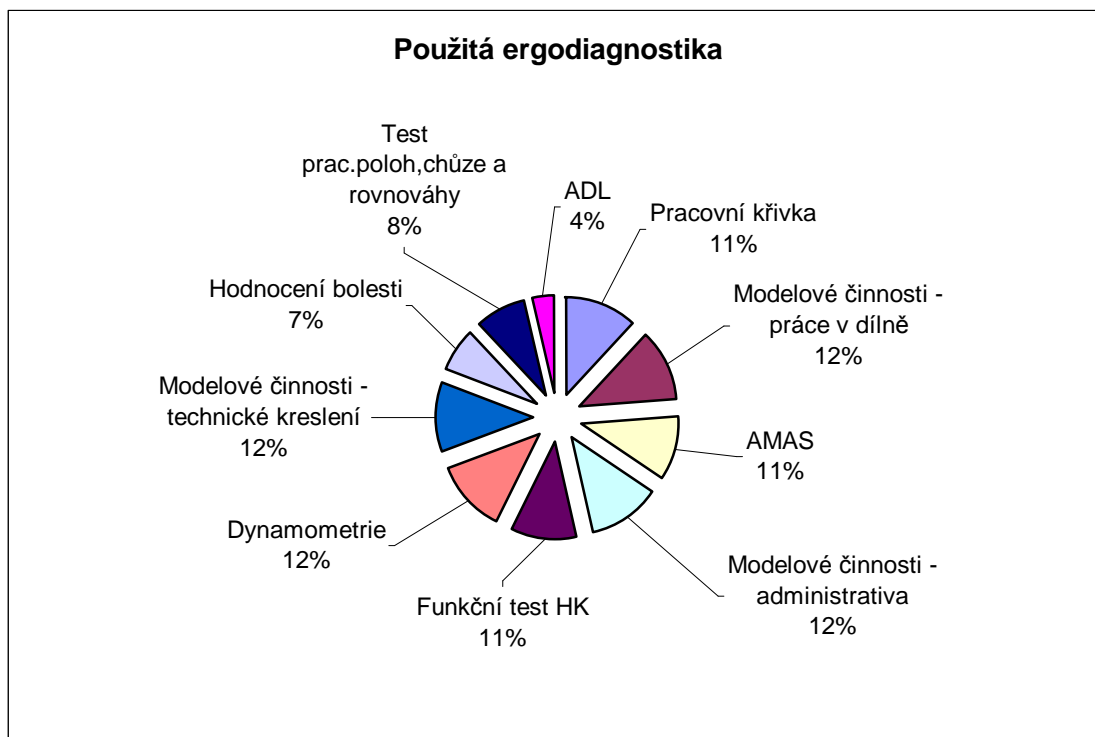


Z celkového počtu 10 osob očekávalo od programu: 5 osob (50%) získání zaměstnání, 1 osoba (10%) získání nových znalostí a dovedností, 4 osoby (40%) určení pracovního potenciálu

Zdroj: vlastní výzkum

B) Údaje získané v rámci programu

Graf 7: Použitá ergodiagnostika

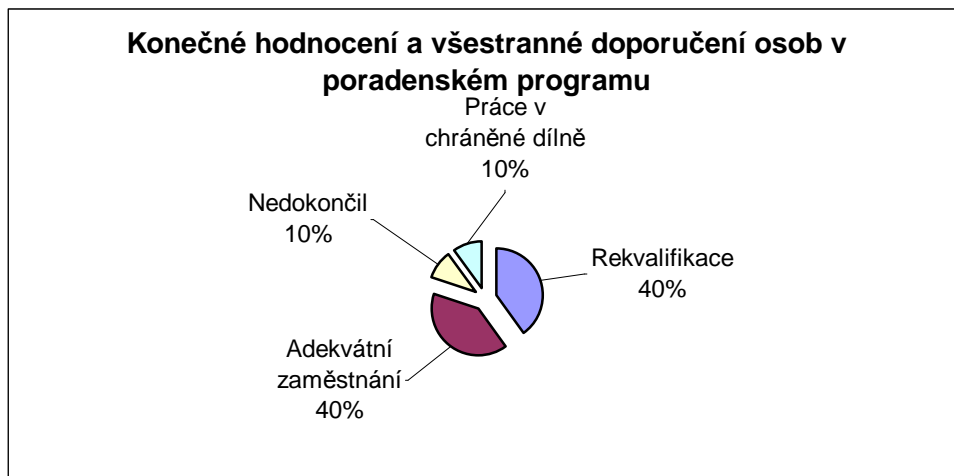


Z celkového počtu 10 osob bylo provedeno testování: 10 osob Pracovní křivka (11%), 10 osob Modelové činnosti – technické kreslení (12%), 10 osob Modelové činnosti – práce v dílně (12%), 10 osob AMAS (11%), 9 osob Funkční test HK (11%), 10 osob Dynamometrie (12%), 6 osob Hodnocení bolesti (7%), 7 osob Testování pracovních poloh, chůze a rovnováhy (8%), 3 osoby ADL (4%), 10 osob Modelové činnosti – administrativa (12%)

Goniometrie nebyla na základě anamnestického rozhovoru a následného doporučení lékařem u této skupiny realizována.

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8: Konečné hodnocení a všestranné doporučení osob v poradenském programu



Z celkového počtu 10 osob bylo doporučeno: 4 osobám (40%) adekvátní zaměstnání, 1 osobě (10%) práce v chráněné dílně, 4 osobám (40%) rekvalifikace, 1 osoba (10%) program nedokončila

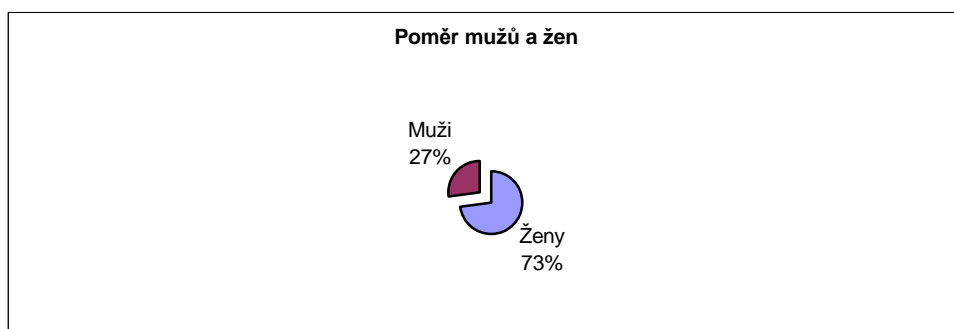
Zdroj: vlastní výzkum

4.2.3 Třetí poradenský program

Třetí poradenský program probíhal od 8. 10. 2008 do 21. 11. 2008.

A) Údaje poskytnuté samotným klientem

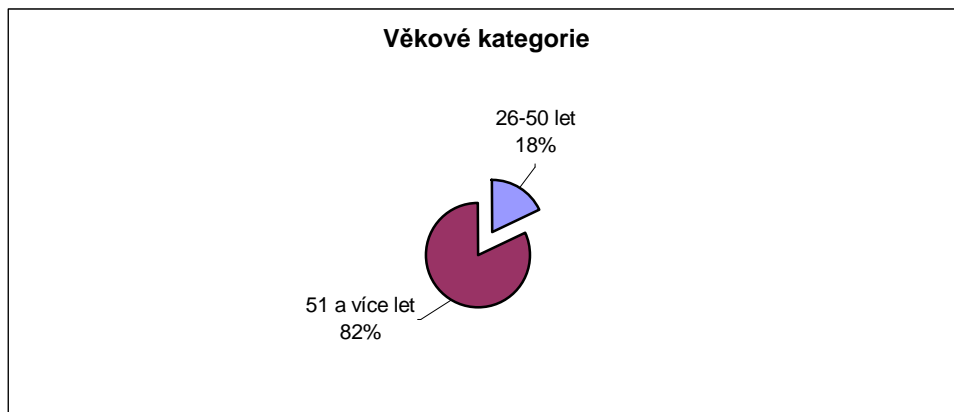
Graf 1: Poměr mužů a žen



Celkem se zúčastnilo 11 osob, z toho bylo: 8 žen (73%) a 3 muži (27%)

