JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

Pracovní rehabilitace – podpora zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou)

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Jméno autora : Mgr. Jitka Bienertová

25. července 2010

Work rehabilitation – support and advice for disable people to seek employment

The fundamental rule related to the job market operation in the Czech Republic is the Employment Act No. 435/2004 Coll. The participants in employment relationships are obliged to ensure an equal treatment with all natural persons exercising the employment right, but there must be given a particular attention to the employment of disabled persons.

The rehabilitation for work serves to the assurance of this process. Then, the disabled clients of Job Centres have an individual plan of the rehabilitation for work.

In my thesis I have focused on a research executed in the period from July 2008 to June 2010 in the region of Chomutov and Litoměřice, which was carried out by the aid of the company EDOST s.r.o., Job Centre in Litoměřice and Hospital in Ústí nad Labem - department of rehabilitation.

The key point of my thesis was a determination of the quality research. For explanation of the circuits of research I have chosen a case study, type according to Stake, instrumental cases. For gaining of required data it was used a method of qualitative inquiry and a observation of qualitative inquiry, as technique it was used a structured dialog with open questions, an informal dialog, a questionnaire, a participative observation and a documents analysis regarding the disadvantaged clients on the job market.

The goal of the thesis is to describe the methods of evaluations of an actual health potential of a disabled person, the main goal of the thesis is to explain a specific method of evaluation of an actual health potential of disabled persons by the aid of the Isernhagen Work Sytem Method (IWS) as an integration condition of these persons on the job market, to catch and to describe specific steps and proceedings leading to the integration of disadvantaged persons within the scope of an open job market.

This thesis will deal with following circuits of research - IWS System availability, a practical application of the IWS System, IWS System limitation, motivation, clients feedback x new IWS technologies.

Then, on the basis of my research, the subgoal of this thesis is the setting of new hypothesis to the given subject, which can be a basement of a prospective following observation.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji rigorózní 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 rigorózní 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. července 2010 Mgr. Jitka Bienertová

Obsah

	Úvod	6
1.	**Současný stav**	7
1.1	***Definování pojmu rehabilitace***	7
1.2	***Pracovní rehabilitace***	8
1.2.1	*Historie pracovní rehabilitace*	8
1.2.2	*Úvod do pracovní rehabilitace*	9
1.2.3	*Legislativní normy týkající se pracovní rehabilitace*	10
1.2.4	*Pracovní rehabilitace, zaměstnávání, chráněná práce*	23
1.2.5	*Individuální plán pracovní rehabilitace*	24
1.2.6	*Cíle pracovní rehabilitace*	25
1.3	***Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapu***	25
1.4	***Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF)***	26
1.4.1	*Vývoj koncepce MKF*	26
1.4.2	*Právní úprava MKF*	28
1.4.3	*Aplikace MKF*	29
1.5	***Legislativní normy týkající se osob se zdravotním postižením***	29
1.5.1	*Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*	31
1.5.2	*Doporučení Rady Evropy [Rec(2006)5] „Akční plán na podporu práv plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti; zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006-2015“*	35
1.6	***Informace o osobách se zdravotním postižením*** na ÚP	35
1.7	***Ochrana práv osob se zdravotním postižením v České republice***	36
1.8	***Kompetence Úřadu práce v rámci zařazení do pracovního procesu***	37
1.9	***Zajišťování zaměstnání občanů se změněnou pracovní schopností***	38
1.10	***Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna***	39
2.	**Cíle práce**	44
3.	**Metodika**	45
3.1	***Případová studie***	45
3.1.1	*Popis výzkumného souboru v případové studii*	46
3.1.2	*Metody sběru dat v případové studii*	46
3.2	***Metodiky hodnocení funkčních činností a pracovního pottenciálu***	47
3.2.1	*MKF Biopsychosociální model*	47

3.2.2 Využití principů MKF v projektu RAP 55
3.2.3 Přehled metodik doporučených projektem RAP 55
3.2.4 Isernhagen Work System 61
3.2.5 LUKOtronic AS 200 68
4. Výsledky 70
4.1 Případová studie 70
4.1.1 Kasuistika I 70
4.1.2 Kasuistika II 74
4.1.3 Kasuistika III 80
4.1.4 Kasuistika IV 85
4.1.5 Kasuistika V 89
4.2 Míra nezaměstnanosti v Litoměřicích 93
4.3 Pracovní uplatnění v Litoměřicích 96
5. Diskuse 99
5.1 Závěrečné zhodnocení kasuistik v případové studii 99
5.2 Motivační nástroje pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením 102
5.2.1 Motivace – teoretická část 103
5.2.2 Nástroje motivující zaměstnavatele 104
5.2.3 Nástroje motivující zaměstnance se zdravotním postižením 110
5.2.4 Specifické metody motivace osob se zdravotním postižením na pracovišti 112
5.2.5 Část „osvětová“ 114
5.2.6 Část „metodicko-inspirační“ 118
5.3 Cíle a hypotézy práce 120
6. Závěr 121
7. Seznam použitých zdrojů 122
8. Klíčová slova 127
9. Přílohy 128

Úvod

Jak kdysi řekl Menandros z Atén „**Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele**“, tak v současné době bych jeho výrok doplnila slovy – **nezaměstnaný člověk práci**.

Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) má dlouholetou historii a patří již řadu let mezi ústřední koncepce mnoha zemí. Jednotlivé přístupy a postoje k této problematice se v průběhu času měnili, nemalou měrou k tomu přispíval kulturní vývoj a trendy společnosti, mínění odborné i laické veřejnosti a v neposlední řadě i fenomén posledních let – globalizace.

V současné době, na počátku třetího tisíciletí, i přes to, že se posunuje, z hlediska zaměstnávání, vnímání osob se zdravotním postižením (disabilitou) jako pacientů (nemocných, neschopných, invalidních) vyžadující naši pomoc, péči a ničím neprospívající společnosti, ke vnímání člověka jako osoby s disabilitou (limitovanou aktivitou a participací závisející na facilitacích či bariérových faktorech prostředí), ve své podstatě často opomíjíme skutečnost, že **nejvyšší formou integrace člověka, zejména osoby se zdravotním postižením (disabilitou) do života je jejich ekonomická aktivita - nezávislost**.

Pracovní rehabilitace, kterou v současné době uvádí zákon č. 435/2004, dává možnost zapojení jakéhokoliv občana – dospělého nebo mladistvého, podle jeho aktuálního zdravotního stavu, do hledání odpovídajícího pracovního uplatnění, ať již v podobě chráněného pracovního místa, či dílny, nebo integrace na volný pracovní trh. Pro klienty Úřadů práce, kteří jsou osobami se zdravotním postižením (disabilitou), je především určen individuální plán pracovní rehabilitace.

Předložená práce vychází v teoretické části z diplomové práce (Pracovní rehabilitace – Individuální plán pracovní rehabilitace, 2009), kterou jsem rozšířila o aktuální poznatky dané problematiky, k nimž došlo během roku 2010. Mým cílem je ukázat na aktuální možnosti pracovní rehabilitace při řešení problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou).

Je to již 8 let, co jsem se poprvé začala zajímat o problematiku pracovní rehabilitace a připojila se k týmu odborníků zabývajících se začleňováním osob znevýhodněných na trhu práce. Tato problematika je stále natolik aktuální, že, že jsem si ji zvolila i za téma své rigorózní práce.

„**Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek.**“ (Hérakleitos)

1. Současný stav

Základním impulsem k vyhotovení mé práce, byly připravované úpravy a novelizace v dané oblasti (pracovní rehabilitace) - *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Doporučení Rady Evropy [Rec(2006)5] „Akční plán na podporu práv plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti; zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006-2015“, Právní úprava MKF aj.*, jakož i v zákoně č. 435/2004 a jejich odpovídající výstupy.

Ke správnému porozumění významu pracovní rehabilitace, pochopení vlastního smyslu věci a ucelení všech předložených faktů, je nejdříve potřebné seznámení se s teoretickými aspekty oboru, pečlivým popisem obsahu a prostředky samotné rehabilitace, rovněž také prostudování historického vývoje odvětví v dané časové posloupnosti. (**1**)

1.1 Definování pojmu rehabilitace

Novolatinský výraz „rehabilitace“, byl zaveden již v 19. století, svým původním významem označoval pouze léčebné procesy, které vedly k opětovnému návratu funkčních schopností. (**50**) V pozdější době již vyjadřoval termín rehabilitace skupinu konání, napomáhající člověku, který vinou poruchy některých orgánů, případně jejich ztrátou má omezený, eventuálně až znemožněný určitý tip aktivit (např. chůze, problémy s mluvou, viděním, schopnost správně myslet atd.), které byly, nebo jsou způsobeny nemocí, úrazem či vrozenou vadou. Zdravotní stav takového člověka je diagnostikován, více či méně je stabilizovaný, prošel již počátečním, často akutně diagnostickým a léčebným průběhem, který klasická medicína již nemůže zásadním způsobem ovlivnit. Potom nastupuje rehabilitace, která může výrazně přispět ke zlepšení. (**17**, **48**)

Rehabilitace už není v přítomnosti vnímána tak stroze a stavovsky, jako zdravotnická činnost ve smyslu fyzioterapie, ale je přijímána jako interdisciplinární obor, zahrnující zdravotní, sociálně právní i pedagogicko – psychologickou péči. (**16**)

Jak uvádí doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. spolu s prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. v článku v časopise Praktický lékař, „Základem moderní rehabilitace je individuálně zaměřený multidisciplinární tým, který klade důraz na včasné zahájení, vypracování krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu s cílem dosáhnout optimální kvality života v co nejkratším čase a s efektivními náklady“. (**45**)

Lidská bytost – člověk, je přijímána jako bytost bio-psycho-sociální, a rovněž se ve spojení s ní hovoří o oblasti duchovní (spirituální). (**15**)

Oproti tomu pojem rehabilitant disponuje kladným psychologickým nábojem, kterým je označován člověk, začínající se sám činně spolupodílet na terapii, v některých případech se užívá výrazu klient, občan, nebo pojištěnec. (**36**)

Je nezbytné však doplnit, že rehabilitace se netýká pouze lidí, kteří původně byli zdravými jedinci, a teprve v důsledku onemocnění, nebo úrazu byli vyloučeni ze svých každodenních dynamických stereotypů, ale v našich podmínkách i těch jednotlivců, kteří byli postiženi již od narození, případně s ním žijí od útlého dětství. (**16**)

Důležitou představu, kterou nelze opomenout, je komprehensivní rehabilitace. Tento termín označuje komplexní rehabilitaci, která v sobě zahrnuje nejen rehabilitaci léčebnou, ale i rehabilitaci sociální, pracovní, pedagogickou, právní, psychologickou, technickou, legislativní, ekonomickou atd. (**51**)

Pevnou složkou léčebné rehabilitace je zcela jistě ergoterapie. Ergoterapie je zdravotnický obor, který využívá speciální diagnostické léčebné metody, postupy, event. činnosti, u rehabilitace jednotlivců libovolného stáří, s různým charakterem postižení, kteří jsou trvale, nebo prozatímně fyzicky, psychicky a smyslově, nebo mentálně postiženi. Snahou ergoterapie zde je za pomocí využití specifických metod zlepšit funkční schopnosti a dosáhnout tak maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí, což by rozhodně vedlo ke zlepšení podmínek v jejich životě. (**43**)

1.2 Pracovní rehabilitace

1.2.1 Historie pracovní rehabilitace

Problematika zdravotně postižených občanů a jejich zaměstnávání má již dlouhodobou tradici. 1. světová válka přinesla do tohoto oboru nové podněty, bylo to způsobené tím, že z války se domů navracelo velké množství mladých mužů s různými specifikacemi zranění. Většina zemí, které se války zúčastnily, začala tento problém řešit společně se spoluprácí zdravotnictví, sociální služby, politiky zaměstnanosti a vzdělávání. Na základě toho se v USA vžil pro tuto koordinovanou činnost název rehabilitace**.** USA byly v roce 1918 první zemí, kde byl publikován zákon o rehabilitaci válečných veteránů. (**50**)

V Čechách se touto problematikou začal poměrně úspěšně zaobírat prof. Rudolf Jedlička, přestože název „rehabilitace“ ještě nepoužil. V dalším časovém vývoji se poté

rehabilitace jako užitečné pojetí přenesla na problematiku veškerých osob, ohrožených v důsledku nějakého onemocnění, nebo úrazu. (**50**)

Také druhá světová válka musela vzdorovat celé škále zraněných, a následně řešit jejich rehabilitaci. Do ČSR se z USA vrátil MUDr. Karpin, který působil v americké armádě jako rehabilitační lékař, a svých bohatých zkušeností začal využívat v nově postaveném rehabilitačním ústavu v Kladrubech, o jehož další rozvoj se zasloužil. (**50**)

Administrativním rozhodnutím ministerstva zdravotnictví z roku 1951 byla u nás přejmenována veškerá fyziatrická oddělení na oddělení rehabilitační, čímž vzniknul názor, že zajištění rehabilitace je u nás na dostatečné úrovni. Z tohoto období se také traduje u nás vžitý omyl, že rehabilitace je lékařský obor, zabývající se především problémy porušené motoriky a léčbou bolestivých příznaků. Proto u nás stále dochází k zaměňování pojmu ,,fyzioterapie“ (popř. fyziatrie), za pojem ,,rehabilitace“. (**46**)

Po výzvě Světové organizace práce (ILO) z r. 1955 o pracovní rehabilitaci OZP, přistoupila i naše tehdejší vláda ke kroku, že bude nutné tento problém řešit.

V zahraničí docházelo k rozvoji tohoto programu v součinnosti s bojem proti nezaměstnanosti, původním cílem pracovní rehabilitace bylo zaměstnat ty nejpalčivěji postižené osoby na otevřeném trhu práce, u nás se i nadále k tomuto přistupovalo dost odlišně. Prosazoval se názor, že žádná nezaměstnanost neexistuje. Došlo k vytvoření statutu změněná pracovní schopnost (ZPS), který byl definován 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“. (**50**)

Načež došlo k naplnění tendence zaměstnávat tyto jedince odděleně, v chráněných dílnách družstev invalidů.

K lepšímu pochopení a nastolení rehabilitace je důležité si definovat základní pojmy:

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

Definice nemoci zní: „Jakákoliv odchylka od zdraví“. (**18**)

1.2.2 Úvod do pracovní rehabilitace

Legislativní úprava „pracovní rehabilitace“ vychází 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. (**32**)

V §1, dané vyhlášky, je poprvé zmíněno využití pracovní rehabilitace osobami dočasně práce neschopných. (**52**)

Paralelně s tím, nově vznikají rehabilitační centra, i tak ovšem stále zůstávají otázky a důvody k chybějící právní úpravě a nedořešeného financování. Chod většiny z nich, tak bohužel z větší části nenaplňuje metodiku stanovenou MPSV ČR. (**5**)

Krokem kupředu a možným eventuálním východiskem pracovní rehabilitace je zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti.