Zdroj: vlastní výzkum

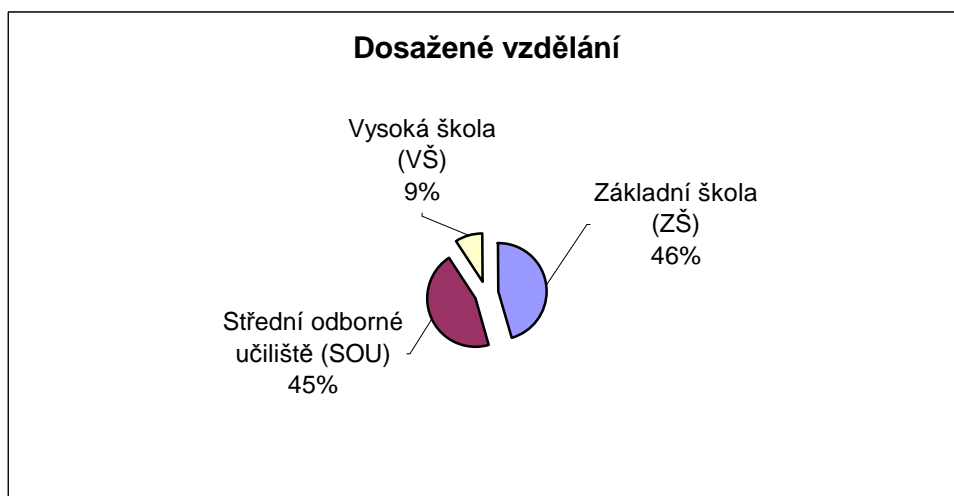
Graf 2: Věkové kategorie



Z celkového počtu 11 osob došlo k rozdělení do těchto věkových kategorií: 2 osoby (18%) ve věku 26 - 50 let, 9 osob (82%) ve věku 51 let a více

Zdroj: vlastní výzkum

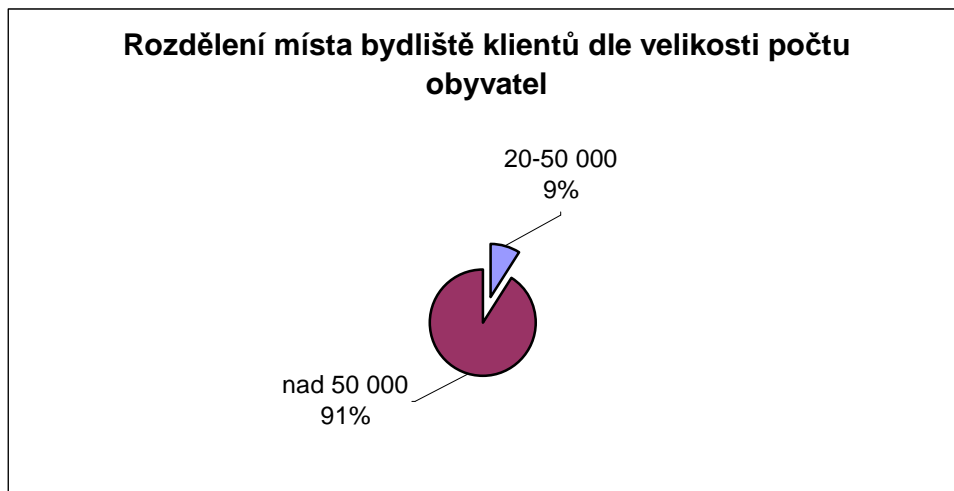
Graf 3: Dosažené vzdělání



Z celkového počtu 11 osob mělo: 5 osob (46%) Základní školu (ZŠ), 5 osob (45%) Střední odborné učiliště (SOU). 1 osoba (9%) Vysokou školu (VŠ)

Zdroj: vlastní výzkum

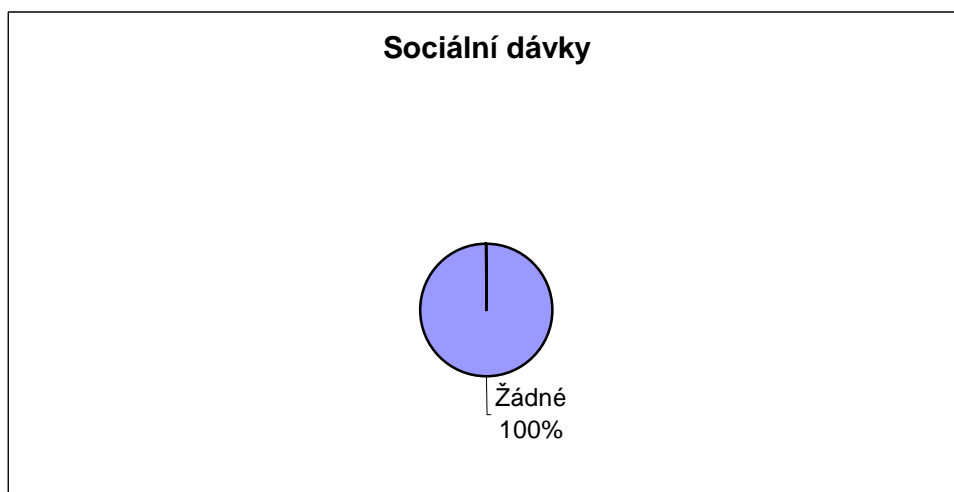
Graf 4: Rozdělení místa bydliště klientů dle velikosti počtu obyvatel



Z celkového počtu 11 osob byla: 1 osoba (9%) z místa bydliště 20-50 000 obyvatel, 10 osob (91%) z místa bydliště nad 50 000 obyvatel

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5: Sociální dávky



Z celkového počtu 11 osob nepobíralo 11 osob (100%) žádné dávky

Graf 6: Očekávání klienta od programu

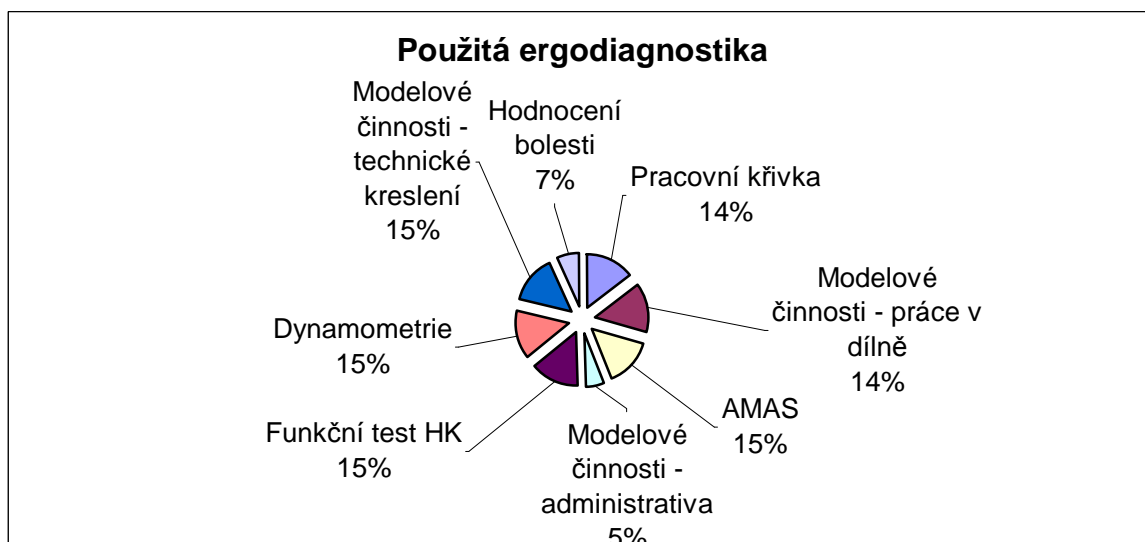


Z celkového počtu 11 osob očekávalo od programu: 10 osob (91%) získání zaměstnání, 1 osoby (9%) určení pracovního potenciálu