Ze zákonné definice pracovní rehabilitace vyplývá, že jde o „souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením (disabilitou - disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti), která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí". Každý člověk může zažít újmu na zdraví, a tak pocítit určitý stupeň disability. Tento termín běžně užívaný ve světě však není dosud ukotven v legislativě České Republiky, proto zde uvádím právní legislativou schválený termín „osoba se zdravotním postižením“ a termín „disabilita“ udávám v závorkách a pro jednotnost budu nadále užívat jen termín „osoba se zdravotním postižením“, kterou na základě její žádosti zabezpečují Úřady práce a hradí náklady s ní spojené.“ Případně může příslušný Úřad práce tak konat ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky, nebo může k pracovní rehabilitaci pověřit jinou právnickou, nebo fyzickou osobu. Především obsahuje poradenskou činnost, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a zprostředkování zaměstnání. (**31**)

Je třeba podotknout, že v rámci sociální politiky nachází uplatnění sociální ochrana ve společnosti, a to jednak formou politiky zaměstnanosti, ale rovněž způsobem sociálního zabezpečení, sociálních opatření, sociální pomoci a sociálních služeb. (**22**)

1.2.3 Legislativní normy týkající se pracovní rehabilitace

V současné době řeší pracovní rehabilitaci legislativa ČR v zákoně 435/2004 Sb. v těchto paragrafech: (**12**, **58**)

§ 7 odst. 5

Úřady práce vytvářejí za účelem posouzení vhodné formy pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením (disabilitou) odborné pracovní skupiny, složené zejména ze zástupců

organizací zdravotně postižených a zástupců zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % osob se zdravotním postižením.(disabilitou) (**60**, **37**)

§ 9

(1) Zdravotnická zařízení jsou povinna za úhradu na žádost úřadů práce do 14 dnů provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby (§ 21). (**60**, **37**)

(2) Výše úhrady za výkony podle odstavce 1 se řídí seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 14) a jinými právními předpisy 14a). Úhradu poskytne příslušný úřad práce, který si provedení výkonu vyžádal, a to na základě vyúčtování předloženého zdravotnickým zařízením. (**60**, **37**)

§ 21

(1) Fyzická osoba, které úřad práce poskytuje služby podle tohoto zákona, je povinna úřadu práce sdělit údaje o svých zdravotních omezeních v rozsahu potřebném pro vyhledání vhodného zaměstnání, rekvalifikaci a pro stanovení vhodné formy pracovní rehabilitace a dále sdělit, zda je osobou se zdravotním postižením (disabilitou) (§ 67). Uplatňuje-li fyzická osoba pracovní omezení ze zdravotních důvodů, je povinna je doložit lékařským posudkem 23) registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo pro dospělé, nebo v případě, že registrujícího lékaře nemá, posudkem jiného ošetřujícího lékaře 24) (dále jen "ošetřující lékař").(**60**, **37**)

(2) Fyzická osoba uvedená v odstavci 1 je za účelem posouzení svého zdravotního stavu a vydání lékařského posudku povinna se na žádost úřadu práce podrobit vyšetření.(**60**, **37**)

a) ve smluvním zdravotnickém zařízení určeném úřadem práce, 25) pokud
1. žádá o zabezpečení pracovní rehabilitace, nebo poskytnutí příspěvku na vytvoření chráněného pracovního místa (§ 75), nebo (**60**, **37**)
2. uvádí zdravotní důvody, které jí brání v plnění povinností uchazeče o zaměstnání, nebo v nástupu na rekvalifikaci, (**60**, **37**)
3. je lékařský posudek podmínkou pro zařazení uchazeče o zaměstnání do příslušného

rekvalifikačního kurzu, (**60**, **37**)

b) příslušným lékařem závodní preventivní péče, 26) pokud jde o posouzení vhodnosti doporučeného zaměstnání z hlediska zdravotní způsobilosti; v případě, že zaměstnavatel nemá sjednán smluvní vztah k provádění závodní preventivní péče, ošetřujícím lékařem. (**60**, **37**)

(3) Fyzická osoba uvedená v odstavci 1 je dále povinna se za účelem posouzení způsobilosti k výkonu povolání, na které má být rekvalifikována, podrobit psychologickému vyšetření, pokud takové vyšetření vyžaduje zvláštní právní předpis. (**60**, **37**)

(4) Náklady spojené s posouzením zdravotního stavu podle odstavce 2 a psychologickým vyšetřením podle odstavce 3 hradí úřad práce. (**60**, **37**)

§ 67

(1) Fyzickým osobám se zdravotním postižením (dále jen "osoby se zdravotním postižením") se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. (**60**, **37**)

(2) Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou (**60**, **37**)

a) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"),

b) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni 32a),

c) rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen "osoby zdravotně znevýhodněné").(**60**, **37**)

(3) Za zdravotně znevýhodněnou osobu podle odstavce 2 písm. c) se považuje fyzická osoba, která má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (**60**, **37**)

(4) Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění. (**60**, **37**)

(5) Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením (disabilitou) podle odstavce 2 písm. a) a b), dokládá fyzická osoba potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením (disabilitou) podle odstavce 2 písm. c), dokládá fyzická osoba rozhodnutím úřadu práce. (**60**, **37**)

(6) Posuzování zdravotního stavu pro účely odstavce 2 písm. c) upravuje jiný právní předpis 41a).

Jak udává Jaroslava Koščálová z odboru posudkové služby MPSV v časopise České lékařské komory: „Při posuzovaní zdravotního stavu a pracovní schopnosti se vychází zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popřípadě výsledků funkčních vyšetřeni a výsledků vlastního vyšetřeni lékaře, který plní úkoly okresní správy sociálního zabezpečení. (**21**)

§ 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. (**12**, **58**)

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. (**12**, **58**)

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. (**12**, **58**)

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). (**12**, **58**)

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. (**12**, **58**)

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 atž135 zákoníku práce se použijí přiměřeně. (**12**, **58**)

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. (**12**, **58**)

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 (**12**, **58**)

§ 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 (**12**, **58**)
b) přípravu k práci
c) specializované rekvalifikační kurzy (**12**, **58**)

§ 72

1) Příprava k práci je cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením (disabilitou) 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. (**12**, **58**)
2) Příprava k práci osoby se zdravotním postižením se koná (**12**, **58**)
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 (**12**, **58**)

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. (**12**, **58**)

5) Osobě se zdravotním postižením (disabilitou) , 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. (**12**, **58**)

§ 73

1) Zaměstnavateli, který provádí na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdravotním postižením (disabilitou) , 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, (**12**, **58**)

b) identifikační údaje osoby se zdravotním postižením , pro kterou je příprava k práci určená,

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: (**12**, **58**)

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. (**12**, **58**)

§ 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. (**12**, **58**)
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 vedená v evidenci uchazečů o zaměstnání.(**12**, **58**)

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.

§ 78

(1) Zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než 50 % osob se zdravotním postižením (disabilitou) z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. Příslušným úřadem práce pro poskytování příspěvku je Úřad práce, v jehož obvodu má sídlo zaměstnavatel, který je právnickou osobou, nebo v jehož obvodu má bydliště zaměstnavatel, který je fyzickou osobou. (**60**, **37**)

(2) Příspěvek náleží zaměstnavateli měsíčně ve výši skutečně vynaložených mzdových nákladů na zaměstnance v pracovním poměru, který je osobou se zdravotním postižením (disabilitou), včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které zaměstnavatel za sebe odvedl

z vyměřovacího základu tohoto zaměstnance, nejvýše však 8 000 Kč. (**60**, **37**)

(3) Příspěvek se poskytuje čtvrtletně zpětně na základě písemné žádosti zaměstnavatele, která musí být úřadu práce doručena nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po uplynutí příslušného kalendářního čtvrtletí. Příspěvek se poskytuje za podmínky, že k poslednímu dni příslušného kalendářního čtvrtletí zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky a nemá nedoplatek na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění, s výjimkou případů, kdy (**60**, **37**)

a) bylo povoleno splácení ve splátkách a zaměstnavatel není v prodlení se splácením splátek nebo bylo povoleno posečkání daně, anebo

b) součet všech splatných nedoplatků zaměstnavatele k poslednímu dni příslušného kalendářního čtvrtletí nepřesáhl 10 000 Kč a zaměstnavatel tyto nedoplatky uhradil do 15. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním čtvrtletí, za které o příspěvek žádá, nebo je uhradil do 5 pracovních dnů ode dne, kdy se o těchto nedoplatcích od úřadu práce dozvěděl v případě, že si údaje o nedoplatcích podle § 147b zjistil Úřad práce sám; uhrazení nedoplatku je zaměstnavatel povinen úřadu práce doložit. (**60**, **37**)

(4) Součástí žádosti je

a) doložení celkového průměrného přepočteného počtu všech zaměstnanců, zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, a zaměstnanců, kteří jsou osobami s těžším zdravotním postižením, (**60**, **37**)

b) jmenný seznam zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, a zaměstnanců, kteří jsou osobami s těžším zdravotním postižením (disabilitou), s uvedením rodného čísla, data vzniku a skončení pracovního poměru, kódu zdravotní pojišťovny, vynaložených mzdových nákladů včetně odvedeného pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, (**60**, **37**)

c) doložení skutečnosti, že zaměstnanec, na kterého je příspěvek požadován, je osobou se zdravotním postižením (§ 67 odst. 5). Při opakovaném poskytování příspěvku je toto

doložení součástí žádosti pouze v případě změny této skutečnosti. (**60**, **37**)

(5) Požádá-li o příspěvek více zaměstnavatelů, příspěvek se poskytne tomu zaměstnavateli, u něhož vznikl zaměstnanci, který je osobou se zdravotním postižením, pracovní poměr nejdříve. Skončí-li tento pracovní poměr v průběhu kalendářního čtvrtletí, poskytne se příspěvek v poměrné části dalšímu zaměstnavateli, který o něj požádal; v případě, že požádalo více zaměstnavatelů, postupuje se podle věty první. Vznikne- li zaměstnanci, který je osobou se zdravotním postižením, ve stejný den pracovní poměr u více zaměstnavatelů, kteří o příspěvek žádají, příspěvek na tohoto zaměstnance nelze poskytnout žádnému z nich. Vznikne- li zaměstnanci, který je osobou se zdravotním postižením, více pracovních poměrů u téhož zaměstnavatele, náleží příspěvek měsíčně ve výši uvedené v odstavci 2. Pro účely stanovení výše příspěvku se skutečně vynaložené mzdové náklady včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které zaměstnavatel za sebe odvedl z vyměřovacího základu tohoto zaměstnance, ve všech pracovních poměrech tohoto zaměstnance sčítají. (**60**, **37**)

(6) Příspěvek nelze poskytovat na zaměstnance se zdravotním postižením

a) za čtvrtletí, ve kterém je na tohoto zaměstnance úřadem práce poskytován jiný příspěvek, jehož výše se stanoví na základě skutečně vyplacených mzdových nákladů na zaměstnance, včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které zaměstnavatel za sebe odvedl z vyměřovacího základu tohoto zaměstnance, nebo příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program (§ 117), (**60**, **37**)

b) za čtvrtletí, ve kterém byl zaměstnanec, který je osobou se zdravotním postižením (disabilitou), poživatelem starobního důchodu. (**60**, **37**)

(7) Úřad práce vydá rozhodnutí o

a) poskytnutí příspěvku, pokud zaměstnavatel splňuje podmínky pro poskytnutí příspěvku uvedené v odstavcích 1 a 3, (**60**, **37**)

b) neposkytnutí příspěvku, pokud nejsou splněny podmínky uvedené v písmenu a), nebo

pokud zaměstnavatel v přiměřené lhůtě stanovené úřadem práce nedoloží součásti žádosti uvedené v odstavci 4, (**60**, **37**)

c) neposkytnutí části příspěvku ve výši odpovídající mzdovým nákladům včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění těch zaměstnanců, u kterých zaměstnavatel nedoloží, že jsou osobami se zdravotním postižením, nebo na které nelze podle odstavce 5 nebo 6 příspěvek poskytnout; současně musí být splněny podmínky uvedené v písmenu a). (**60**, **37**)

(8) Příspěvek je splatný nejpozději do 14 kalendářních dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí. (**60**, **37**)

(9) Poskytnutý příspěvek nebo jeho poměrnou část je zaměstnavatel povinen prostřednictvím úřadu práce ve stanovené lhůtě odvést do státního rozpočtu, jestliže mu byl na základě nesprávných údajů vyplacen neprávem nebo v nesprávné výši; nesplnění této povinnosti je porušením rozpočtové kázně (**60**, **37**).

(10) Pro zjištění splnění podmínky zaměstnávání více než 50 % osob se zdravotním postižením (disabilitou) na celkovém počtu zaměstnanců podle odstavce 1 je rozhodný průměrný přepočtený počet zaměstnanců za kalendářní čtvrtletí. (**60**, **37**)

(11) Způsob výpočtu průměrného přepočteného počtu zaměstnanců a zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, za kalendářní čtvrtletí stanoví ministerstvo prováděcím právním předpisem. (**60**, **37**)

(12) Ministerstvo může na základě písemné a odůvodněné žádosti zaměstnavatele ve výjimečných případech hodných zvláštního zřetele prominout splnění podmínky uvedené v odstavci 3 písm. b), pokud jde o výši součtu všech splatných nedoplatků zaměstnavatele. Proti rozhodnutí o prominutí splnění podmínky výše splatných nedoplatků není přípustný rozklad a rozhodnutí je vyloučeno ze soudního přezkumu. (**60**, **37**)

Prováděcím předpisem Zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. je Vyhláška č. 518/2004 Sb.

§ 1

Individuální plán pracovní rehabilitace

§2

Druhy nákladů hrazených Úřady práce a způsob jejich úhrady
Náklady právnické nebo fyzické osoby pověřené zabezpečením pracovní rehabilitace, spojené s prováděním pracovní rehabilitace

§3

Náklady zaměstnavatele, který provádí přípravu k práci na pracovišti zaměstnavatele

§4

Náklady pracovní rehabilitace účastníka pracovní rehabilitace

§5

Úhrada nákladů

§21

Charakteristika poradenských činností

§22

Formy poradenství

§23

Druhy nákladů hrazených Úřady práce

Mezi další základní legislativní normy korespondující se Zákonem o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., jenž souvisí s navrhovaným systémem spolupráce v rámci pracovní rehabilitace patří Oznámení č. 15/2006 (Postup Úřadu práce při zabezpečování pracovní rehabilitace), Oznámení č. 28/2006 (Postup Úřadu práce při zabezpečování rekvalifikace, poradenských činností a pracovní rehabilitace), Vyhláška č. 519/2004 Sb. o rekvalifikaci uchazečů o zaměstnání a zájemců o zaměstnání a o rekvalifikaci zaměstnanců, Věstník MZ ČR, ročník 2008, částka 1 (Cenové rozhodnutí ze dne 20. prosince 2007), Normativní instrukce č. 14/2007 (Realizace aktivní politiky zaměstnanosti pro rok 2008).