Zdroj: vlastní výzkum

B) Údaje získané v rámci programu

Graf 7: Použitá ergodiagnostika



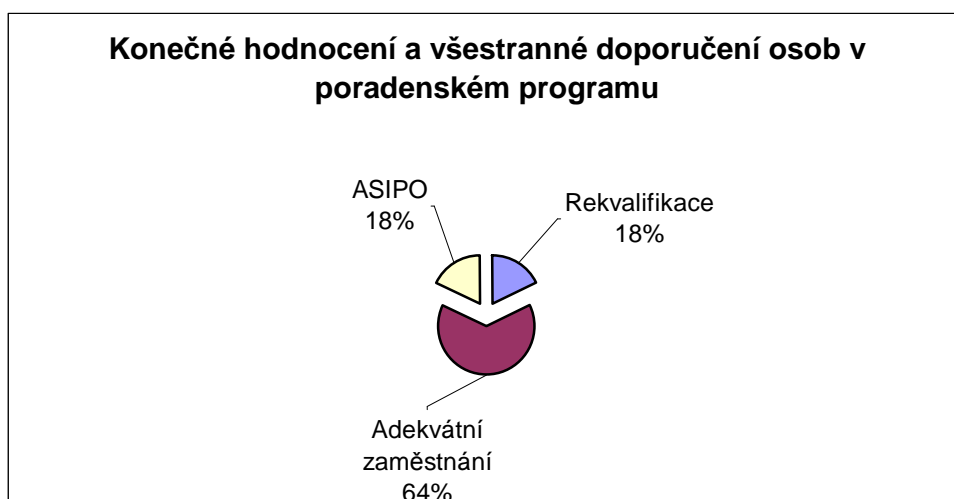
Z celkového počtu 11 osob bylo provedeno testování: 11 osob Pracovní křivka (14%), 11 osob Modelové činnosti – technické kreslení (15%), 11 osob Modelové činnosti –

práce v dílně (14%), 11 osob AMAS (15%), 11 osob Funkční test HK (15%), 11 osob Dynamometrie (15%), 5 osob Hodnocení bolesti (7%), 4 osoby Modelové činnosti – administrativa (5%)

Goniometrie, testování pracovních poloh, chůze a rovnováhy, ADL nebyly na základě anamnestického rozhovoru a následného doporučení lékařem u této skupiny realizovány.

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8: Konečné hodnocení a všestranné doporučení osob v poradenském programu



Z celkového počtu 11 osob bylo doporučeno: 7 osobám (65%) adekvátní zaměstnání, 2 osobám (18%) rekvalifikace, 2 osobám (18%) ASIPO

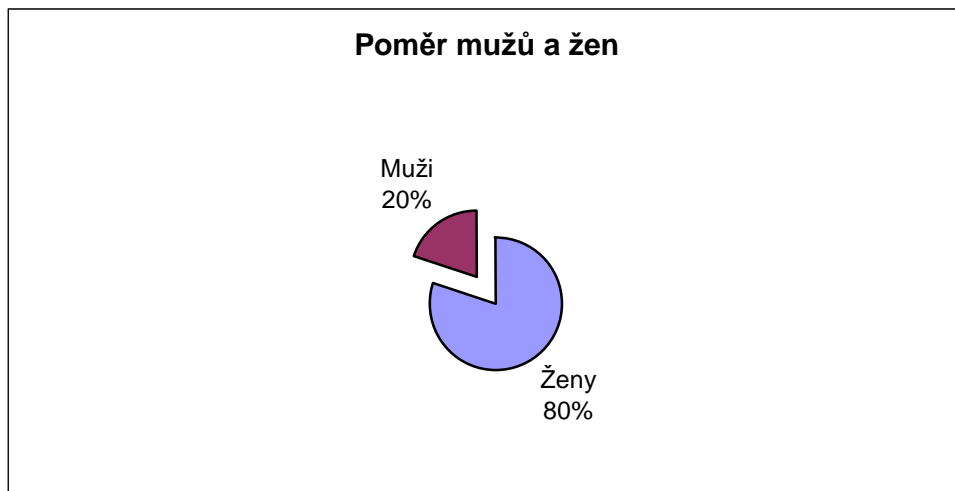
Zdroj: vlastní výzkum

4.2.4 Čtvrtý poradenský program

Čtvrtý poradenský program probíhal od 24. 11. 2008 do 22. 1. 2009.

A) Údaje poskytnuté samotným klientem

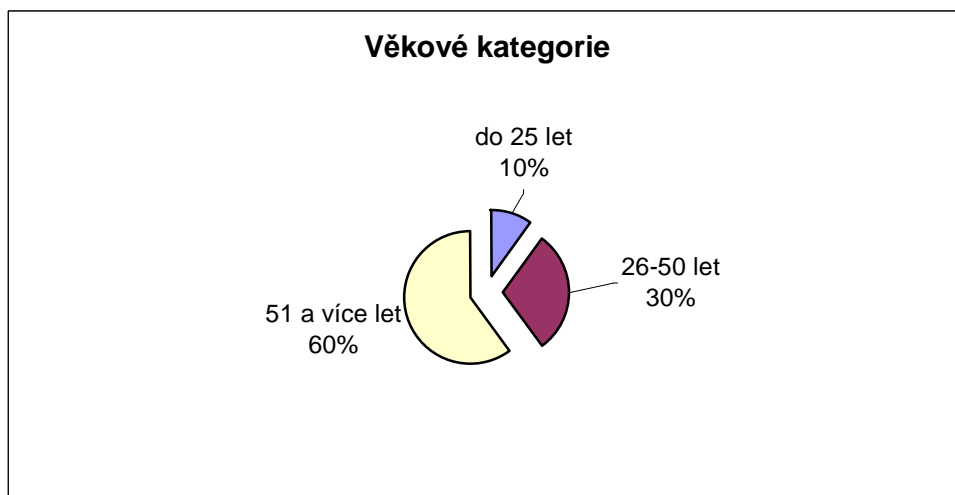
Graf 1: Poměr mužů a žen



Celkem se zúčastnilo 10 osob, z toho bylo: 8 žen (80%) a 2 muži (20%)

Zdroj: vlastní výzkum

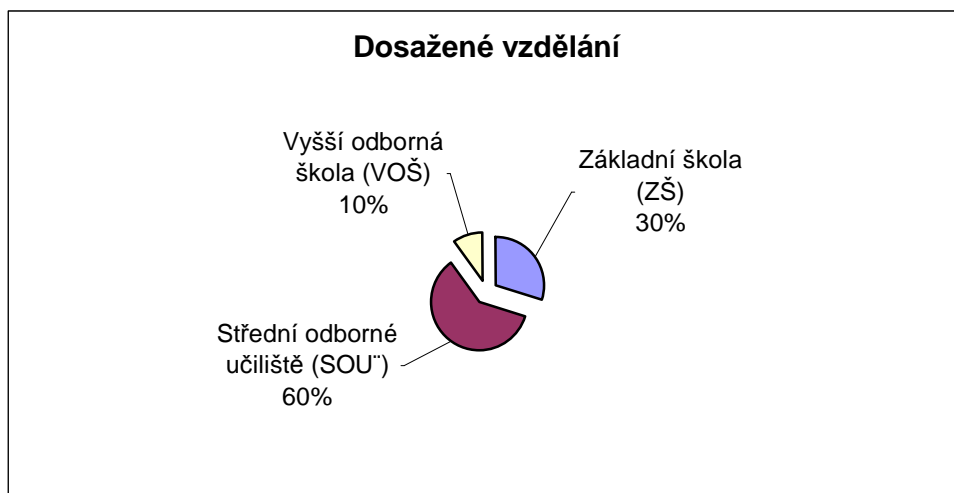
Graf 2: Věkové kategorie



Z celkového počtu 10 osob došlo k rozdělení do těchto věkových kategorií: 1 osoba (10%) ve věku do 25 let, 3 osoby (30%) ve věku 26 - 50 let, 6 osob (60%) ve věku 51 let a více

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3: Dosažené vzdělání



Z celkového počtu 10 osob měly: 3 osoby (30%) Základní školu (ZŠ), 6 osob (60%) Střední odborné učiliště (SOU), 1 osoba (10%) Vyšší odbornou školu (VOŠ)