Bohužel doposud se nepodařilo zavést systém ucelené rehabilitace do praxe. V novém národním plánu o ní pojednává samostatná kapitola, v níž je mimo jiné uvedeno: „Základním cílem rehabilitace musí být co nejvíce minimalizovat přímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení. Je nezbytné, aby proces rehabilitace byl prováděn uceleně. Ucelenost v rehabilitaci znamená především časnost, návaznost jednotlivých složek rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) na sebe a také komplexnost. Ucelené provádění rehabilitace je důležité nejen pro samotnou osobu se zdravotním postižením, ale je výhodné i pro stát a celou společnost. Nácvikem potřebných dovedností se zdravotně postižený jedinec stává méně závislým na pomoci okolí a ve většině případů je schopen se určitým způsobem zapojit do pracovního procesu, což pro něj znamená nejen větší míru ekonomické nezávislosti, ale také posílení jeho občanské suverenity.“ **(20, 33)**

Tajemnice Vládního výboru pro zdravotně postižené občany Martina Kašíková k tomu říká: „Důvodů, proč se nepodařilo realizovat systém ucelené rehabilitace, je více. Jedním z nich je nedostatečná koordinace mezi jednotlivými resorty, dále jsou to vysoké ekonomické náklady, které by byly potřebné na samotné rehabilitační aktivity a na vytvoření speciálního

orgánu, kde by se posuzovala míra zdravotního postižení, a v neposlední řadě nebyla získána potřebná politická podpora. Národní plán v kapitole 11 obsahuje tři opatření zaměřená na rozvoj jednotlivých složek ucelené rehabilitace. Pro realizaci ucelené rehabilitace je však potřeba nejprve najít politickou podporu. Teprve pak lze formulovat další opatření.“ (**20**, **33**)

1.2.4 Pracovní rehabilitace, zaměstnávání, chráněná práce

Pojetí zaměstnanosti se řadí již řadu let mezi základní koncepty politiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v Evropě. Zabývá se rozsáhlým záběrem námětů, od vzdělání a pracovní rehabilitace, až po uplatnění otázky zaměstnávání osob se zdravotním postižením mezi zaměstnavateli. (**10**)

Uplatnění jedince na trhu práce závisí na celé škále aspektů (věk, zdravotní stav, pohlaví, vzdělání), vyčleňující skupiny lidí s větší mírou rizika na ztrátu práce a předurčující je k dlouhodobé nezaměstnanosti. (**4**)

Jakákoliv vada nepostihuje pouze určitý orgánový systém, ale ovlivňuje rovněž celou osobnost postiženého a vytváří tak zcela speciální sociální situaci. (**49**)

Příprava na výkon povolání (u zdravotního postižení od dětství), pracovní rehabilitace (u zdravotního postižení po úrazu nebo nemoci), zaměstnávání i chráněná práce musí souhrnně mířit k hlavní metě – k aktivní politice zaměstnanosti občanů se zdravotním postižením. Pro tyto občany je práce z větší části nejdůležitější náplní života. (**38**)

Najít pracovní uplatnění pro jedince s postižením, obzvláště jedná li se o postižení těžšího charakteru, je v posledních letech velmi složitá záležitost. Projevila se značná diference mezi původním uspořádáním, které pro tyto lidi zaručovalo práci jistého druhu a novou tržní ekonomikou, kde nenacházejí lidé se zdravotním postižením (disabilitou) nikterak lehkou pozici.(**23**)

V těsné vazbě s úřady práce a představiteli zaměstnavatelů, obcí a regionů je velmi důležité vytvářet podmínky pro pracovní rehabilitaci, která si dává za cíl využít a rozvinout všechny silné stránky a zachované funkční schopnosti občana s postižením, k zajištění vhodného způsobu jeho pracovního zařazení na trhu práce. Po zvážení všech aspektů, se může jednat o navýšení kvalifikace, případně o rekvalifikaci na jiný obor dle aktuálních potřeb trhu práce. V tomto významu je třeba také v součinnosti MZ a MPSV zajistit předpoklady k zahájení pracovní rehabilitace během, nebo alespoň ve finální části rehabilitace léčebné, se

záměrem zajistit předpoklady k následné rehabilitaci pro pracovní uplatnění – pochopitelně s přihlédnutím k výsledkům rehabilitace léčebné. (**38**)

Ideálním řešením by bylo uplatnění občanů se zdravotním postižením na volném trhu práce. Tam, kde se to z různých příčin nepodaří realizovat, hrají klíčovou úlohu organizace, zaměstnávající z větší části občany se zdravotním postižením, disponující dostatkem zkušeností, tak i odborníků, k vytváření optimálních pracovních podmínek těmto občanům. Tyto organizace se nezřídka zabývají pracovní rehabilitací a provozují tzv. chráněné dílny. (**38**)

Zásadní překážkou v chráněných dílnách se jeví ubývání výrobních programů, které měly z velké části v minulé době úzké vazby na větší výrobní podniky, nízká kvalifikace a snížená výkonnost zaměstnanců, vysoký podíl manuální práce, a tím i z velké části vysoká mzdová náročnost a vysoká kvóta krátkodobé pracovní neschopnosti. (**56**)

Chráněné dílny tak prakticky nejsou schopny být ekonomicky zcela soběstačné, jejich ziskovost je takřka nereálná a návratnost vložených prostředků lze v tomto případě považovat za velký úspěch. Největším kladem chráněného zaměstnávání se jeví psychologický, výchovný a sociálně rehabilitačně terapeutický efekt. (**34**)

Chráněná práce je zaměřena hlavně na občany s nejtěžším zdravotním postižením, kde je pracovní výkon takřka nesouměřitelný s výkonem na volném trhu práce, pro pracoviště s vysokým soustředěním občanů s těžkým zdravotním postižením a pracoviště v domácím prostředí osoby se zdravotním postižením. (**38**)

1.2.5 Individuální plán pracovní rehabilitace

Individuální plán pracovní rehabilitace (dále jen „IPPR“) je vytvářen hlavně 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 (**13**)

1.2.6 Cíle pracovní rehabilitace

Základním principem pracovní rehabilitace by měla být především zaměstnanost, pokud možno co největšího počtu občanů se zdravotním postižením, kteří vykazují častěji sníženou produktivitu práce, vyšší počet absencí v práci pro nemoc či návštěvy lékaře. (**17**)

Je li to možné, měla by se zvýšit snaha uplatnit občana se zdravotním postižením na volném trhu práce. Občanům se zdravotním postižením, kteří se na volném trhu práce uplatnit nedokážou, z jakéhokoli důvodu, je třeba vyhledat možnost pracovní příležitosti pomocí zvýhodnění organizací zaměstnávajících z větší části občany se zdravotním postižením. U osob se zdravotním postižením, kde jejich pracovní výkon je zcela nepoměřitelný s výkonem zdravých pracovníků, napomáhat rozvoji pracovních příležitostí v rámci tzv. chráněné práce. (**38**)

Pracovní rehabilitace je v praxi často uskutečňována formou přípravy 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 doposud 74 státy, líčí jedince s postižením jako někoho, jehož vyhlídky na získání, udržení a postupy v zaměstnání jsou do značné míry omezené v důsledku potvrzeného fyzického, či mentálního postižení. Mezinárodní organizace práce nepovažuje zdravotní postižení za příčinu toho, z čeho by měl automaticky vyplynout i pracovní handicap. (**39**)

Doposud používané termíny postižení a handicap nebyly jednoznačně užívány a zrcadlily pouze diagnostický postup, kde nebyl brán zřetel na podmínky, v nichž daní jedinci přebývají. V roce 1980 schválila Světová zdravotnická organizace Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů. (**24**)

Definice rehabilitace v tomto dokumentu je brána jako obnovení ideálního, nezávislého a plnohodnotného života jedinců po úrazu, či nemoci, eventuálně zmírnění trvalých následků nemoci, nebo naopak úrazu pro život a práci člověka.

V uvedené mezinárodní klasifikaci je obsažena definice 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 sloužil v řadě vyspělých států jako podklad pro hodnocení a posuzování požadavků na vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. (**17**)

V roce 2001 přijalo Valného shromáždění WHO finální verzi revize tohoto dokumentu, pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health. (**17**)

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

Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví - MKF, v anglickém originále International Classification of Funcitoning, Disability and Health – ICF.

„V současné době jsou v ČR pro potřeby zdravotnictví a sociální oblasti k dispozici 2 klasifikační systémy. K všeobecně známé a osvědčené Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize (MKN-10) přibyla od r. 2008 i Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Vzhledem k odlišnému účelu i použití obou klasifikací lze očekávat, že se v praxi postupně uplatní obě.“ (**3**)

1.4.1 Vývoj koncepce MKF

Počátky Mezinárodní klasifikace sahají až na přelom 19. a 20. století, konkrétně do roku 1899. (**47**)

Nejnovější klasifikaci MKF schválilo 54. shromáždění Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2001, které ji nadále doporučilo k mezinárodnímu používání a vyzvalo všechny své členské státy, k co možná nejrychlejšímu zavedení. Její náplní má být poskytování zejména vědecké báze pro zdraví, a ke zdraví se vztahujícím stavům a jejich možnostem, a zhodnocovat, co je pro to určující. Dalším cílem je vytvoření společného jazyka, který bude popisovat zdraví a ke zdraví se vztahující stavy, k vylepšení vzájemné komunikace. Mělo by se jednat i o statistický nástroj, který má shromažďovat jednak data, tak i informace o okolnostech prostředí. Se zhodnocením těchto informací se počítá především v rehabilitaci a v posudkové činnosti. Známým faktem je, že tatáž nemoc nebo úraz (diagnóza), můžou v různých případech přivodit velmi různé obtíže a symptomy, které se

později můžou ukázat různě závažné, anebo také naopak tyto symptomy a obtíže můžou způsobit různě stanovené diagnózy. (**50**)

Vychází se z předpokladu, že Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví se stane operativním a smysluplným nástrojem, který bude použitelný pro evidenci incidence a prevalence disability a na bázi toho dojde ke zkompletování dostupných služeb v oblasti sociální, vzdělávací i zaměstnanosti. (**34**)

Jako příklad může posloužit osoba, která má jako hlavní obtíž problém s přemísťováním z místa na místo, která jí značně limituje a determinuje její život. Existuje několik eventualit, může se jednat 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. Všechny tyto situaci přinášejí jisté obtíže s přesunem z místa na místo, jde tedy o problém s lokomocí. Jednou se může jednat o přesun na velkou vzdálenost, chůzi do kopce nebo do schodů, jindy jde o orientaci v novém terénu, či orientaci ve složité komunikační síti a někdy pouze o přesun z lůžka do koupelny nebo na WC. Při správném vyhodnocení situace, ve které je přemísťování limitováno, eventuálně 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, by se však tato limitace mohla snížit. (**50**)

Mezinárodní klasifikace neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě faktorů, mající vztah ke zdraví, a v tom je značný filosofický posun a význam. (**30**)

Sociální prostředky rehabilitace, mezi které se řadí kvalitní a promyšlená legislativa, která umožňuje například bezplatnou veřejnou dopravu, usnadnění řízení upraveného osobního automobilu a rovněž aktivní postoj společnosti k těmto spoluobčanům, jsou dalším významným pomocníkem. (**50**)

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“.

Aktivity: (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“. (**19**)

V ústavním právu je zmínka o jedincích se zdravotním postižením ve spojení 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 ukotveno v článku 29 Listiny základních lidských práv a svobod. (**9**)

Obecně by se dalo říci, že státy Evropské Unie přijaly tuto klasifikaci jako základní filosofii a politiku rehabilitace osob s disabilitou a aplikují tuto klasifikaci do systému zdravotnictví, sociálního zabezpečení, pojištění, školství, **zaměstnanosti** (poskytuje možnost pro funkční systém – „disabilita by neměla být ztotožňována s neschopností pracovat“, neměla by být nezbytnou podmínkou pro výhody) a tedy i do systému legislativy. (např. v Holandsku, Švédsku, Velká Británie, Německu aj.). (**25**, **44**)

1.4.2 Právní úprava MKF

Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavádí s účinností od 1. července 2010 Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví. (**40**)

Klasifikace MKF je součástí celku klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. (**40**)

Klasifikace MKF je určena pro záměry hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), recenzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro potřeby zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako základu pro posouzení v oblasti dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu. (**40**)

Klasifikaci MKF je povinen využívat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s jistým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a rovněž musí být součástí

propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, trpících disabilitou. Další náležitosti a detaily užití klasifikace MKF určují metodické pokyny pro jednotlivé agendy a práce, kde je tato klasifikace vyžadována. (**40**)

1.4.3 Aplikace MKF

MKF lze aplikovat, co by **statistickou pomůcku,** při schraňování dat (tj. studie populace a přehledy nebo využívání informačních systémů), **výzkumnou pomůcku** při měření výstupů kvality života nebo faktorů prostředí, **klinickou pomůcku** pro posudkové potřeby, srovnávání léčebných postupů ve specifických podmínkách, pracovní posuzování, vyhodnocování rehabilitace a závěrečných hodnocení, jako **pomůcku sociální a zdravotní politiky,** při plánování zdravotního a sociálního zabezpečení, kompenzačních řádů a politických záměrů a jejich provádění, a v neposlední řadě jako **pomůcku při výchově,** při tvoření osnov a zvyšování znalostí a podnikání zdravotních a sociálních aktivit. (**44, 42**)

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 takový občan, který má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně sníženou možnost pracovního uplatnění, popřípadě i přípravy k pracovnímu uplatnění; občany se změněnou pracovní schopností jsou rovněž poživatelé důchodů podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, pokud jim však zachovaná pracovní schopnost umožňuje pracovní uplatnění nebo přípravu pro toto uplatnění. (**14**)
2. Občanem se změněnou pracovní schopností je vždy ten občan, který

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

b) nepobírá částečný invalidní důchod

c) případně byl uznán částečně invalidním, ale nárok na částečný invalidní důchod mu nevznikl (**14**)

3. Občanem se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením je vždy ta osoba, která má mimořádně omezenou možnost pracovního uplatnění včetně přípravy k němu a může se uplatnit pouze ve zcela specifickém okruhu zaměstnání, popřípadě v zaměstnání za mimořádně upravených pracovních podmínek. (**14**)

4. Občanem se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením je vždy občan invalidní, jenž je schopen vykonávat stálé zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek a rovněž občan, který se může pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav připravovat na budoucí povolání pouze za zcela mimořádných podmínek.(**14**)

5. Občané, kteří nespadají do ustanovení odstavců 2 a 4, jsou občany se změněnou pracovní schopností, eventuálně občany se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením, pouze na základě rozhodnutí příslušného státního orgánu. (**14**)

6. Tato ustanovení odstavců 1 až 5 se ale nevztahují na občany starší 65 let. (**14**)

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

Osobami se zdravotním postižením jsou tak fyzické osoby, které:

a) byly orgánem sociálního zabezpečení uznány zcela 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“) (**14**)

Za zdravotně znevýhodněnou osobu podle odstavce 2 písm. c) se považuje fyzická osoba, mající schopnost vykonávat soustavné zaměstnání, nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněn, vykonávat dosavadní povolání, anebo využít dosavadní kvalifikaci, či kvalifikaci získat, jsou však výrazně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (**14**)

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro záměry tohoto zákona považuje takový nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně

omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím pádem i schopnost pracovního uplatnění. (**14**)

Skutková podstata, že je jedincem se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm. a) a b) dokládá fyzická osoba potvrzením, nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm. c) dokládá fyzická osoba rozhodnutím Úřadu práce (**14**)

Aktuální úpravy a metody nám přinesl nový zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb. **(60)**

1.5.1 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

V preambuli této úmluvy se praví, že státy, které jsou smluvními stranami této úmluvy (patří mezi ně i Česká republika), mají na zřeteli, že podle zásad vyhlášených v Chartě Organizace spojených národů je uznání přirozené důstojnosti a hodnoty a rovných a nezcizitelných práv všech členů lidské rodiny základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě. Uznávají, že zdravotní postižení je představa, která se vyvíjí a která je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejímu plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními. (**35**)

Článek 1

Účelem této úmluvy je podpořit, chránit a zajistit plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením (disabilitou) a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. (**35**)

Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které ve vzájemném působení s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními. (**35**)

Článek 4

Uvádí obecné závazky smluvních stran této úmluvy, kromě jiného provádět nebo podporovat výzkum a vývoj a podporovat dostupnost a využití nových technologií, včetně informačních a komunikačních technologií, kompenzačních pomůcek, zařízení a podpůrných technologií vhodných pro osoby se zdravotním postižením a preferovat technologie za dostupnou cenu. (**35**)

Článek 25

V oblasti zdraví, státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají, že osoby se zdravotním postižením disponují právem na dosažení nejvýše možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení, dále pak přijmou veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily přístup ke zdravotním službám, i léčebné rehabilitaci, které jsou generově senzitivní. (**35**)

Článek 26

V oblasti habilitace a rehabilitace, státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou účinná a náležité opatření, mimo jiné prostřednictvím vzájemné podpory osoby v rovnocenné situaci, aby umožnily osobám se zdravotním postižením docílit a udržet si co nejvyšší úroveň samostatnosti, uplatnit v plné míře tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout úplného začlenění a zapojení do všech forem života společnosti. (**35**)

Za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, organizují, posilují a rozšiřují souhrnné habilitační a rehabilitační služby a programy, zvláště v oblasti zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb, takovým způsobem, aby tyto služby a programy začínaly je li to možné co nejdříve a byly založeny na multidisciplinárním posouzení individuálních potřeb a předností, dále pak podporovaly zapojení a začlenění do společnosti a všech oblastí jejího života, byly dobrovolné a dostupné pro osoby se zdravotním postižením, co nejblíže místu jejich bydliště, a to včetně oblastí venkova, dále podporují rozvoj vstupního a neustálého vzdělávání odborníků a pracovníků habilitačních a rehabilitačních služeb, v neposlední řadě potom podporují dostupnost, znalost a využívání

kompenzačních pomůcek a technologií určených pro osoby se zdravotním postižením, které usnadňují habilitaci a rehabilitaci. (**35**)

Článek 27

V oblasti zaměstnávání, státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením na práci na rovnoprávné bázi s ostatními; patří sem zejména právo na možnost živit se prací svobodně zvolenou nebo přijatou na trhu práce a v pracovním prostředí, které je otevřené, inkluzivní a dostupné osobám se zdravotním postižením, dále pak výše uvedené státy zabezpečují a podporují realizaci práva na práci, mimo jiné i pro osoby, u kterých dojde ke vzniku zdravotního postižení v průběhu zaměstnání, přijímáním příslušných opatření, včetně opatření legislativních, se záměrem zejména – zakázat diskriminaci na základě zdravotního postižení ve všech otázkách týkajících se jakékoli formy zaměstnávání, včetně podmínek náboru, přijímání a zaměstnávání pracovníků, setrvání v zaměstnání, profesního postupu a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci; podporovat zaměstnávání osob se zdravotním postižením v soukromém sektoru prostřednictvím vhodné politiky a opatření, která mohou obsahovat programy pozitivní diskriminace, pobídky a další opatření; zajistit, aby osobám se zdravotním postižením byla poskytnuta přiměřená úprava na pracovišti; podporovat u osob se zdravotním postižením získávání pracovních zkušeností na otevřeném trhu práce; podporovat pracovní a profesní rehabilitaci osob se zdravotním postižením, jako i programy zaměřené na udržení pracovního místa a návrat do zaměstnání; v neposlední řadě zajistí, aby osoby se zdravotním postižením nebyly zadržovány v otroctví nebo nevolnictví a byly chráněny, na rovnoprávném základě s ostatními, před nucenou nebo povinnou prací. (**35**)

Článek 29

V oblasti účasti na politickém a veřejném životě, jsou státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zaručí jedincům se zdravotním postižením politická práva a příležitost užívat tato práva na rovnoprávném základě s ostatními. (**35**)

Článek 31

Informace shromážděné ve shodě s tímto článkem budou dle potřeby dále členěny a využívány, jako nástroj pro hodnocení plnění závazků stanovených touto úmluvou ze strany států, k identifikaci a odbourávání bariér, kterými osoby se zdravotním postižením čelí při uplatňování svých práv. (**35**)

Tyto státy také převezmou odpovědnost za distribuci těchto statistických údajů a zajistí jejich přístupnost pro osoby se zdravotním postižením a další osoby. (**35**)

Článek 33

Tento článek hovoří o provádění a monitorování na vnitrostátní úrovni. (**35**)

Článek 34

Zřizuje se výbor pro práva osob se zdravotním postižením (dále jen „Výbor“). Členové Výboru vykonávají funkci jako soukromé osoby a jsou osobami výrazných morálních kvalit, uznávaných schopností a zkušeností v oblastech, které jsou předmětem této úmluvy, jsou voleni státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přičemž je brán zřetel na spravedlivé geografické rozdělení, zastoupení různých tipů civilizace a hlavních právních systémů, vyvážené zastoupení podle zásady rovnoprávnosti žen a mužů a účast odborníků se zdravotním postižením. (**35**)

Členové Výboru jsou voleni v tajném hlasování ze seznamu osob navržených státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy. (**35**)

První volby se konají nejpozději do šesti měsíců ode dne vstupu této úmluvy v platnost. (**35**)

1.5.2 Doporučení Rady Evropy [Rec(2006)5] „Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti; zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006-2015“

Uvedený Akční plán vymezuje cíle Rady Evropy s ohledem na lidská práva, zákaz diskriminace, rovné příležitosti a zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti. Klíčové aktivity tohoto plánu pokrývají všechny formy života osob se zdravotním postižením a ve svém souhrnu vytváří obecný rámec pro formulaci politiky vůči této skupině osob na úrovni jednotlivých členských států. (**7**)

Akční plán má charakter doporučení, není pro členské státy právně závazný, Výboru ministrů Rady Evropy ovšem umožňují jeho Stanovy požádat vlády členských států o informace o aktivitách, které provádějí ve věci jednotlivých doporučení (článek 15b). S využitím této eventuality počítá i návrh monitorovacího mechanismu Akčního plánu. (**7**)

1.6 Informace o osobách se zdravotním postižením na ÚP

§ 68

Úřadem práce je vedena databáze 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 podkladě kterého byla uznána osobou se zdravotním postižením a v neposlední řadě i údaje o poskytování pracovní rehabilitace. (**38, 60**)

Údaje z evidence osob se zdravotním postižením jsou určeny pouze a jen pro účely začlenění a setrvání těchto osob na trhu práce a pro statistické účely. (**38**)

Úřad práce má povinnost po ukončení poskytování služeb podle tohoto zákona nebo poté, co fyzická osoba přestane být osobou se zdravotním postižením, údaje týkající se této fyzické osoby znepřístupnit až do doby, než nastanou nové důvody pro jejich další zpracování. (**38, 60**)

1.7 Ochrana práv osob se zdravotním postižením v České republice

Současným chápáním invalidity došlo ke sjednocení všech kritérií k posuzování občanů, kdy se v důchodovém pojištění neodškodňuje stupeň nebo tip zdravotního postižení, ale pokles výdělečné činnosti, který je důsledkem zdravotního postižení. (**2**)

Nejhojněji jsou využívány sociální služby osobami pozdějšího věku a lidmi se zdravotním postižením. Aktuální informace o poskytovaných službách potom zodpovědně předávají občanům sociální pracovníci. (**19**)

Listina základních práv a svobod, která je rovněž součástí ústavního pořádku České republiky, vychází především z nedotknutelnosti a univerzálního charakteru přirozených lidských práv. V součinnosti s touto koncepcí tak stát lidská práva uznává, prohlašuje a stvrzuje jejich nezcizitelnost a nezrušitelnost.

Podle Čl. 3 Listiny se „Základní práva zaručují všem bez rozdílu.“ Daný článek tak poukazuje na závazek státu zajistit tato práva a svobody všem, bez jakékoli diskriminace. (**9**)

O zdravotně postižených osobách dále hovoří přímo jen 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.“ (**9**)

Konkrétnější podobu těchto práv najdeme v pracovně právních předpisech.

Zvláštní pracovní podmínky zdravotně postižených nejsou ovšem v pracovním právu samostatně definovány. Zpravidla se ovšem sjednávají v rámci individuálních pracovních smluv.

Speciální ochrana v pracovně právních vztazích se vyjímá především v součinnosti s uzavíráním pracovní smlouvy, ukončením pracovního poměru a povinné spolupráci s opatrovníky.

Jedná li se o mladistvé, zaměřuje se pomoc při přípravě k povolání u zdravotně postižených především na odborném poradenství při volbě povolání. Došlo li však ke zdravotní poruše, která vedla k postižení až při průběhu zaměstnání, poskytuje se tato pomoc formou rehabilitace a rekvalifikace. (**14**)

1.8 Kompetence Úřadu práce v rámci zařazení do pracovního procesu

Informuje nejen občany o aspektech získání zaměstnání, odborné přípravy a rekvalifikace, ale také zaměstnavatele o volných zdrojích pracovních sil na jejich vyžádání. (**60**)

Zprostředkovává zaměstnání uchazečům o zaměstnání a zájemcům o zaměstnání a poskytuje další služby ve sféře zaměstnanosti podle tohoto zákona. (**60**)

Poskytuje občanům rovněž poradenské služby spojené se zaměstnáním, volbou povolání a odbornou výchovou v souladu s rozvojem odvětví, oborů a činností. (**65**)

Organizuje, zabezpečuje a taktéž usměrňuje rekvalifikaci uchazečů o zaměstnání ve svém územním obvodu a dále podle potřeby k této potřebě zpracovává programy opatření. (**60**)

Mezi další možné aktivity se řadí zřizovaní státních rekvalifikačních středisek. (**65**)

Řídí 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. (**60**)

Sleduje a následně 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 úmyslech ve vývoji zaměstnanosti. (**60**)

Podněcuje a také hmotně podporuje zřizování společensky účelných pracovních míst a vytváření veřejně prospěšné práce ve svém katastrálním obvodu. Za tímto účelem spolupracuje se zaměstnavateli, obcemi a s příslušnými orgány státní správy. (**60**)

Nabízí zaměstnavatelům do pracovního poměru adekvátní uchazeče o zaměstnání na nově zřízená společensky účelná pracovní místa a na vytvořené veřejně prospěšné práce. (**60**)

Projednává se zaměstnavateli na základě jejich informací umísťování uvolněných zaměstnanců při strukturálních změnách, racionalizačních a jiných opatření. V závažných případech spolupracuje jak se zaměstnavateli, tak i s příslušnými státními orgány, při sestavování programu opatření pro umísťování uvolňovaných zaměstnanců. (**60**)

Vydává potvrzení, že osoba žádající o předčasné přiznání starobního důchodu byla vedena 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. (**60**)

Potvrzuje žádost příslušného orgánu sociálního zabezpečení, že je žadatel o dávku sociální péče evidován 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. (**60**)

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, které souvisí s rozvojem trhu práce a zaměstnaností (**60**)

. Spolupracuje s potencionálními kurátory a dalšími terapeutickými pracovníky, pracovišti rodinné terapie, stejně tak i s humanitárními institucemi s hlavním cílem začlenění a léčby osob společensky nepřizpůsobivých a taktéž osob v krizových situacích. Na základě písemné dohody poskytuje dále zaměstnavateli, z účelově určených prostředků, příspěvek na částečnou úhradu náhrady mzdy poskytované zaměstnancům podle pracovně právních prostředků. (**60**)

Plní úkoly v rámci provádění důchodového pojištění uchazečů o zaměstnání, dané zvláštním zákonem. (**60**)

1.9 Zajišťování zaměstnání občanů se zdravotním postižením

Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením je upravena 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. Oprostila se od pojmu ,,osoba se změněnou pracovní schopností“, který dále nahrazuje pojmem ,,osoba se zdravotním postižením“. (**66**)

Úřad práce:

- vede evidenci uchazečů o zaměstnání se zdravotním postižením (**58, 60**)
- 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 osob zdravotně postižených. Dále pak ve spolupráci s orgány státní zdravotní správy sleduje, zda příprava na pracovní uplatnění a pracovní podmínky nemají negativní vliv na jejich zdravotní stav (**58, 60**)

- vyžaduje od zaměstnavatelů soupisy veškerých pracovních míst vhodných pro občany zdravotně postižené (**58, 60**)

Úřad práce rozhoduje o:

- přijetí osob zdravotně postižených do přípravy pro budoucí pracovní zařazení
- hmotném zabezpečení osob zdravotně postižených po dobu jejich přípravy pro budoucí pracovní uplatnění a případně poté o jeho zvýšení na rodinné příslušníky
- proplacení nákladů na přípravu pro pracovní uplatnění osob zdravotně postižených
- příslušném příspěvku zaměstnavatelům na zřízení a provozování chráněných dílen a pracovišť a osobám zdravotně postiženým samostatně výdělečně činným na vybavení nezbytnými pracovními prostředky (**58, 60**)
- udělení nutného předchozího souhlasu zaměstnavateli k rozvázání pracovního poměru výpovědí pracovníkovi se změněnou pracovní schopností (**58, 60**)

Úřad práce v některých případech, které se řídí aktuální situací, vyžaduje, aby zaměstnavatelé vybírali z nahlášených volných míst místa vhodná pro uchazeče vyžadující zvýšenou péči. Následně na tato vytipovaná místa občany zaměstnavatelům doporučuje. (**58, 60**)

1.10 Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna

Působení chráněných dílen a pracovišť je doplňováno aktivitami uskutečňovanými v rámci projektů Evropského sociálního fondu (ESF). ESF je jedním ze čtyř strukturálních fondů, jejichž společným snažením je snížení rozdílů v životní úrovni, které existují nejen mezi regiony, skupinami obyvatel, ale také i mezi jednotlivci v Evropské unii.(**8**)

§ 75

1) Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro jedince se zdravotním postižením na základě písemné dohody, jež je uzavřena s Úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno minimálně po dobu 2 let od ujednání

v příslušné dohodě. Na vytvoření chráněného pracovního místa může být zaměstnavateli poskytnuta Úřadem práce dotace. (**65, 60**)

2) Příspěvek na vytvoření chráněného místa pro osobu se zdravotním postižením však může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením může být 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 dotace 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. (**65, 60**)

3) Příspěvek se poskytuje jen 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. (**65, 60**)

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

a) identifikační údaje zaměstnavatele
b) místo a předmět podnikání (**65, 60**)

5) K žádosti o příspěvek je nutné doložit 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. (**65, 60**)

6) Dohoda o vytvoření chráněného pracovního místa většinou 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 navrátit 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 (**65, 60**)

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

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

b) ostatní podmínky, jejichž porušení bude sankcionováno odvodem za porušení rozpočtové kázně dle zvláštního právního předpisu (**65, 60**)

Nedojde-li v dohodě k rozlišení daných podmínek, má se za to, že jde o podmínky stanovené podle písmene a). (**65, 60**)

8) Nedodržení podmínek poskytnutí příspěvku podle odstavce 7, nebo nevrácení příspěvku ve stanoveném termínu, se považuje jako porušení rozpočtové kázně. (**65, 60**)

9) Úřad práce může rovněž 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 tento jedinec přestane vykonávat samostatnou výdělečnou činnost ze zdravotních důvodů, nebo v případě jejího úmrtí. (**65, 60**)

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 dotace 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. (**65, 60**)

§ 76

1) Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě patřičné dohody s Úřadem práce a přizpůsobené k zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno minimálně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného

v dohodě. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje Úřad práce zaměstnavateli dotaci. (**65, 60**)

2) Dotace 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 dotace 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. (**65, 60**)

3) Dotace 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. (**65, 60**)

4) Dohoda o vytvoření chráněné pracovní dílny většinou 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 navrácení příspěvku

j) ujednání o vypovězení dohody (**65, 60**)

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

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

b) ostatní podmínky, jejichž porušení bude sankcionováno odvodem za porušení rozpočtové kázně podle zvláštního právního předpisu (**65, 60**)

Nedojde-li v dané dohodě k rozlišení podmínek, má se za to, že jde o podmínky stanovené podle písmene a). (**65, 60**)

6) Nedodržení podmínek poskytnutí příspěvku podle odstavce 5, nebo nevrácení příspěvku ve stanoveném termínu se považuje jako porušení rozpočtové kázně. (**65, 60**)

7) Úřad práce může na základě dané dohody se zaměstnavatelem poskytnout zaměstnavateli i dotaci na částečnou úhradu provozních nákladů chráněné pracovní dílny. Výše této dotace 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, kteří jsou osobami se zdravotním postižením a osobami s těžším zdravotním postižením, je rozhodující jejich průměrný roční přepočtený počet. (**65, 60**)

§ 77

1) Ministerstvo prováděcím právním předpisem stanoví charakteristiku chráněného pracovního místa i chráněné pracovní dílny, dále pak způsob výpočtu ročního přepočteného počtu zaměstnanců, vykonávajících 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. (**65, 60**)

2) Výši průměrné mzdy za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku vyhlašuje ministerstvo na základě podkladů Českého statistického úřadu sdělením, uveřejněným ve Sbírce zákonů. (**65**, **60**)

2. Cíle práce

Cílem práce je popsat specifický způsob umožňující zhodnocení aktuálního zdravotního potenciálu osob se zdravotním postižením pomocí metody Isernhagen Work System, jako předpokladu integrace těchto osob na trhu práce, vystihnout a popsat specifické kroky a postupy k integraci zdravotně znevýhodněných osob v rámci otevřeného trhu práce.