Zdroj: vlastní výzkum

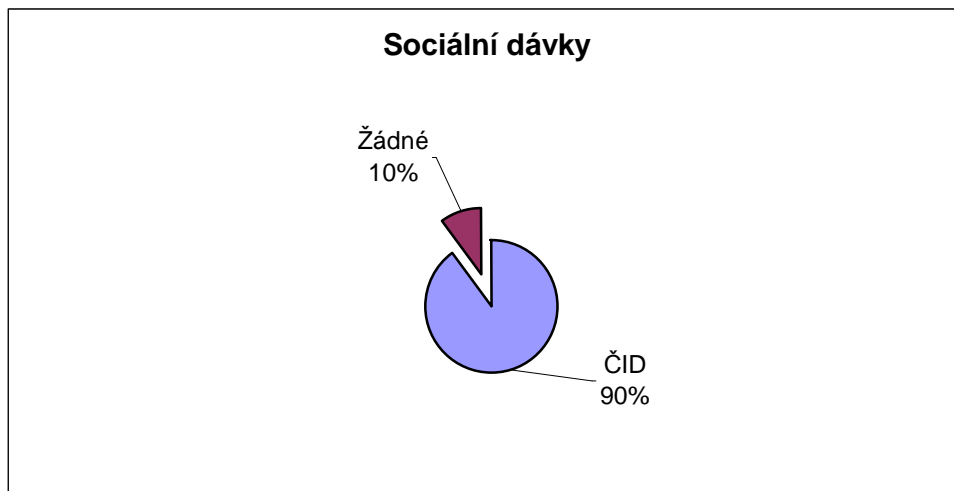
Graf 4: Rozdělení místa bydliště klientů dle velikosti počtu obyvatel



Z celkového počtu 10 osob bylo 10 osob (100%) z místa bydliště do 20 000 obyvatel

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5: Sociální dávky



Z celkového počtu 10 osob pobíralo: 9 osob (90%) částečný invalidní důchod (ČID), 1 osoba (10%) nepobírala dávky žádné

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6: Očekávání klienta od programu

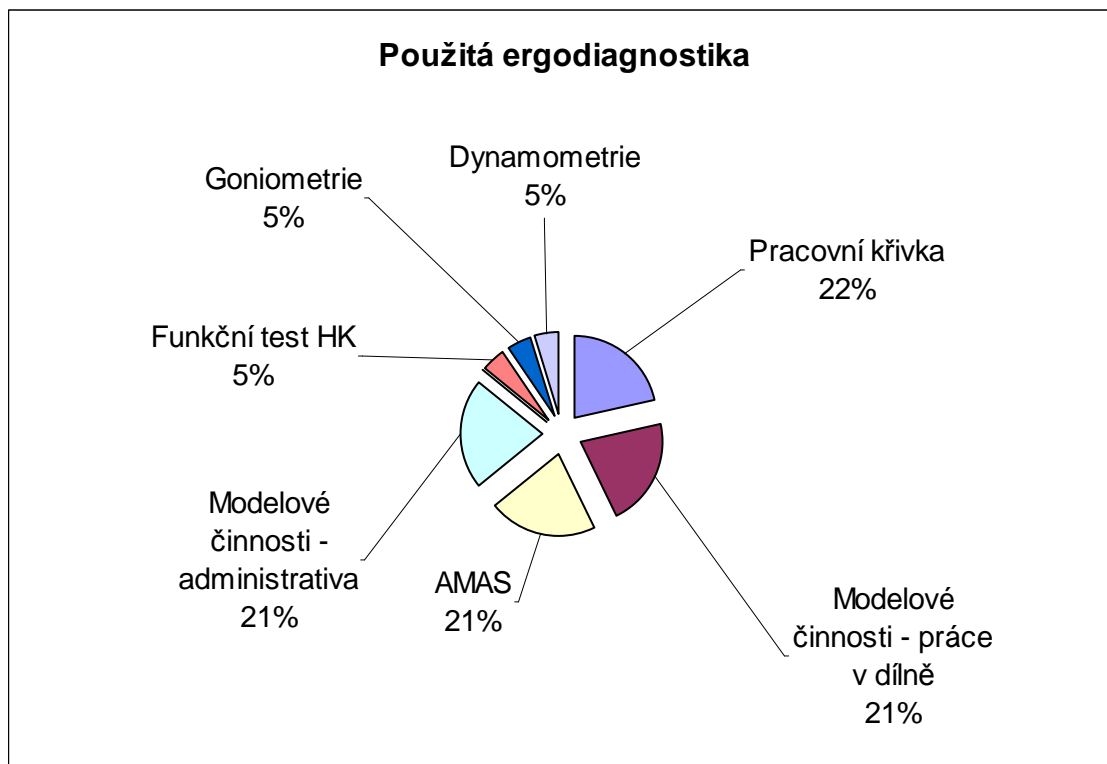


Z celkového počtu 10 osob očekávalo od programu 10 osob (100%) získání zaměstnání

Zdroj: vlastní výzkum

B) Údaje získané v rámci programu

Graf 7: Použitá ergodiagnostika

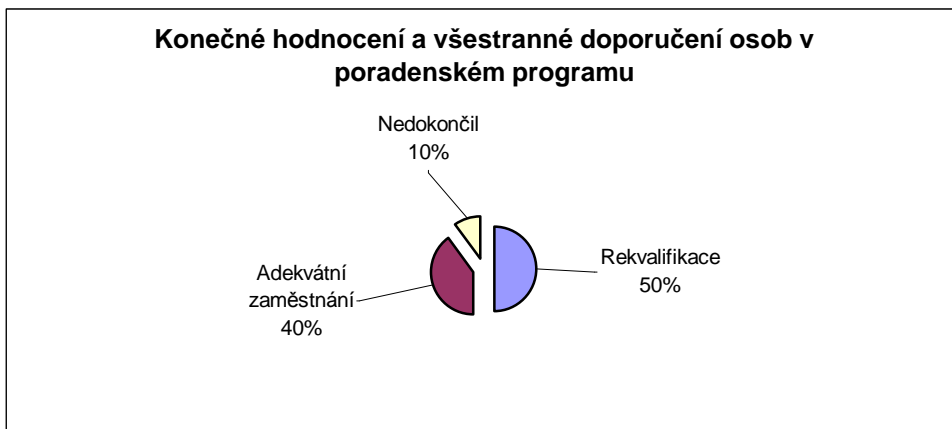


Z celkového počtu 10 osob bylo provedeno testování: 9 osob Pracovní křivka (22%), 9 osob Modelové činnosti – práce v dílně (21%), 9 osob AMAS (21%), 2 osoby Funkční test HK (5%), 2 osoby Goniometrie (5%), 9 osob Modelové činnosti – administrativa (21%), 2 osoby Dynamometrie (5%)

Modelové činnost – technické kreslení, testování pracovních poloh, chůze a rovnováhy, hodnocení bolesti, ADL nebyly na základě anamnestického rozhovoru a následného doporučení lékařem u této skupiny realizovány.

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8: Konečné hodnocení a všestranné doporučení osob v poradenském programu



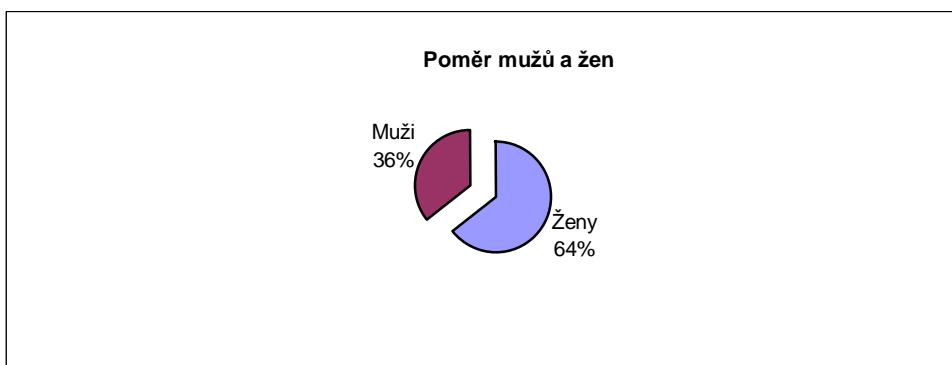
Z celkového počtu 10 osob bylo doporučeno: 4 osobám (40%) adekvátní zaměstnání, 5 osobám (50%) rekvalifikace, 1 osoba (10%) program nedokončila

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.5 Závěrečné shrnutí poradenských programů