Tato práce se bude zabývat těmito problémy a řešit zejména tyto výzkumné okruhy:

1. Dostupnost systému Isernhagen Work System
2. Praktická aplikace systému Isernhagen Work System
3. Limitace systému Isernhagen Work System
3. Motivace, zpětná vazba klientů x nové technologie Isernhagen Work System

Dílčím cílem této práce je posléze, na základě mého výzkumu, formulování nových hypotéz k danému tématu, jež mohou být podkladem případného následného zkoumání.

3. Metodika

Elementárním přístupem mé práce se stal **kvalitativní výzkum**. Jedná se o porozumění (akcím, významům) v jejich sociálním kontextu. Při kvalitativním výzkumu nedochází k redukci počtu proměnných ani vztahů mezi nimi, o jejich redukci rozhodují samy zkoumané subjekty. Preferují se otevřené, nestrukturované výzkumné plány, analýza pak vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců. Cílem kvalitativního výzkumu je **utvoření holistického obrazu zkoumaného předmětu, zachycení toho, jak aktéři procesů situace interpretují a zachycení interpretací těchto interpretací**..

Aspiruji zde na chápání Pracovní rehabilitace jako komplexu, v kontextu jejích postupů, výsledků a potenciálních intervenujících okolností. (**6**)

Nejdříve je potřeba sběru všech možných údajů a informací, následuje pozorování a rozhovory. Dalším nezbytným krokem je vyhledávání pravidelnosti a smyslu zjištěných údajů. Posléze se vytvářejí první výsledky zkoumání. Výsledným produktem mohou být nově zpracované hypotézy, případně i zcela nové teorie (**6**).

Majorita metod kvalitativního výzkumu vychází ze zcela běžně aplikovaných činností. Pozorování, rozhovor a vyhodnocování ústně zjištěných informací náleží mezi základní činnosti v životě každého jedince (**11**).

Ve výzkumu plánuji použít i metody, které spadající spíše do kvantitativního výzkumu.

Materiály poslouží k dotváření pozorované skutečnosti.

3.1 Případová studie

Pro objasnění výzkumných okruhů (Dostupnost systému Isernhagen Work System, praktická aplikace systému Isernhagen Work System, limitace systému Isernhagen Work System, motivace, zpětná vazba klientů z nové technologie) jsem zvolila typ rozlišený dle Stakea, instrumentální případy. (**11**)

Záměrem se stane vyhledání relevantních ovlivňujících faktorů a interpretaci vztahů.

V závěru studie zkoumané případy vsadím do hlubších a širších souvislostí, a budu se zajímat jak a proč zkoumaný fenomén funguje v jeho současné podobě.

3.1.1 Popis výzkumného souboru v případové studii

Problematika návratu osob s vrozeným zdravotním postižením, po úrazech a onemocněních na trh práce, která byla hlavním cílem projektu RAP Equal, bezprostředně souvisí s problematikou posudkovou, s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, a patří i mezi priority legislativy Evropské unie. Předmětem předložené práce je příspěvek ke specifické metodě funkční diagnostiky pracovního potenciálu výše zmíněných osob, která podmiňuje další kroky, směřující k jejich opětovnému zapojení do pracovního procesu. (**57, 27**)

Do výzkumu byly zařazeny osoby, jež jsou uchazeči o zaměstnání, jsou dlouhodobě nezaměstnaní a mají určitou míru disability. (**27**)

Při výběru vhodných osob do projektu nebylo hlavním aspektem pohlaví, vzdělání, věk, národnost či sociální statut, ale podstatným hlediskem byla dobrovolnost začlenění se mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo, zapojení se do pracovní rehabilitace s cílem získat vhodné zaměstnání a v neposlední řadě zhodnocení pracovního potenciálu, pomocí metody Isernhagen Work System.

Ve své práci, jsem zaměřila výzkum na účastníky praktické realizace této metody v rámci projektů pracovní rehabilitace, prováděný v regionu Chomutov a Litoměřice, realizovaný za pomoci společnosti EDOST s.r.o., Úřadu práce Litoměřice a Nemocnice Ústí nad Labem – rehabilitační oddělení.

Celý proces zhodnocení pracovního potenciálu, by se dal shrnout do těchto částí – vstupní vyšetření lékařem (na jehož základě lékař doporučí další typy testů – ukázku předpisu diagnostiky naleznete v příloze č. 1), vyšetření fyzioterapeutem, vyšetření ergoterapeutem, vyšetření psychologem, eventuálně jiným odborníkem, a v neposlední řadě hodnocení celkové fyzické zatížitelnosti a následné závěrečné hodnocení. (**28**)

3.1.2 Metody sběru dat v případové studii

K zisku potřebných dat v případové studii byla použita metoda kvalitativního dotazování a pozorování, kvantitativního dotazování, technikou pak strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, neformální rozhovor, dotazník, participantní pozorování a analýza dokumentů týkajících se klientů znevýhodněných na trhu práce.

3.2 Metodiky hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu

Problematika hodnocení, klasifikace funkčních činností, pracovních schopností a vyjádření jeho stupně u občanů s disabilitou zdravotním postižením, není pouze otázkou odbornou ale rovněž i politickou. (**25**)

Pojem disabilita se stává stále palčivějším problémem s rozvojem moderní medicíny, která pomáhá zvládat stále častěji klinickou smrt, léčit i velmi těžké, dříve smrtelné, poruchy organizmu. V posledních 25 letech nabývá velké důležitosti problém omezení, které člověk prožívá v souvislosti s poruchami některých funkcí a struktur, a naopak tyto „postižené" funkce lze kompenzovat funkcemi neporušenými, tedy zdravím a faktory prostředí. Ústřední koncepcí v oblasti funkčních poruch, v oblasti aktivit a participací se na mezinárodní úrovni stal pojem disability. Tento pojem je také jedním ze stavebních kamenů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO (International Clasisfication of functioning, disability and health – ICF). (**25**)

Evropská komise, Rada Evropy, OECD, zástupci WHO, OSN a představitelé organizací občanů s disabilitami v Evropě se dohodli, že ICF se bude používat jako základní metodika k hodnocení funkčních schopností osob s disabilitou. (**25**)

Obzvlášť významnou se otázka zdravotního postižení stává v souvislosti s tím, že stále stoupá průměrný lidský věk, což s sebou nese i rostoucí výskyt zdravotních obtíží ve stáří. Očekává se, že po roce 2020 bude třetina obyvatel Evropy starší 60 let. V určité míře se očekává tzv. komprese morbidity, do co nejkratší závěrečné fáze života. Zatím se však zdá, že nás čeká spíše zvýšená frekvence zdravotního postižení ve vyšším věku. Přitom cílem musí být maximálně možná, tedy optimální kvalita života jednotlivce, a to i seniorů s disabilitou. (**25**)

3.2.1 MKF Biopsychosociální model

(Grafické znázornění ICF Biopsychosociálního modelu viz příloha č.1)

- Stručný přehled ICF (grafické znázornění viz příloha č. 2)

- MKF (ICF) je dělena do těchto základních skupin:
(Grafické znázornění základních skupin ICF viz příloha č. 3) (**25, 59**)

část 1:

Funkční schopnosti a disability

1. Tělesné funkce

1.1 Změny v tělesných funkcích

1.1.1 Kategorie, stupně 1. – 4.

2. Tělesné struktury

2.1 Změny v tělesných strukturách

2.1.1 Kategorie, stupně 1. – 4.

3. Aktivity a participace

3.1 Kapacita

3.1.1 Kategorie, stupně 1. – 3.

3.2 Výkon

3.2.1 Kategorie, stupně 1. – 3. (**25, 59**)

část 2:

Přídatné faktory

1. Faktory prostředí

1.1 Faciliátory bariéry

1.1.1 Kategorie, stupně 1. – 3.

2. Faktory osobnosti (Stručný přehled ICF viz příloha 2) (**25, 59**)

- Kódování MKF:

(Grafické znázornění viz příloha 4)

A. Komponenty (útvary, složky, anglicky komponent)

1. Tělesné funkce (body function) označují se malým písmenem **„b“**, jsou to fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických) (**25, 59**)

2. Tělesné struktury (body structures) označují se malým písmenem **„s“**, jsou o anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti. (**25, 59**)

Pokud tělesná funkce nebo struktura je problémová, projevuje se u ní signifikantní odchylka nebo ztráta, pak používáme pojmu **porucha** nebo **porušení** dané funkce nebo struktury (**impairment**) (**25, 59**)

3. Aktivity a Participace označují se společně stejně, malým písmenem **„d“**. V případě, že je aktivita limitována, nebo participace restringována, jedná se o vznik **disability**. **Aktivita** je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem. **Participace** je zapojení dané aktivity do životní respektive společenské situace (výkon) (**25, 59**)

Aktivita má své meze a je tedy **limitována** – při provádění dané aktivity se mohou u člověka objevit obtíže. Tím se však člověk nestává disabilní, ale jeho zdraví (zdravotní stav) je limitováno v dané doméně. (**25, 59**)

Participace může být **restringovaná**, má překážky, což jsou problémy, které člověk může prožívat při zapojení do životních situací. Zcela byl vypuštěn pojem handicap. (**25, 59**)

Použijeme-li jména hodnocené osoby XY, ta může být restringována v určité doméně, v dané situaci. Celá klasifikace nehodnotí člověka, ale různé situace v jeho zdravotním stavu. Klasifikace nechce vytvářet kategorie nějakým způsobem označených a svým způsobem devalorizovaných osob. Zdraví každého člověka může mít různé problémy v různých doménách, ale v jiných doménách může být bezproblémové nebo nadprůměrné. **Nejde tedy o hodnocení nemoci, úrazů, ale i zdraví.** (**25, 59**)

4. Faktory prostředí se označují malým písmenem **„e“** (environmental factors) – jsou to fyzické a sociální faktory a postoje lidí, lokalita, kde lidé žijí a uskutečňují své životy. Faktory prostředí mohou být **bariérové,** nebo **facilitující**. (**25, 59**)

Velmi důležitým pojmem je **faktor osobnosti**. Osobnost je charakterizována věkem, pohlavím, vzděláním, předchozím životním stylem, schopnostmi, povahovými a charakterovými rysy, kulturními, rodinnými, historickými vlivy prostředí, ve kterém žije apod. I v daleké minulosti jsou známé osobnosti, které byly těžce postižené a kterých si společnost velmi vážila, např. admirál Nelson, básník Homér, Jan Žižka. (**25, 59**)

B. Kapitoly

Komponenty se dělí na jednotlivé kapitoly.

Tělesné funkce se dělí na tyto kapitoly:

Kapitola 1: Mentální funkce
Kapitola 2: Sensorické funkce a bolesti
Kapitola 3: Funkce hlasu a řeči
Kapitola 4: Funkce kardiovaskulární, nekatolické, imunologické a respirační
Kapitola 5: Funkce zažívací, metabolické a endokrinologické
Kapitola 6: Funkce urogenitální a reprodukční
Kapitola 7: Funkce neuromuskulární a pohybová
Kapitola 8: Funkce pokožky a jejich struktur

Tělesné struktury se dělí na tyto kapitoly:

Kapitola 1: Struktury nervového systému
Kapitola 2: Oko, ucho a související struktury
Kapitola 3: Struktury, které souvisejí s hlasem a řečí
Kapitola 4. Struktury kardiovaskulárního, imunologického a dýchacího systému
Kapitola 5: Struktury související se zažívacím, metabolickým a endokrinologickým systémem
Kapitola 6: Struktury související s urogenitálním a reproduktivním systémem
Kapitola 7: Struktury související s pohybem
Kapitola 8: Kůže a související struktury

Aktivity a participace se dělí na tyto kapitoly:

Kapitola 1: Učení a používání znalostí
Kapitola 2: Obecné úkoly a požadavky
Kapitola 3: Komunikace
Kapitola 4: Mobilita
Kapitola 5: Soběstačnost
Kapitola 6: Život v domácnosti
Kapitola 7: Interpersonální a rodinné vztahy
Kapitola 8: Základní oblasti života
Kapitola 9: Komunita, sociální a civilní život (**44**)

Faktor prostředí se dělí na tyto kapitoly:

Kapitola 1: Produkty a technologie
Kapitola 2: Přírodní prostředí a změny prostředí způsobené člověkem
Kapitola 3: Podpora a vztahy v rodině
Kapitola 4: Postoje
Kapitola 5: Služby, systémy a politika

C. Domény

Domény jsou praktické smysluplné celky, vztahují se k fyziologickým funkcím, anatomickým strukturám, činům, úkonům, (tedy aktivitám a participacím) nebo k oblastem života. Domény vytvářejí různé celky a bloky uvnitř každé komponenty i napříč jednotlivých komponent. (**44**)

Např. b7 Funkce neuromuskuloskeletární, s7 Struktury vztahující se k pohybu, d4 Pohyblivost při aktivitách a participaci, e2 Přirozené prostředí a změny prostředí člověkem vytvořené. (**44**)

Výše uvedené části se klasifikují jednotným kvalifikačním systémem, pomocí tzv. kvalifikátorů.

D. Kvalifikátory

Kvalifikátory jsou stejné pro všechny komponenty i domény a určují stupeň zdraví (nebo negativně vyjádřeno – závažnost problému). Každý uvedený kód klasifikace MKF má cenu pouze tenkrát, je li kvalifikován. Bez kvalifikátorů nemají smysl. Kvalifikátory jsou kódovány jako jedno nebo i více čísel za tečkou (nebo dělítkem) každého kódu.

Jde tedy o hodnotící pětistupňovou škálu, která však může být velmi zpřesněna, protože každý stupeň je dále dělen percentuálně. (**44**)

K záznamu hodnocení ICF se používá rehabilitační protokol tzv. ICF-CHECK-LIST (viz příloha 5)

Příklad:

1. kvalifikátor

Za tečkou třímístného kódu hodnoty je jako první uvedeno některé z následujících čísel. Tím je provedena kvalifikace.

Kód xxx 0 Žádný problém (nepřítomen, zanedbatelný)	**0-4%**
xxx 1 Lehký problém (malý, nepatrný, nízký)	**5-24%**
xxx 2 Střední problém (mírný, snesitelný)	**25-49%**
xxx 3 Těžký problém (vysoký, extrémní)	**50-95%**
xxx 4 Úplný problém (totální)	**96-100%**

Výjimku tvoří kódování faktoru „e“. Kód je uspořádán podobně jako teploměr směrem nahoru a dolu. Od stupně **0 níže až do stupně 4, kdy je prostředí úplně bariérové** (znaménko minus se neuvádí, klasifikace nepoužívá negace). (**44**)

Stupeň 0 pokud není prostředí facilitující – na tuto hodnotu kódu je nutno dát pozor při vyhodnocování. Popisuje situace, kde v přirozeném prostředí nejsou bariéry a není tedy co odstraňovat, neboť jde o zanedbatelné obtíže. **Dále až do stupně 4+, kde je prostředí zcela facilitující**, zbavené bariér. (**44**)

Ke kódování faktoru „e“ je přiřazen **faktor osobnosti**, který ale není samostatně v klasifikaci uveden. Například, když je někdo nadprůměrně inteligentní, bude to mít významný vliv na snazší participaci, např. při začlenění do zaměstnání, i když v doméně pohyblivosti bude kvalifikátor 3 nebo 4. Doporučuje se, aby kvalifikátor osobnosti hodnotící pracoviště stanovilo samo. Jedná se totiž o obrovské množství osobních faktorů. (**44**)

Pokud kódujeme poruchu (impairment) nějaké struktury „s“, pak je nutno uvést ještě 2. a 3. kvalifikátor.

2. kvalifikátor

Určuje povahu a rozsah změn tělesné struktury.

0 Není změna struktury

1 Úplná ztráta

2 Částečná ztráta

3 Přídatná část (něco navíc)

4 Nepřiměřený rozměr

5 Přerušená kontinuita

6 Vybočená pozice (poloha, postavení)

7 Kvalitativní změny struktury, včetně nahromadění tekutin(y)

8 Jiné

9 Blíže neurčené (**44**)

3. kvalifikátor

Je topografický, aby určoval lokalizaci, a pak může mít i více čísel Např. vlevo distálně 27.

0 Více než jeden orgán

1 Vpravo

2 Vlevo

3 Obě strany

4 Frontálně

5 Dorzálně

6 Proximálně

7 Distálně

8. Jiná

9 Blíže neurčené (nelze aplikovat)

Příklady:

Každá komponenta začíná vždy příslušným malým písmenem „b“, „s“, „d“ nebo „e“. Dále může následovat jen číslo kapitoly dané komponenty, např.: (**25**)

b1 (mentální funkce) nebo b3 (funkce hlasu a řeči)

s2 (oko, ucho a příslušné struktury), s7 (struktury vztahující se k pohybu)

d1 (učení se a aplikace znalostí) d5 (péče o sebe)

e1 (produkty a technologie) e5 (služby systémy a principy řízení)

Užívá se také název položky prvního stupně. Za ní pak následuje (za tečkou) vždy číslo kvalifikátoru. Např. b10 mentální funkce v pořádku, bez problémů.

Další podrobnější hodnocení podle desetinného třídění je trojčíselné, např.:

b114 (orientační funkce – podřazená vyššímu nadřazenému pojmu kapitoly mentální funkce)
b340 (alternativní vokalizační funkce – podřazená nadřazenému vyššímu nadřazenému pojmu hlas a funkce řeči)
s210 (struktura očnice) s750 (struktura dolní končetiny)
d110 (pozorování) d540 (oblékání)
e125 (produkty a technologie při komunikaci)
e540 (dopravní služby, systémy a principy řízení)

(Položka druhého stupně, za ní pak následují číslo, nebo čísla kvalifikátorů) (**25**)

Další ještě podrobnější stupeň podle desetinného třídění je čtyřmístný:

b1142 (orientace vzhledem k osobám) b3400 (produkování not)
s210 viz výše (nemá již další dělení) s7500 (struktura stehna)
d110 viz výše (nemá již další dělení) d5401 (svlékat se)
e1251 (pomocné produkty a technologie pro komunikaci) e5402 (principy služby při řízení transportu)

Položka třetího stupně již není ve všech hodnotách uvedena a uživatel si ji může při podrobném hodnocení vytvořit. Vždy na konci musí být hodnoty kvalifikátoru. (**25**)

Poslední nejpodrobnější čtvrtý stupeň pětimístný je vypracován jen pro některé hodnoty, a pokud chce uživatel klasifikace hodnotit větší podrobnosti, může si klasifikaci doplnit:

b11421 (orientace vzhledem k druhým osobám) b (nemá již další dělení)
s210 (nemá další dělení) s75003 (ligamenta a facie stehna)
d110 (nemá již další dělení) d5401 (nemá již další dělení)
e1251 (nemá již další dělení) e5402 (nemá již další dělení)
(Příklad praktického použití ICF viz příloha 6)

V České republice chybí vedle běžně používané etiologické diagnózy podle IDC-10 (MKN-10) funkční diagnostika podle MKF. Při použití funkční diagnostiky v rehabilitaci a následné aplikace krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu může dojít k minimalizaci funkčního postižení a k propouštění pacientů domů v co možná nejkratším termínu, je li vyřešen faktor prostředí (environment faktor). (**25**)

Včasná funkční diagnostika podle MKF je důležitá k provádění rehabilitačních metod. Základem jsou metodiky hodnocení funkčních schopností a pracovního potenciálu, které eliminují nebo minimalizují „disabilitu“, nebo mohou pomoci důstojně žít ve svém prostředí lidem i s těžkým postižením (disabilitou). Podle Prof. Rommela (přednosta Neurorehabiltační kliniky z Kolína nad Rýnem), až 60% pacientů po dlouhodobém bezvědomí (více než 3 měsíce) při poškození mozku, jsou po intenzivní rehabilitaci schopni pracovního začlenění alespoň na částečný pracovní úvazek, nebo zařazení do podporovaného zaměstnání, nebo na chráněné pracoviště. (**25**)

3.2.2 Využití principů MKF v projektu RAP

V projektu RAP (Rehabilitace-Aktivace-Práce) CIP EQUAL je hodnocení funkčních schopností a pracovní potenciál člověka řešen s použitím metod, vytvořených v souladu s principy MKF. (**25**)

V procesu předpracovní a pracovní rehabilitace se používá těchto metod, a to jak pro účely pilotního ověření, tak i návazně pro stanovení postupů a celkové metodiky s využitím principů MKF. (**25**)

Pro projekt Rehabilitace-Aktivace-Práce byla navržena metodika a postupy pro hodnocení funkčního potenciálu tak, aby braly ohled na požadavky trhu práce. Jednotlivé metody byly rozděleny do dvou sledového (dvoustupňového) systému funkčního hodnocení, tj. do testů v 1. sledu a ve 2. sledu. Dále je uvedena základní charakteristika těchto sledů. (**25**)

3.2.3 Přehled metodik doporučených projektem

Metodiky jsou nástrojem pro funkční hodnocení a určení psychosenzomotorického potenciálu pro účely služeb zaměstnanosti, konkrétně pro potřeby předpracovní (ergodiangostika) a pracovní rehabilitace a následné možnosti integrace občana se zdravotním

postižením na trh práce. Existuje velké množství různých typů hodnocení, pozorovacích škál a indexů, které se používají v různých oblastech práce ergoterapeuta. Značné množství těchto hodnocení nemá stanoven přesný postup jejich provádění, chybí data o jejich reliabilitě a validitě. Často jde o hodnocení vytvořené výlučně pro potřeby daného pracoviště a jeho klientů. (**25**)

Uvádím pouze ty metodiky, hodnocení, škály a indexy, které již byly publikovány a jsou standardizovány. Některé byly vytvořeny jen pro určené kvalifikované členy rehabilitačního týmu a splňují tedy specifické potřeby určené profese. Proto je mohou používat jen **kvalifikovaní odborníci**. Jiná mají obecnější použití a využívají je i jiné profese ve zdravotnictví. (**25**)

Důležitou skupinu tvoří standardizované testy, které mohou být použity před nebo po vstupním vyšetření. Jejich cílem je primárně prokázat změny dosažené během rehabilitační intervence.

Jiný způsob rozdělení hodnocení je podle jejich obsahu. Hodnocení tedy měří buď určitou funkční schopnost, např. pohyb, schopnost komunikace apod., nebo nezávislost či soběstačnost klienta v provádění všedních denních činností (ADL).

Také se hodnocení může zaměřovat (**25**)

● **Testování 1. sledu**

(viz příloha 7)

Metodiky prvního sledu jsou pro občany s lehčím postižením (disabilitou) a jsou časově méně náročné. V případě zjištění závažnějších disabilit (hodnocení lékaře) při použití metodik 1. sledu je nutné přejít na individuálně zaměřené metodiky 2. sledu. (**26**)

Testy:

▪ jednoduché
▪ krátké, časově nenáročné (do 3 hodin)
▪ finančně a personálně méně náročné
▪ vhodné pro klienty s lehkou disabilitou

Spektrum metodik včetně modelových činností je dostatečně široké, aby pokrylo hodnocení funkčních schopností a pracovního potenciálu. (**26**)

Všechna rehabilitační centra (např. RC krajské nemocnice v Pardubicích, Klinika rehabilitačního lékařství Praha-Albertov, RC Nemocnice v Táboře, RC Nemocnice v Písku, RC Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, RC nemocnice v Chomutově, Rehabilitační klinika RN v Hradci Králové) byla dovybavena zařízeními, pomůckami, přístroji, zakoupením licencí pro použití postupů a metod ergodiagnostiky. Např. zpracování obrazového a zvukového materiálu, práce s počítačem na různých stupních složitosti – textová grafika atd., práce s nástroji v různých profesích. Tento fakt je třeba zdůraznit, protože dosud se takto modelové činnosti v ČR nevyšetřovaly. Nákup vybavení z prostředků projektu pro rehabilitační pracoviště reflektoval potřeby trhu práce v ČR. (**25**)

Metodiky v prvním sledu hodnotí funkční schopnosti horních končetin – Jebsen – Tailor Purdue – Pegboard, dynamometr, personální a instrumentální aktivity denního života – Barthel Index, koncentraci pozornosti při výkonech – pracovní křivka, hodnocení bolesti – Algometrie, jednotlivé modelové činnosti atd.

Modelové činnosti

Slouží k hodnocení pracovních dovedností, schopností, určení psychosenzomotorického potenciálu k práci, schopnosti nového učení, porozumění zadání práce, schopnosti komunikace, využití premorbidně (před onemocněním, úrazem) získaných dovedností a schopností, schopnost adaptace s pracovním prostředím, schopnost komunikace se spoluzaměstnanci, práce v týmu, ergonomické zhodnocení pracovního místa, nutnost pracovních i kompenzačních pomůcek, nářadí, funkční hodnocení fyzického zatížení v práci, vhodnost a počet přestávek, délka pracovní doby, možnost směn, zhodnocení dopravy do zaměstnání, zhodnocení pracovního místa s ohledem na možné podporované zaměstnání, chráněné místo apod. Hodnotíme rovněž kvalitu a kvantitu výsledků práce v čase a je nezbytné sebehodnocení testovaného. (**25**)

Rehabilitant při určování pracovních schopností může být zatížen 1-9 h až několik dní, podle jeho zdravotního stavu. Modelová pracovní činnost je analogií pracovní činnosti, která zhodnotí jeho předpoklady pro pracovní činnost. (**25**)

Jde o 3 typy pracovního zatížení:

1) lehká práce fyzická (např. práce se dřevem, práce s textilem, práce elektrikářské atd.)
2) těžká práce fyzická (např. nošení břemen, zvedání břemen, práce v terénu, výkopy – lopata, krumpáč apod.)
3) duševní práce, administrativa (např. kartotéka, práce s počítačem, psaní na stroji, hledání a předávání informací – jízdní řád, telefon, poštovní komunikace, vyhledávání tarifů apod.)

Pracovní výkony u osob s vysokým intelektem lze odhadnout zhodnocením disability, jehož důležitou součástí je vyšetření psychologické, které nám současně určí míru začlenitelnosti. Začleňování u těchto osob se zdravotním postižením nebývá problém, pokud je dostatečná motivace. Úzká specializace může být překážkou při plynulé integraci a musí se řešit individuálně a věnovat jí speciální pozornost. (**25**)

Modelové činností jsou práce, které určuje lékař spolu s ergoterapeutem, která se svou fyzickou a psychickou náročností co nejvíce podobá náročnosti a pohybům, jaké pojištěnec konal ve svém předchozím zaměstnání, kam se má vrátit, nebo event. jinou práci, kterou je schopen vykonávat. Pracovní činnost, lze fyzicky i intelektuálně různě stupňovat. Doporučujeme zavést několik poměrně standardizovaných prací (1-3), které ergoterapeut dobře zná, je schopen je porovnat s prací jiných osob, které v ergoterapii již pracovaly, a které lze porovnat s jiným výkonem po stránce fyzické námahy a obratnosti. (**25**)

Při práci hodnotíme:

1) Postoj k práci, počet potřebných informací
2) Vlastní pracovní výkon během ergodiagnostiky, únavnost, přesnost, čistotu práce, zručnost. Při závěrečném hodnocení výrobku a stráveného času vycházet ze stanovených, praxí ověřených hodnot (norem).

Při práci se posuzují jednotlivé segmenty končetin, trupu, jak jsou do práce zapojeny nebo šetřeny.

Administrativní práce pro pracovní činnosti administrativní, organizační, informační, které začínají převažovat a jejich modelové šetření je tedy velmi důležité. (**25**)

Dílna pro modelové činnosti slouží k objektivnímu zajištění pracovní výkonnosti rehabilitantů na modelových pracovních činnostech. Po absolvování předcházejících vyšetření rehabilitanti nastoupí do dílny (délka pobytu podle závažnosti zdravotního postižení). (**25**)

Tuto dílnu je třeba vybavit tak, aby rehabilitant mohl být hodnocen jednak v pracích manuálních, jednak v pracích administrativních (intelektuálních), apod. Modelové činnosti nemusí přesně odpovídat práci, kterou rehabilitant vykonával na svém původním pracovišti, ale jde o posouzení obecné výkonnosti, při znalosti jednotlivých pracovních operací. Práci v ergoterapeutické dílně potom upraví podle pozic a poloh, které odpovídají tomu, co rehabilitant vykonává. Pokud není této práce schopen, pokusí se ergoterapeut to vykompenzovat úpravou pracoviště, event. využitím pracovních (rehabilitačních) pomůcek. Jestliže je však zjevné, že nebude moci svoji práci vykonávat v plném rozsahu, ergoterapeut zjistí, jak velkého pracovního zatížení je schopen po stránce fyzické i časové, alespoň v omezeném rozsahu. Zjistí-li se, že vůbec nemůže svoji předchozí pracovní činnost vykonávat, určí, jaký druh práce je rehabilitant schopen zvládnout. (**25**)

K tomu je třeba spolupracovat s Úřadem práce, zvážit event. rekvalifikaci, atp.