A) Údaje poskytnuté samotným klientem

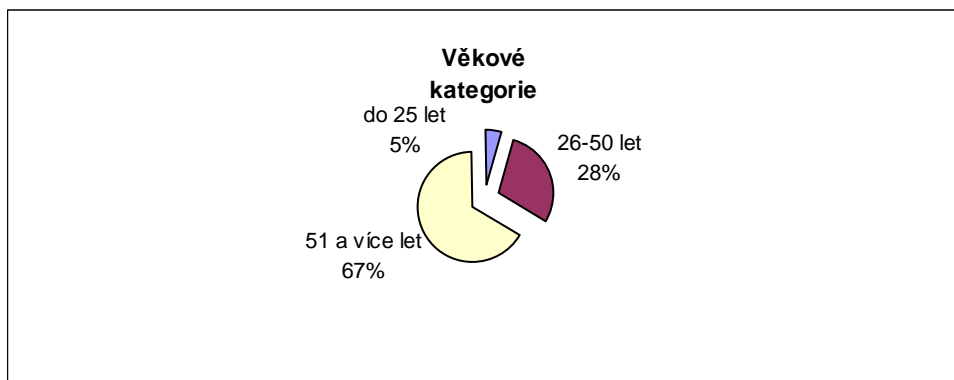
Graf 1: Poměr mužů a žen



Celkem se zúčastnilo poradenských programů 39 osob, z toho bylo: 25 žen (64%) a 14 mužů (36%)

Zdroj: vlastní výzkum

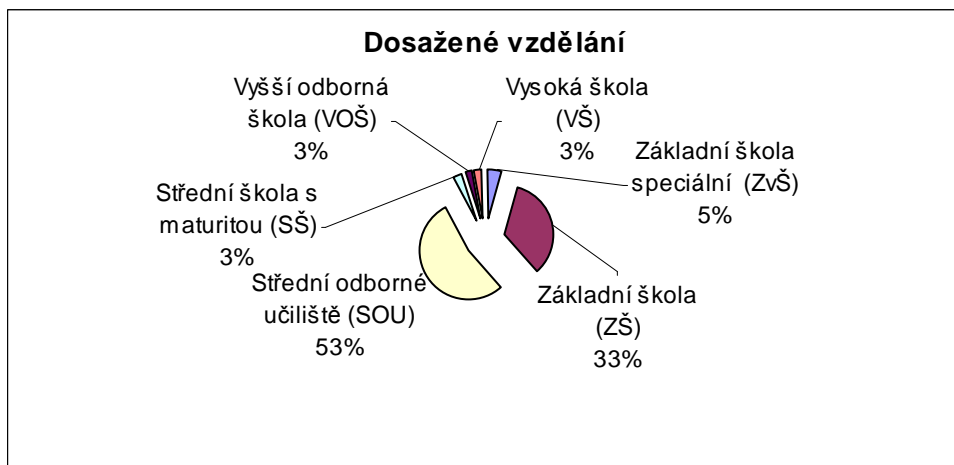
Graf 2: Věkové kategorie



Z celkového počtu 39 osob, které se zúčastnily poradenských programů, došlo k rozdělení do těchto věkových kategorií: 2 osoby (5%) ve věku do 25 let, 11 osob (28%) ve věku 26 - 50 let, 26 osob (67%) ve věku 51 let a více

Zdroj: vlastní výzkum

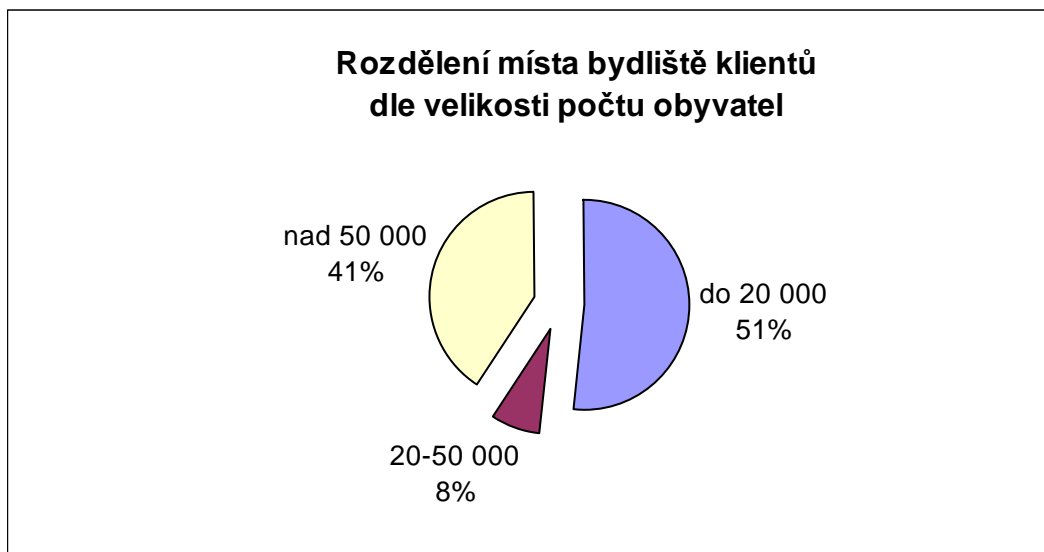
Graf 3: Dosažené vzdělání



Z celkového počtu 39 osob, které se zúčastnily programů, měly: 2 osoby (5%) Základní školu praktickou (dříve ZvŠ), 13 osob (33%) Základní školu (ZŠ), 21 osob (53%) Střední odborné učiliště (SOU). 1 osoba (3%) Střední školu s maturitou (SŠ), 1 osoba (3%) Vyšší odbornou školu (VOŠ), 1 osoba (3%) Vysokou školu (VŠ)

Zdroj: vlastní výzkum

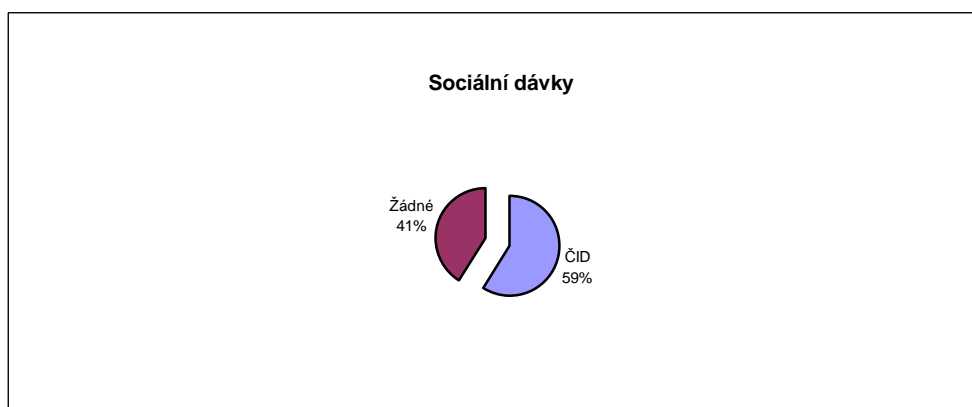
Graf 4: Rozdělení místa bydliště klientů dle velikosti počtu obyvatel



Z celkového počtu 39 osob, které se zúčastnily programů, bylo 20 osob (51%) z místa bydliště do 20 000 obyvatel, 3 osoby (8%) z místa bydliště 20-50 000 obyvatel, 16 osob (41%) z místa bydliště nad 50 000 obyvatel

Zdroj: vlastní výzkum

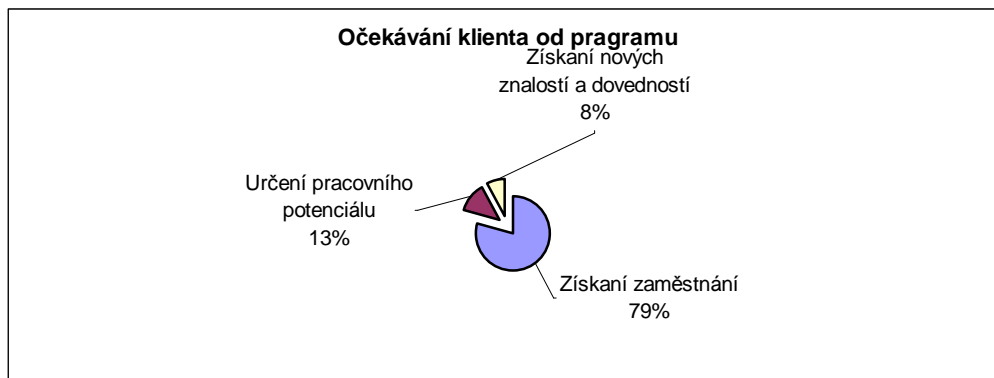
Graf 5: Sociální dávky



Z celkového počtu 39 osob, které se zúčastnily programů, pobíralo: 23 osob (59%) částečný invalidní důchod (ČID), 16 osob (41%) nepobíralo dávky žádné

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6: Očekávání klienta od programu