Z daných údajů center rehabilitace pak stanoví procento zmenšení pracovní výkonnosti, které vyplývá ze všech výsledků šetření, provedených na jejich pracovištích. (**25**)

Dílna modelových činností dodává centru rehabilitace jednu z nejdůležitějších informací vzhledem ke stanovení % pracovního potenciálu a určení budoucího pracovního začlenění. (**25**)

Při začleňování do pracovního procesu mají osoby s disabilitou problémy s pracovním prostředím, do kterého se poměrně snadno dostanou, nebo naopak práce je vyhovující, ale nemohou se do práce dostat. (**25**)

Při ergodiagnostickém testování věnujeme zhodnocení možnosti dopravy velkou pozornost. Nikdy se nespokojíme jen s údajem rehabilitanta, že se do veřejných dopravních prostředků dostane, nebo že mu vždy někdo pomůže apod. Cestu do práce je nutno vyzkoušet v konkrétních situacích. (**25**)

● **Testování 2. sledu**

(viz příloha 8)

Testy 2. sledu se provádějí u osob se středně těžkou a velmi těžkou disabilitou. U klientů s touto mírou disability, jsou tyto metodiky speciální pro různá onemocnění, úrazy

nebo vrozené vady či pro různé typy postižení, např. pohybové postižení. Metodiky 2. sledu jsou náročnější, ergodiagnostické hodnocení může trvat až 14 dní. (**26**)

Jeho výsledkem může být konkrétní návrh zařazení na trh práce, nebo návrh krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu, s cílem zlepšit psychosenzomotorický potenciál k práci a motivaci rehabilitanta. (**26**)

Jedná se především o metodiky jen pro určité onemocnění a postižení, které by se měly dále zpracovat i pro jiná onemocnění, úrazy, vrozené vady anebo pro další typy postižení (postižení smyslů, postižení psychické apod.) (**26**)

Z prostředků projektu RAP byly zakoupeny tyto dvě metodiky:

1. Isernhagen Work System
2. LUKOtronic AS 200

Oba tyto systémy slouží k funkčnímu hodnocení pracovního potenciálu člověka a jsou běžnou valorizovanou metodou měření funkčních schopností a pracovního potenciálu používanou v Evropě. Jde vždy o **pozitivní rekomandaci**. (**25**)

V České republice se většinou funkční schopnosti a pracovní potenciál takto nehodnotí. Hodnotí se procentní míra poklesu schopností výdělečné činnosti, podle vyhlášky 284/1995 Sb. v platném znění k zákonu č. 155/1995 Sb. v platném znění. (**25**)

Posudkový lékař rozhoduje většinou na základě etiologické diatézy o „přidělení“ procent a tím rozhodne o invalidním důchodu I. – III. Stupně, anebo o návratu na původní pracoviště. Velice často jde o **negativní rekomandaci**. (**25**)

Diagnostiku funkčních schopností by měl provádět multidisciplinární rehabilitační tým s individuálním zaměřením na rehabilitanta, co nejdříve po úrazu nebo onemocnění, na základě toho stanovit krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán. Hodnocení funkčních schopností by se mělo provádět opakovaně, dokud se rehabilitant v některých položkách zlepšuje. Po ukončení rehabilitačního procesu by mělo následovat zhodnocení funkčního stavu opět multidisciplinárním týmem a na základě tohoto zhodnocení by měl rehabilitant dostat konkrétní dlouhodobé služby a podpory, aby se mohl participovat ve společnosti (tedy se **i integrovat na trh práce**) a tím měl zajištěnou optimální kvalitu života. (**25**)

3.2.4 Isernhagen Work System

Je inovativní metodou v České Republice, v oblasti funkčního hodnocení a testování pracovního-funkčního potenciálu rehabilitanta, který má základní, nebo nedokončené vzdělání a je schopen vykonávat jen jednoduchou fyzickou práci. Tato skupina občanů je v České Republice početná a velice problematicky se zařazuje na trh práce. (**57**)

Systém Isernhagen se začal používat v 80 letech v USA, šlo o hodnocení fyzických aspektů pracovního potenciálu, od r. 1991 se začal používat v Evropě (ve Švýcarsku), kde se postupně rozšířil. Např. V Německu je 100 pracovišť, která tuto metodiku používají.

Výstupem projektu RAP EQUAL je doporučení využívat Isernhagen jako validní metodu v České republice pro hodnocení pracovního potenciálu rehabilitanta. (**57**)

V České republice byl předpoklad pro zavedení podobných hodnocení dán vznikem několika tzv. Rehabilitačních center, která se snažila o propagaci provázání léčebné rehabilitace s rehabilitací pracovní a sociální a se vzděláváním (KRL Praha-Albertov, Pardubice, Tábor), ve spolupráci a pod vedením VÚPSV projekt „Vypracování metody pro zjišťování pracovního potenciálu osob se zdravotním postižením vzniklým po pracovním úrazu nebo nemoci z povolání“. V rámci tohoto projektu (2004-2005) se zavedla první licence testovací soustavy Isernhagen v Pardubicích, v červenci roku 2005 poté, co se seznámil s řadou dalších metodik, k tomuto účelu ve světě používaných. Projekt poprvé stanovil místo metody v systému rehabilitace v České republice a pilotně ji odzkoušel. Na výsledky tohoto projektu navázal rozsáhlejší projekt Rozvojového partnerství PENTACOM „Rehabilitace-Aktivace-Práce“; CIP Equal (2006-2008), ve kterém systém převzalo dalších pět rehabilitačních pracovišť v České republice, a byl vyzkoušen na rozsáhlejším souboru klientů.

V současnosti v České republice disponuje diagnostikou fyzického pracovního potenciálu dle Susan Isernhagen RC Krajská nemocnice v Pardubicích, Klinika rehabilitačního lékařství Praha-Albertov, RC Nemocnice v Písku, RC Nemocnice v Táboře, RC Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, RC nemocnice v Chomutově a Rehabilitační klinika RN v Hradci Králové. (**57**)

● Základní principy:

Principem je vyšetření pracovních schopností klienta v činnostech, které jsou na základě výzkumů, provedených v USA stanoveny jako nejčastěji se vyskytující prvky fyzické práce (zvedání, stoj, chůze, aj.)

Isernhagen Work System (IWS) je postaven na **principu kineziofyzickém**. Ten spočívá v hodnocení výkonu rehabilitanta v předepsaných úkolech školeným pozorovatelem. Přesně biomechanická kriteria, podle kterých se limit výkonu hodnotí, jsou operacionalizovaná a vyzkoumaná. (**57**)

Základním principem je ale **bezpečnost klienta** po celou dobu testování. Zhruba řečeno je bezpečnost klienta při testu zajištěna tak, že při postupně vzrůstající zátěži (nebo pokračující výdrži) je rozhodujícím momentem okamžik, ve kterém se styl provedení testu (posuzováno objektivně podle přesných kritérií) mění z bezpečného na nebezpečný. Označujeme ho jako **biomechanický end-point**. Tento zlomový okamžik může být biomechanikou prováděného úkolu, překračováním tepové frekvence nebo únosného času pro provedení úkolu. (**57**)

Testovací metoda spadá do kategorie testů, označovaných anglickým termínem „Functional kapacity evaluation“ – dále jen FCE. (**57**)

Vyšetření – FCE rozlišujeme 2 typy postupů k hodnocení schopnosti při návratu do práce:

1) Vyšetření tělesných schopností k vykonávání pracovních úkonů

Tento formát je vhodný, pokud existuje specifický seznam pracovních úkonů, které mají být testovány. Například použití postupů, vyžadujících vyšetření zvedání, přenášení, práce v předklonu či dřepu, vstoje, vsedě, atd., se musí opírat o standardizovaný test k vyšetření těchto aktivit. Protože seznam elementárních pracovních úkonů je standardizován, testy se musí u každého provádět stejným způsobem. Tím se zamezí rozdílům v hodnocení různými hodnotiteli a potížím v interpretaci, vznikajícím při použití různých testovacích metod. Výsledkem tohoto „tělesného“ testu je plné porozumění schopnostem klienta pro určité pracovní úkoly. (**57**)

Výhodou takového testování je, že je standardizované, měří obecně fyzické funkční schopnosti jedince, a může být použito pro různé situace a povolání. 57)

2) Vyšetření pracovníka na specifickou práci

Má svůj smysl, když se uvažuje pouze o jednom zaměstnání. Takový test se musí plně přizpůsobit uvažované práci. Nemůže být standardizovaný. Jeho nevýhodou je to, že v případě negativního výsledku pracovního testu nevíme nic o klientových schopnostech

vykonávat jiné práce. To může blokovat další postup, vyžadovat další testování a podobně. Výhodou je ovšem již výše zmíněná specificita pro danou práci. (**57**)

Předpoklady k testování:

a) ze strany klienta – zdravotně stabilizovaný stav (doložený lékařským vyjádřením)
- ochota ke spolupráci
- realistické představy a zařazení do práce

b) ze strany personálu – testující odborníci (ergoerapeut, fyzioterapeut, musí být proškoleni, mít certifikát)
- zdravotnické zařízení (zakoupenou licenci, členem týmu musí být lékař) (**57**)

● složení testu
(viz příloha 9)

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, případně komu bude výsledná zpráva zaslána.
2. krok je vyšetření hybného systému klienta fyzioterapeutem, který se ve stručnosti zaměří na hodnocení rozsahu pohybu v jednotlivých částech těla, svalové síly a svalové koordinace (rovnováhy, pohybových stereotypů aj.)
3. krok je provedení vlastního testu, sestávájícího se z 29 úloh, jenž jsou aplikovány ve dvou dnech v určeném pořadí (buď kompletované, nebo s určitou redukcí) (**57**)

Složení testu:

<u>1. den</u>
● 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 (**57**)

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 (**57**)

4. krok je vyhodnocení daného testu, naměřené hodnoty (výkon), které klient předvedl, se porovnávají s nezávislým medicínským hodnocením (prováděné lékařem) a uvádí se do souvislosti 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 oznámeno a ten jej stvrzuje svým podpisem. (**57**)

Fotografická ukázka testů metody IWS viz příloha 10)

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, jež 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). (**57**)

1) 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) (**57**)

2) 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 kritérii:

• 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 (**57**)

3) Extrapolace naměřených výsledků na osmihodinový pracovní den

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

4) 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 (**57**)

5) Hodnocení bolesti

(viz příloha 11)

- 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 (**57**)

6) Hodnocení konzistence úsilí klienta – upřímnosti snahy o maximální výkon

(viz příloha 12)

- 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 (**57**)

7) 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) (**57**)

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

- lze k nim přistoupit ze dvou pohledů: (**57**)

• **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 (**57**)

• **podle schopností a požadavků** – porovnávají se pracovníkovy schopnosti, jež 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. (**57**)

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

- porovnání schopností pracovníka k danému povolání nebo typové pozici (**57**)

- 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 (**57**)

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 (**57**)

(Ukázka PACT testu viz příloha 13)

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 ergometrie, step test, finský test chůze, apod. (**57**)

Výstupy z testu

● Návrat do práce – funkční vyšetření ukáže, že osoba má určité fyzické schopnosti, umožňující práci vykonávat. To zrychluje proces návratu do zaměstnání. Vyšetření minimalizuje riziko opětovného poškození zdraví. Ukáže též inkonzistence mezi schopnostmi pracovníka a nároky pracoviště.
● Pracovní rehabilitace – kde není shoda mezi schopnostmi pracovníka s nároky pracoviště, je toto vyšetření jako vstup do procesu pracovní rehabilitace ideální volbou. Dobré vyšetření označí nesrovnalosti a určí jejich fyzické příčiny. Tím, že známe současně deficit v provádění určité pracovní činnosti i muskuloskeletální příčinu tohoto deficitu, můžeme cíleně indikovat rehabilitaci.
● Úpravy pracovního procesu a prostředí – kde není shoda mezi nároky pracoviště a schopnostmi pracovníka, může IWS pomoci nalézt novou shodu. Úkony, představující pro pracovníka riziko, mohou být změněny, redukovány, nebo odstraněny (dočasně, nebo trvale) z popisu práce. Změny se mohou týkat výšky pracovní plochy, pracovní polohy, počtu opakovaných úkonů, atd. (**57**)

3.2.5 LUKOtronic AS 200

Systém vyšetřuje a rehabilituje pohyb pomocí prostorové analýzy založené na principu snímání vybraných částic označených v definovaných místech markery, třemi infračervenými kamerami. Markery jsou netraumatické (lepí se na kůži), tzv. aktivní, tzn. aktivně vysílající infračervené záření, díky čemuž je metoda přesnější, méně závislá na konstantních vnějších

podmínkách. Biosignál je ukládán a dále zpracován v běžném PC doplněném NI-DAQ kartou, která je součástí systému. (**25**)

Systém bezprostředně automaticky data vyhodnocuje, je schopen zobrazit trajektorie, rychlosti pohybů, úhlové změny, zrychlení pohybu segmentů. Lze tak zhodnotit drobné pohyby rukou, hlavy i komplexní pohybové stereotypy jako je chůze. (**25**)

Je vhodný pro hodnocení a následnou dlouhodobou rehabilitaci pohybových stereotypů rehabilitantů, např. chůze, funkce horních končetin, hybnost a úchopové schopnosti ruky apod. Výhodou je včasné hodnocení pohybových stereotypů a na tomto základě přesná včasná rehabilitace hybnosti a zpětná vazba, kdy rehabilitant sám může vidět a analyzovat spolu s terapeutem poruchy hybnosti (aktuální porovnání patologického pohybu rehabilitanta s pohybem standardním, tedy „zdravým“) a rehabilitovat s cílem návratu k fyziologickým normám. A na základě toho vylepšuje pohybový vzorec rehabilitanta a tím zlepšuje jeho potenciál k práci. /**25**)

4. Výsledky

Zde je vyobrazen výzkum případové studie v rozmezí července 2008 až června 2010, v němž byl zhodnocen pracovní potenciál osob se zdravotním postižením, jež jsou uchazeči o zaměstnání a následně jejich integrace na trhu práce.

4.1 Případová studie

Celkem bylo do případové studie zahrnuto 5 osob, 3 ženy a 2 muži, kteří jsou v evidenci Úřadu práce, jsou uchazeči o zaměstnání, mají určitou míru disability a ke zhodnocení jejich pracovního potenciálu byla použita metoda Isernhaeg Work System.

4.1.1 Kasuistika I

Osobní údaje

Klient č. 1
Věk: 50
Pohlaví: žena
Vzdělání: SOU (prodavačka potravin)
Lateralita: Pravák
Druh provedené ergodiagnostiky: Isernhagen Work System
Zaměření testování: všeobecné
Sociální dávky: částečný invalidní důchod
Sociální status: osoba se zdravotním postižením

Osobnostní charakteristiky

Klientka je emočně méně stálá a citlivější až přecitlivělá, snadno rozrušitelná a ovlivnitelná city, obecně se hůře vyrovnává s tlakem a zátěží, je sebekritická, s nižším sebevědomím, má sklon k přehnaným obavám a starostem, je často nervózní, napjatá, nejistá

a úzkostlivá, se sklonem ke sklíčenosti a malomyslnosti, emoční rozladění vede až depresivním stavům, může častěji trpět subjektivním pocitem nedostatku energie a vitality.

Je opatrná až úzkostná, často si dělá starosti, zda něco bylo uděláno správně, stará se o maličkosti a jednotlivosti, je až nutkavě přesná, organizovaná a disciplinovaná, je rezistentní vůči změnám, neochotná riskovat kvůli velkému strachu z kritiky či selhání, pomalá v rozhodování až nerozhodná, neochotná riskovat, motivovaná neselhat, neasertivní a konzervativní, s úzkými zájmy.

Klientka je silně introvertní, tichá a mlčenlivá, stažená do sebe, uzavřená, málo kontaktivní, opatrnější v kontaktech a ve vazbách s druhými, orientuje se spíše na výběrové vztahy s úzkou skupinou nejbližších přátel, se sociálními zábranami, sociálně plachá, nesmělá a méně obratná, je soběstačná a samotářská, ráda rozhoduje sama za sebe, preferuje práci o samotě, spoléhá se spíše sama na sebe než na porozumění a pomoc od druhých.

Je rezervovaná a nepřístupná, drží si odstup, je méně osobní, odměřená, chladná, nedůvěřivá, skeptická. Rezervovaná-odtažitá – má tendenci být sama, vyhýbat se kontaktům s druhými lidmi, bývá necitlivá vůči náladám a pocitům ostatních, necitlivá v interpersonálních vztazích, upřednostňuje práci o samotě, necítí se dobře s cizími lidmi, nekomunikuje, neposkytuje dostatečnou zpětnou vazbu, není týmovým hráčem.

Rigidní, trvá na svých myšlenkách, neohebná, střízlivě vážná zdrženlivá.

Klientka je neprůbojná, poslušná a mírná, citlivá na autoritu, je ochotná se přizpůsobit přáním druhých, nechá se snadno vést a ovlivnit, dobře se na ni dohlíží, je uvážlivá a diplomatická, sociálně přizpůsobivá a vstřícná, nekonfliktní, snaží se vyhnout přímému střetu a konfrontaci, raději ustoupí, snaží se neprovokovat a nenarážet, vycházet s okolím a hledat obecně přijatelná východiska, je jí dobře v bezpečném a stabilním prostředí, kde může žít a pracovat podle pevně daných norem, pravidel a zásad, je skromná a nenáročná, vystačí s málem.