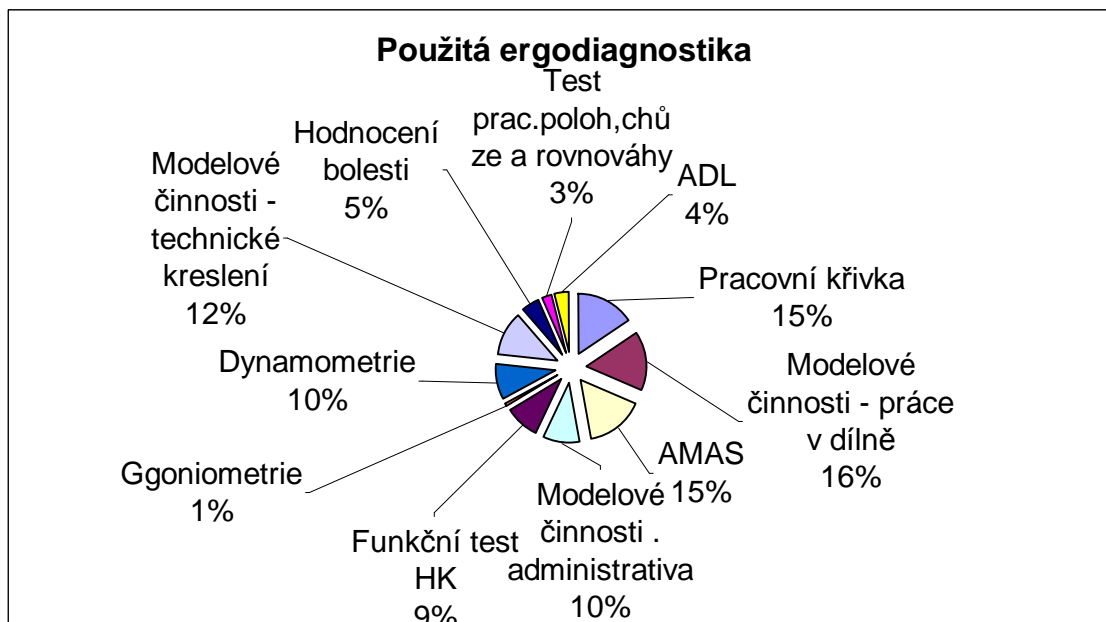


Z celkového počtu 39 osob, které se zúčastnily programů, očekávalo od programu 31 osob (79%) získání zaměstnání, 5 osob (13%) určení pracovního potenciálu, 3 osoby (8%) získání nových znalostí a dovedností

Zdroj: vlastní výzkum

B) Údaje získané v rámci programu

Graf 7: Použitá ergodiagnostika

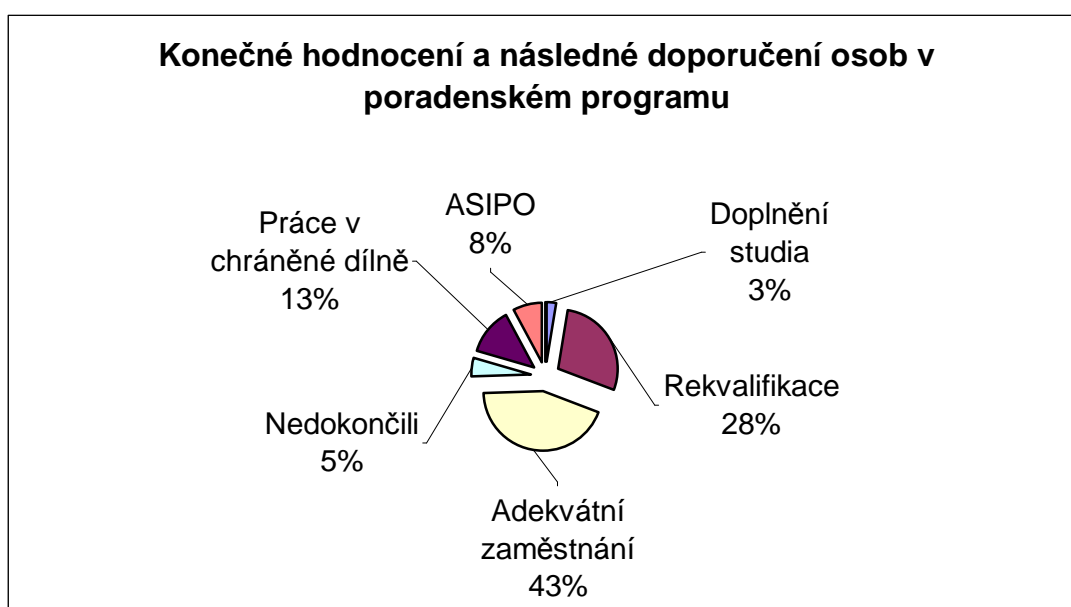


Z celkového počtu 39 osob, které se zúčastnily programů, bylo na základě anamnestického rozhovoru a následného doporučení lékařem provedeno testování: 38

osob Pracovní křivka (15%), 38 osob Modelové činnosti – práce v dílně (16%), 37 osob AMAS (15%), 22 osob Funkční test HK (9%), 2 osoby Goniometrie (1%), 23 osob Modelové činnosti – administrativa (10%), 23 osob Dynamometrie (10%), 29 osob Modelové činnosti – technické kreslení (12%), 7 osob Testování pracovních poloh, chůze a rovnováhy (3%), 11 osob Hodnocení bolesti (5%), 9 osob ADL (4%)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8: Konečné hodnocení a všestranné doporučení osob v poradenském programu

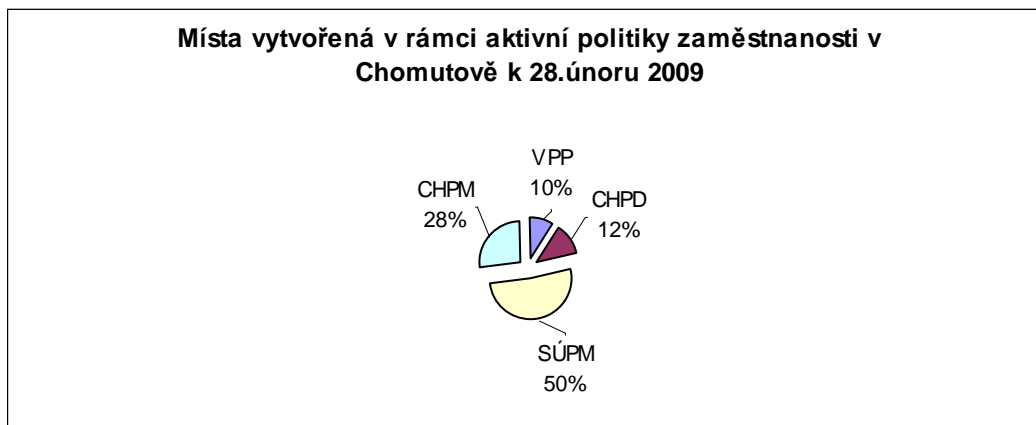


Z celkového počtu 39 osob, které se zúčastnily programů, bylo doporučeno: 17 osobám (43%) adekvátní zaměstnání, 11 osobám (28%) rekvalifikace, 1 osobě (3%) doplnění studia, 5 osobám (13%) práce v chráněné dílně, 3 osobám (8%) ASIPO, 2 osoby (5%) program nedokončili

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Pracovní uplatnění v Chomutově

Graf 1: Místa vytvořená v rámci aktivní politiky zaměstnanosti v Chomutově



Celkem bylo k 28. únoru 2009 vytvořeno v rámci aktivní politiky zaměstnanosti v Chomutově 83 míst, z toho bylo: 8 míst (10%) Veřejně prospěšné práce (VPP), 10 míst (12%) chráněných pracovních dílen (CHPD), 23 míst (28%) Chráněných pracovních míst (CHPM), 42 míst (50%) Společensky účelných pracovních míst (SÚPM)

Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuse

V práci jsem se věnovala osobám se zdravotním postižením, které jsou dlouhodobě nezaměstnané a je třeba u nich stanovit aktuální zdravotní (pracovní) potenciál, který by následně umožňoval adekvátnější zařazení do aktivního pracovního procesu.

Cílem mé práce je přiblížit a ukázat stávající možnosti a komplexnost metodik nabízejících zhodnocení aktuálního zdravotního potenciálu klienta se zdravotním postižením, jako předpokladu integrace na trhu práce.

5.1 Závěrečné zhodnocení grafů poradenských programů

Graf 1 v závěrečném hodnocení znázorňuje poměr mužů a žen, jenž jsou osobami se zdravotním postižením, které podstoupily zhodnocení svého aktuálního zdravotního potenciálu a měly zájem o začlenění do pracovního procesu. Poradenského programu se zúčastnilo celkem 39 osob, z toho bylo 25 žen a 14 mužů.

Graf 2 v závěrečném hodnocení znázorňuje celkové věkové rozmezí zúčastněných 39 osob se zdravotním postižením, které jsem rozdělila do 3 věkových kategorií. První věková kategorie byla do 25 let (2 osoby). Druhá věková kategorie byla od 26 do 50 let (11 osob). Třetí věková kategorie byla 51 a více let (26 osob).

Graf 3 v závěrečném hodnocení znázorňuje celkové dosažené vzdělání zúčastněných 39 osob se zdravotním postižením, které bylo následující - 2 osoby měly Základní školu speciální (ZvŠ), 13 osob dokončilo Základní školu (ZŠ), 21 osob absolvovalo Střední odborné učiliště (SOU). 1 osoba dokončila Střední školu s maturitou (SŠ), 1 osoba absolvovala Vyšší odbornou školu (VOŠ), 1 osoba vystudovala Vysokou školu (VŠ).

Graf 4 v závěrečném hodnocení znázorňuje celkové rozdělení místa bydliště 39 zúčastněných klientů se zdravotním postižením, dle velikosti počtu obyvatel, které jsem

rozdělila do 3 kategorií. První kategorie bylo místo bydliště do 20 000 obyvatel (20 osob). Druhá kategorie bylo místo bydliště 20-50 000 obyvatel (3 osoby). Třetí kategorie bylo místo bydliště nad 50 000 obyvatel (16 osob).

Graf 5 v závěrečném hodnocení znázorňuje celkový přehled pobírání sociálních dávek klientů. Poradenských programů se zúčastnilo celkem 39 osob se zdravotním postižením, z nichž 23 osob pobíralo částečný invalidní důchod (ČID), 16 osob nepobíralo dávky žádné.

Graf 6 v závěrečném hodnocení znázorňuje celkový přehled očekávání klienta od programu. Poradenských programů se zúčastnilo celkem 39 osob se zdravotním postižením, z nichž očekávalo od programu 31 osob získání zaměstnání, 5 osob určení pracovního potenciálu, 3 osoby získání nových znalostí a dovedností.

Graf 7 v závěrečném hodnocení znázorňuje použitou ergodiagnostiku u klientů se zdravotním postižením, jejíž realizace vycházela z anamnestického rozhovoru a následného doporučení lékařem. Z celkového počtu 39 osob, které se zúčastnily programů, bylo provedeno následné testování: 38 osob Pracovní křivka, 38 osob Modelové činnosti – práce v dílně, 37 osob AMAS, 22 osob Funkční test HK, 2 osoby Goniometrie, 23 osob Modelové činnosti – administrativa, 23 osob Dynamometrie, 29 osob Modelové činnosti – technické kreslení, 7 osob Testování pracovních poloh, chůze a rovnováhy, 11 osob Hodnocení bolesti, 9 osob ADL.

Graf 8 v závěrečném hodnocení znázorňuje konečné hodnocení a všestranné doporučení osob v poradenském programu. Poradenských programů se zúčastnilo celkem 39 osob se zdravotním postižením, u kterých bylo posléze doporučeno: 17 osobám adekvátní zaměstnání, 11 osobám rekvalifikace, 1 osobě doplnění studia, 5 osobám práce v chráněné dílně, 3 osobám ASIPO, 2 osoby program nedokončily ze zdravotních důvodů.

Informace z Úřadu práce o následném uplatnění klientů, kteří prošli výše uvedenými Poradenskými programy, se mi nepodařilo získat. Získala jsem pouze informace z Personální agentury ASIPO, která uvádí, že z celkového počtu 39 osob, pouze dvě osoby měly zájem a přihlásily se do výše uvedené agentury pro zprostředkování zaměstnání.

5.2 Sběr informací

Během vypracovávání této práce bylo někdy dosti obtížné získávat potřebné informace o dané problematice, neboť došlo nejen k určitým změnám v legislativě, nýbrž stále chybí i zákon o rehabilitaci. Jediným překvapivým nedostatkem se kterým jsem se setkala, bylo získání přístupu k informacím o nově použité metodě Isernhagen Work System. Oproti tomu, co se týče získávání informací o zúčastněných osobách, stejně tak i jejich následné spolupráce, probíhalo vše bez větších komplikací.

Každý z účastníků, měl možnost a dostatek prostoru k vlastnímu vyjádření k celému programu, jehož součástí bylo nejen hodnocení onoho programu, ale taktéž zhodnocení, zda došlo k naplnění jeho očekávání, s nímž do programu na začátku přicházel.

S radostí zde mohu uvést, že převážná většina účastníků se vyjádřila ve smyslu naplnění svých očekávání kladně a i následné zakončení poradenských programů roku 2008 probíhalo ve velmi příjemné atmosféře. Na závěr bylo účastníkům předáno potvrzení o absolvování programu.

5.3 Rovné příležitosti osob se zdravotním postižením

Zdravotně postižení všeobecně patří mezi skupinu osob, která je vystavena zvýšenému riziku nezaměstnanosti. Toto riziko je taktéž diferencováno uvnitř dané skupiny. Projevuje se převážně souvislost se stupněm dosaženého vzdělání –

nezaměstnaností jsou cca čtyřikrát více ohroženi zdravotně postižení se základním vzděláním, než je tomu u zdravotně postižených alespoň se středoškolským vzděláním s maturitou.

Obecně platí, že lidé ve vyšších věkových kategoriích jsou nezaměstnaností ohroženi výrazněji. Tato závislost však neplatí u zdravotně postižených osob. Zde jsou naopak nezaměstnaností nejvíce postiženi mladí lidé a s přibývajícím věkem míra nezaměstnanosti OZP spíše klesá.

Na první pohled ona zdánlivá abnormalita má úzkou souvislost s celkovým chováním zdravotně postižených na pracovním trhu – s věkem přibývá podílů těch osob, které na hledání zaměstnání zcela rezignovaly a stahují se do ekonomické neaktivity. Proto je pro starší věkové kategorie OZP charakteristická nízká míra zaměstnanosti, než-li vysoká míra nezaměstnanosti.

Postavení zdravotně postižených občanů na českém pracovním trhu vykazuje stejné obecné charakteristiky, jako je tomu i v dalších evropských zemích. Nízká zaměstnanost je charakteristická převážně pro zdravotně postižené osoby s nízkým stupněm dosaženého vzdělání, starší osoby (zejména ve věku nad 50 let), osoby s těžkým zdravotním postižením a osoby s mentálním postižením.

Národní rada pro zdravotně postižené zpracovala v r. 2007 Analýzu realizace principu rovných příležitostí pro zdravotně postižené občany a definuje několik hlavních nástrojů na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Součástí analýzy je i tzv. „právní minimum“, jenž si klade za cíl upozornit na právní aspekty spojené s prosazováním rovnosti a zabráněním diskriminace v pracovních vztazích. Základním předpisem v České republice je zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, který upravuje zákaz diskriminace a stanovuje, co je přímá a nepřímá diskriminace, stejně tak i to, co se za diskriminaci nepovažuje. Zákon o zaměstnanosti dále v části III. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením praví, že „fyzickým osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce“ a definuje, kdo je osobou se zdravotním postižením. Součástí zvýšení šancí OZP na trhu práce je pracovní rehabilitace, na kterou mají všechny osoby se zdravotním postižením nárok, a která představuje proces směřující k získání nebo udržení adekvátního

zaměstnání pro tyto osoby. Pracovní rehabilitace je tak jedním z nástrojů, jenž je-li efektivně a cíleně využívána, může vést k naplnění rovných příležitostí osob se zdravotním postižením na trhu práce. (30)

5.4 Cíle a hypotézy práce

Cílem práce je popsat specifické kroky a postupy k integraci zdravotně znevýhodněných osob v rámci otevřeného trhu práce. Cíl práce je naplněn.

Dílním cílem práce je popsat stávající způsoby umožňující zhodnocení aktuálního zdravotního potenciálu klienta se zdravotním postižením, jako předpokladu integrace na trhu práce. Dílní cíl práce je splněn.

Hypotéza 1: Osoba se zdravotním omezením (disabilitou) je umístitelná na trhu práce.

Hypotéza 2: Osoba se zdravotním omezením je umístitelná na trhu práce za podmínek, že bude akceptován její aktuální zdravotní potenciál.

Hypotéza 3: Individuální plán pracovní rehabilitace umožňuje zvýšit šanci začlenění osob zdravotně znevýhodněných na trhu práce.

Hypotézy 1, 2, 3 se potvrdily v souladu se zákonem č. 435/2004 Sb. (29)

Individuální plán pracovní rehabilitace navrhuje řešení, spočívající ve sjednocení a realizaci souhrnných metodických postupů, pro usnadnění pomoci osobám se zdravotním postižením, získat přístup na otevřený trh práce.

6. Závěr

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je proces, který vyžaduje zvláštní podporu. Nemyslím zde pouze možnost využití nabídky Úřadu práce v oblasti pracovní rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením, která je uvedena v zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti a navazujících novelách, ale, z globálního hlediska vzato, ucelený a navzájem propojený proces péče a pomoci osobám se zdravotním postižením při uplatnění na trhu práce.

Spojení metodik, kterými se mimo jiné ve své práci zabývám, nabízí možnost jak zhodnotit aktuální pracovní potenciál osoby se zdravotním postižením. V praxi se tak může stát dalším pozitivním přínosem urychlující proces začlenění osob se zdravotním postižením na pracovní trh.

Mnoho otázek a témat ohledně začleňování osob se zdravotním postižením zůstává i nadále v područí budoucnosti (nevyřešeno). Jako první příklad bych uvedla sporadické využívání pozitivní rekomandace u osob se zdravotním postižením. Nebo neúměrná časová prodleva od doby vzniku situace, kdy se z člověka stává osoba se zdravotním postižením a jeho následné zařazení na pracovní trh aj.

Dalším mým záměrem, při zpracování této práce, bylo zdůraznění významu aktivní profesní spolupráce všech článků řetězce podílejících se na integraci osob se zdravotním postižením v rámci společnosti.

V neposlední řadě bych chtěla také zdůraznit všeobecný, pozitivně ekonomický dopad pro společnost, kdy zkvalitněním a propojením systému péče o osoby se zdravotním postižením, dojde i ke snížení časové dotace v celém procesu začlenění osob se zdravotním postižením na trh práce, a tím také k úspoře vynakládaných prostředků ze státního rozpočtu v dané oblasti.

Jsem si vědoma, že uvedené skutečnosti (teoretické i empirické), mohou být podkladem a výzvou pro hledání dalších nástrojů a cest, umožňujících zkvalitnění systému vedoucího k zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., KOLÁŘOVÁ, M. *Vývoj invalidity v ČR a ve vybraných zemích EU*. Praha: VÚPSV, 2002.
2. BUCHTOVÁ, B. et al. *Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8.
3. CIKRT, T. *Důchod versus rehabilitace*. In Zdravotnické noviny ČR. Č. 6, 2004.
4. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0139-7.
5. *Evropský sociální fond*. Poslední aktualizace 28.3.2006
6. FLEGL, V. *Listina základních práv a svobod v aplikační praxi ČR*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 1997. ISBN 80-7179-149-0.
7. GALTON, Y. *Zaměstnávání zdravotně postižených osob v EU a v zemích ekonomické transformace*. In *Sborník materiálů z mezinárodní konference. Zaměstnávání zdravotně postižených s vlastním zaměřením na transformující se Zemi*. Praha, 26.10.2001.
8. HENDL, J., *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.
9. HRKAL, k., POJSLOVÁ, K. *Informace o novém zákonu o zaměstnanosti*. In Roska. Č.4 2004.
10. *Individuální plán pracovní rehabilitace* Příloha č.2 k zadávacímu listu č.PR001.
11. *Integrace zdravotně postižených do společnosti*. [online] Poslední aktualizace 2001. Dostupné z: www.vkol.cz/cs/dokumenty/referaty-a-soupisy--nejen--pracovniku-vkol/prehled-referatu/clanek/integrace-zdravotne-postizenych-osob-do-spolecnosti/
12. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
13. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí*. 2.vyd. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
14. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly*

- z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
15. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
 16. KAHOUN, V., KOZLOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. et al. *Sociální práce*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-138-2.
 17. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání. 4. vyd. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2008. ISBN 978-80-254-2744-6.
 18. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
 19. KRÁSA, V. V Praze se konala důležitá konference o zaměstnávání občanů se zdravotním postižením. *Pracovní kapitál – přesun od zdravotního postižení ke schopnostem*. In Skok do reality. Č. 2. Praha, 2004.
 20. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
 21. *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.
 22. *Metodický materiál k realizaci poradenských programů pro osoby se zdravotním postižením*. materiál vznikl v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
 23. *Metodický materiál k realizaci profesní diagnostiky v rámci poradenství pro OZP*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
 24. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: GRADA, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.
 25. MPSV ČR. *Právní předpisy o zaměstnanosti*. 5. vyd. Praha : JAN, 2005. ISBN 80-86878-11-2.

26. MPSV ČR. *Právní předpisy o zaměstnanosti*. 3. vyd. Praha: JAN, 2002. 92 s. ISBN 80-86552-32-2.
27. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství : struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
28. PFEIFFER, J. *Ergoterapie*. REHALB o.p.s., Praha 2001.
29. *Problematika zaměstnávání zdravotně postižených občanů*. [online] Poslední aktualizace 6. 9. 2002
Dostupné z: www.infoposel.cz/index.php?idm=legislativa&idr=20&idc=1031328350
30. Rovné příležitosti z pohledu osob se zdravotním postižením. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
31. RUCK, M. *Nezaměstnanost osob se zdravotním postižením – srovnání evropských zemí a návrhy řešení*. In Sborník materiálů z mezinárodní konference Zaměstnávání zdravotně postižených s vlastním zaměřením na transformující se země Praha , 26. 10. 2001.
32. *Statistiky*. Údaje uváděné úřadem práce v Chomutově .[online] Poslední aktualizace.28. 2. 2009. Dostupné z: www.portal.mpsv.cz/sz/local/cv_info
33. ŠVESTKOVÁ, O. *Kurz ergodiagnostiky, ergoterapie a rehabilitace zdravotně postižených*.
34. ŠVESTKOVÁ, O. *Moderní rehabilitace – teorie a skutečnosti*. Přednáška 21. 9. 2005. Spolek lék. ČLS JEP Chomutov.
35. ŠVESTKOVÁ, O. *Objektivní metodiky hodnocení funkčních schopností člověka*. Seminář 20. 6. 2005.
36. TISCHLEROVÁ, P. *Pracovní rehabilitace- současné možnosti rehabilitantů*. Bakalářská práce 2006.
37. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
38. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum,2003. ISBN 80-246-0708-5.

39. VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha :Manus, 2004. ISBN 80-86571-07-6.
40. Vyhláška MPSV ČR. č. 115/1992 Sb. *O provádění pracovní RHB občanů se změněnou pracovní schopností, ve znění pozdějších předpisů*.
41. VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.
42. *Vyšetření fyzických pracovních schopností metodou Isernhagen WS jako součást ergodiagnostiky*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
43. WERNEROVÁ, J. *Nová kategorie – osoba se zdravotním postižením – v zákoně o zaměstnanosti*. In Revizní a posudkové lékařství. Č. 1. Praha: ČLS JEP, 2005.
44. *Zákon č. 435 / 2004 Sb. o zaměstnanosti, v platném znění*.
45. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. [online] Poslední aktualizace 11.4.2007
Dostupné z www.business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/cast3.aspx
46. ŽIDIŇOVÁ, J. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. In Informace pro lékařské praxe. Č. 5. Praha. 2004.

8. Klíčová slova

Disabilita

Osoba se zdravotním postižením

Pracovní rehabilitace

Pracovní potenciál

Poradenský program

9. Přílohy

Příloha 1: Rozsah dalšího testování a vyšetření – předpis diagnostiky

Příloha 2: Funkční test HK

Příloha 3: Pracovní křivka - Součty

Příloha 4: AMAS

Příloha 5: Nezaměstnanost v Chomutově

Příloha 6: Personální agentura ASIPO