Celkově lze klientku charakterizovat jako přizpůsobivou, precizní, opatrnou, uvážlivou, přemýšlivou až ustaranou, zdrženlivou, mírnou, trpělivou, poslušnou a smířlivou.

Psychomotorika, kognitivní schopnosti

Schopnost abstraktivního úsudku a logického uvažování je v pásmu vyššího průměru, schopnost zacházet s textem a numerickým informacemi je v pásmu subnormy (což je zde však podmíněno především pomalejším tempem práce a snahou neudělat chybu). Má pomalejší psychomotorické tempo, nižší rychlost zpracování informací a pomalejší reakcí na

komplexní podmětovou situaci, její výkon v testu soustředění se však vyznačuje minimální chybovostí. Duševní pružnost je v normě.

Funkční schopnosti na trhu práce – pracovní rekomandace

- Cesta do práce – bez omezení z hlediska pohybového postižení
- Základní pracovní polohy (poloha – čas – přestávky) – bez limitace
- Ostatní pracovní polohy – bez limitace
- Pohyb na pracovišti – bez limitace
- Manipulace s břemeny – do 15 kg bez limitace
- Všeobecné fyzické zatížení – III a
- Jemná motorika (práce rukou) – bez limitace
- Senzorické schopnosti – bez omezení

Vhodnost a možnosti obecného typu pracovní činnosti

- Práce vsedě montážní, kompletační apod.
- Práce vstoje montážní, kompletační apod.
- Práce se zvedáním a přenášením břemen
- Práce s pochůzkami bez přenášení středně těžkých a těžkých břemen
- Práce převážně ve venkovním prostředí
- Práce kancelářská, avšak pouze příležitostná, neměla by tvořit hlavní pracovní náplň

Základní pracovní poloha a lokomoce

- Sed - trvale
- Stoj – trvale
- Chůze - trvale

Doporučení pro zařazení do pracovního procesu

- Upřesnit ergodiagnostiku – rozšíření o vyšetření vyššího stupně
- Chráněné zaměstnání (zřízení chráněného místa, umístění v chráněné dílně)
- Práce na směny – ranní a odpolední

Upřesnění doporučení pro zařazení do pracovního procesu

▪ Práce v klidném a stabilním prostředí, bez tlaku na výkon (způsobujícího jinak zhoršení jemné motoriky a poznávacích funkcí jako je paměť, pozornost, rozumový úsudek či rozhodování a řešení problémů), v malém kolektivu, nejlépe v chráněném prostředí či doma.

Věrohodnost výsledků

▪ Ano

Třída práce podle celkového energetického výdeje

(Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanosti při práci, příloha 1, část A, tabulka 1. Tyto třídy používáme k odhadu celkové fyzické zatížitelnosti testovaného, využíváme tříd I – III.)

▪ III a → Práce vstoje s trvalým zapojením obou horních končetin občas v předklonu nebo vkleče, chůze – údržba strojů, mechanici, obsluha koksové baterie, práce ve stavebnictví – ukládání panelů na stavbách pomocí mechanizace, skladníci s občasným přenášením břemen do 15 kg, řezníci na jatkách, zpracování masa, pekaři, malíři pokojů, operátoři poloautomatických strojů, montážní práce na montážních linkách v automobilovém průmyslu, výroba kabeláže pro automobily, obsluha válcovacích tratí v kovoprůmyslu, hutní údržba, průmyslové žehlení prádla, čištění oken, ruční úklid velkých ploch, strojní výroba v dřevozpracujícím průmyslu

(Kategorie III již je v podstatě koncipovaná pro zdravé lidi.)

▪ W/m^2 – 131/160

Závěr kasuistiky I:

Po absolvování vyšetření funkčních schopností pracovního potenciálu klientka obdržela od Úřadu práce pár nabídek na zaměstnání (cca 3 nabídky, převážně ve výrobním sektoru), avšak ani s výstupem z vyšetření udávající pozitivní rekomandaci, nenašla adekvátní

zaměstnání. Ve všech případech nabídky zaměstnání, po bližší konzultaci se zaměstnavatelem a po prohlídce pracovního místa přišla od svého praktického lékaře s rekomandací, nedoporučující klientce vykonávat danou činnost.

Klientka je osobou se zdravotním postižením, její pozitivní rekomandace i výstupy z vyšetření pracovního potenciálu neuvádějí velké limitace, co se týče jejích funkčních schopností pro uplatnění na trhu práce. Přestože takto nastavená možnost pracovního uplatnění je značně rozsáhlá, klientku se doposud nepodařilo umístit na trhu práce, a i nadále setrvává v evidenci Úřadu práce.

Otázka motivace k uplatnění na trhu práce tak zde hraje podstatnou roli a je tedy námětem k zamyšlení, zda klientka opravdu nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vykonávat určitou pracovní činnost, či tomu spíše brání nedostatek motivace, chuti a zájmu začlenit se mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo.

4.1.2 Kasuistika II

Osobní údaje

Klient č. 2
Věk: 47
Pohlaví: muž
Vzdělání: ZŠ
Lateralita: levák
Druh provedené ergodiagnostiky: Isernhagen Work System
Zaměření testování: všeobecné – pouze Isernhagen Work System
Sociální dávky: částečný invalidní důchod
Sociální status: osoba se zdravotním postižením

Osobnostní charakteristiky

Klient je sociálně smělý a odvážný, v sociálních skupinách a situacích projevuje jen málo strachu a obav, je bezstarostně živý, spontánní, přátelský a hovorný, ve vztahu k druhým lidem je důvěřivý a nepodezřívavý, věří v dobré úmysly druhých, má sklon očekávat férové

jednání, přesto si od druhých udržuje větší odstup a nesnaží se aktivně vyhledávat nové vztahy a kontakty. Je sebejistý, bezstarostný, spokojený sám se sebou, je méně náchylný k obavám a ustrašenosti, příliš se neznepokojuje, zda se chová přiměřeně.

Je individualistický, rád se rozhoduje sám za sebe, hůře snáší autority, negativně prožívá dohled, vnější zásahy do svých záležitostí a situace, ve kterých se musí přizpůsobovat druhým, může mít občas potíže s dodržováním pravidel a norem, má tendenci a potřebu se svobodně a nezávisle rozhodovat, jednat a myslet, preferuje práci o samotě, je rád, když může vést druhé, má potřebu předvádět se a dominovat. Je otevřený ke změnám, ochotný experimentovat a zkoušet nové věci, rád vykonává rozmanité činnosti a naopak ho nudí známá a rutinní práce.

Ve svém úsudku je utilitární, pragmatický, realistický a praktický, bez velkých zájmů, orientovaný na řešení problémů, zaměřuje se především na objektivní prostředí a jeho požadavky, méně pak již na svůj vnitřní svět myšlenek, představivosti a emocí, kterým nepřikládá takovou důležitost.

Chce dělat věci správně, má sklon být organizovaný, udržovat věci na jim určeném místě a plánovat věci dopředu, cítí se příjemně v organizovaných a předvídatelných situacích. Má potřebu neustále něco dělat, je vnitřně napjatý a neklidný, když musí na něco čekat, tento vnitřní neklid může narušovat jeho sebekontrolu a vést k impulzivnímu jednání.

Celkově je emočně spíše méně stabilní, snadněji se rozruší, jeho chování je silněji ovlivňováno emocemi, hůře odolává pokušení, nebere si poučení ze své zkušenosti.

Psychomotorika, kognitivní schopnosti

Schopnost abstraktního úsudku a logického uvažování a stejně tak schopnost zacházet s textem a numerickými informacemi se nachází v oblasti průměru až nižšího průměru.

Schopnost selektivní pozornosti, psychomotorické tempo, rychlost zpracování informací, rychlost reakce na komplexní podnětovou situaci a duševní pružnost jsou v normě.

Funkční schopnosti na trhu práce – pracovní rekomandace

▪ Cesta do práce – není omezena

▪ Základní pracovní polohy (poloha-čas-přestávky) – není omezení základních pracovních poloh sedu, stoje a chůze ve směně

▪ Ostatní pracovní polohy – lehce nižší tolerance práce s rukama nad hlavou – občas až převážně ve směně (do 50% přípustných norem přijatelných poloh ve směně)
▪ Pohyb na pracovišti – není omezen
▪ Manipulace s břemeny – celkově dobrá fyzická zdatnost daná svalovou silou je limitována z pohledu horší ergonomie manipulace s břemeny a limitací zatížení oběhového systému. Jednorázově či příležitostně ve směně (do 5 % času ve směně, jednorázové podání) možná manipulace s břemeny do 20 kg pro zvedání podlaha-pas, pro zvedání pas-hlava a horizontální přenášení pak maximální zátěž doporučujeme 15kg. Převážně ve směně (50-90%, zkrácený pracovní úvazek, nesouvisle) je možná a předpokládaná bezpečná manipulace s břemeny 15 kg pro zvedání podlaha-pas, 7,5 kg pro zvedání pas-hlava a 10 kg pro horizontální přenášení. Trvalou manipulaci s břemeny (nad 90 % norem ve směně) i přes fyzickou schopnost této nedoporučujeme.
▪ Všeobecně fyzické zatížení – krátkodobá zatížitelnost na úrovni příležitostně (dp 5 % pracovní doby) je až na úrovni třídy III a, za dlouhodobě bezpečné zatížení považujeme zatížení na úrovni třídy II b z důvodu především oběhové odezvy a s ohledem na základní zdravotní diagnosu.
▪ Jemná motorika (práce rukou) – není omezena
▪ Sensorické schopnosti – nejsou omezením pro pracovní zařazení

Vhodnost a možnosti obecného typu pracovní činnosti

▪ Práce vsedě montážní, kompletační apod.
▪ Práce vstoje montážní, kompletační apod.
▪ Práce se zvedáním a přenášením břemen – při dodržení doporučení a omezení popsaných v rekomandaci výše
▪ Práce převážně vsedě ve službách (pasivní komunikace se zákazníky) – k přesnému vyjádření proveden nedostatečný rozsah ergodiagnostiky, teoretický předpoklad zvládnutí jednoduší práce ve službách je, motivace a schopnosti však spíše k fyzické práci
▪ Práce převážně vstoje ve službách (pasivní komunikace se zákazníky) – dtto jako při práci vsedě ve službách
▪ Práce spojená s řízením motorového vozidla či složitější stroje – motorového vozidla ne, složitějšího stroje dle zaučení a situace, k tomuto je nutné i vyjádření psychologa, spíše ne, jednodušší stroj ano
▪ Práce s hmotnou zodpovědností – není ochoten, nemá zkušenost

▪ Možno počítat s prací v údržbě, správce objektu, apod.

Základní pracovní poloha a lokomoce

▪ Sed - trvale
▪ Stoj – trvale
▪ Chůze - trvale

Doporučení pro zařazení do pracovního procesu

▪ Umístění na běžném pracovním trhu s přihlédnutím k pracovní rekomandaci, přeřazení na místo odpovídající pracovním omezením
▪ Vyšetření internistou a léčba hypertenze spojené s tachykardií
▪ Práce na směny – ranní a odpolední

Nevhodné obecné typy pracovní činnosti

▪ Práce s aktivní komunikací se zákazníky
▪ Práce kancelářská (včetně práce na PC)
▪ Práce spojená s řízením motorového vozidla či složitějšího stroje

Upřesnění doporučení pro zařazení do pracovního procesu

Doporučujeme zaměstnání na úrovni lehčí až středně těžké (třída II a), příležitostně (do 5 % ve směně) až středně těžké zátěže (třída III a) např. typu montážní a kompletační činnosti bez trvalé (více než 90 % ve směně) manipulace s břemeny, ale s možnou manipulací s břemeny převážně ve směně (50-90 %, zkrácený pracovní úvazek, nesouvisle) do 15 kg pro zvedání podlaha-pas, do 7,5 kg pro zvedání pas-hlava a do 10 kg pro horizontální přenášení. Jednorázově či příležitostně ve směně (do 5 % času ve směně, jednorázové podání) je možná manipulace s břemeny do 20 kg pro zvedání podlaha-pas, pro zvedání pas-hlava a horizontální přenášení pak maximální zátěž doporučujeme 15 kg. Možné je zaměstnání na limitům odpovídající práce ve venkovním prostředí včetně zemědělství či stavebnictví, možné je zařazení pro práci v opravárenských provozech, doporučit můžeme i práci při ostraze objektů a osob bez zvýšených nároků na fyzickou kondici.

Nedoporučujeme pracovní zařazení v provozech s trvalým či převážným kontaktem s chemickými látkami či chemickými výpary včetně prací lakýrnických.

Věrohodnost výsledků

▪ Ano
▪ Sporné z důvodu nedostatečného rozsahu požadované (provedené) ergodiagnostiky

Poznámky k testování

V rámci zadání projektu neprováděna naším centrem komplexní ergodiagnostika, ale jen test fyzických funkčních schopností Isernhagen Work System, proto vyjádřena částečná spornost věrohodnosti výsledků.

S ohledem na motivaci především k zaměstnání a fyzickou činností lze však považovat pro toto testování za dostatečné a tudíž věrohodné. Z hlediska fyzického výkonu je schopen fyzicky vysokého výkonu včetně manipulací s břemeny, s ohledem na základní zdravotní diagnosy a oběhovou reakci však nelze využití maximálních fyzických schopností klienta považovat za dlouhodobě bezpečné provádění pracovní činnosti, a proto provádíme korekci dosažených výkonů a návrhů fyzického zatížení a manipulace s břemeny směrem dolů do pásma.

Klient předváděl během testování vysoce konzistentní a vysoce motivované úsilí, dosahoval objektivního maxima výkonu.

Třída práce podle celkového energetického výdeje

(Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanosti při práci, příloha 1, část A, tabulka 1. Tyto třídy používáme k odhadu celkové fyzické zatížitelnosti testovaného, využíváme tříd I – III.)

▪ II b → Převažující práce vstoje s trvalým zapojením obou rukou, paží a nohou – dělníci v potravinářské výrobě, mechanici, strojní opracování a montáž středně těžkých dílců, práce na ručním lisu. Práce vstoje s trvalým zapojením obou rukou, paží a nohou spojená s přenášením břemen do 10 kg – prodavači, lakýrníci, svařování, soustružení, strojové vrtání,

dělník v ocelárně, valcíř hutních materiálů, tažení nebo tlačení lehkých vozíků.

(Již jen lehčí omezení.)

▪ W/m^2 → 106-130

▪ III a → Práce vstoje s trvalým zapojením obou horních končetin občas v předklonu, nebo vkleče, chůze – údržba strojů, mechanici, obsluha koksové baterie, práce ve stavebnictví – ukládání panelů na stavbách pomocí mechanizace, skladníci s občasným přenášením břemen do 15 kg, řezníci na jatkách, zpracování masa, pekaři, malíři pokojů, operátoři poloautomatických strojů, montážní práce na montážních linkách v automobilovém průmyslu, výroba kabeláže pro automobily, obsluha válcovacích tratí v kovoprůmyslu, hutní údržba, průmyslové žehlení prádla, čištění oken, ruční úklid velkých ploch, strojní výroba v dřevozpracujícím průmyslu

(Kategorie III již je už v podstatě koncipovaná pro zdravé lidi.)

▪ W/m^2 → 131-160

Závěr kasuistiky II:

Po provedení ergodiagnostiky, vyšetření pracovního potenciálu je klient i nadále v evidenci Úřadu práce v Litoměřicích.

Klient obdržel od Úřadu práce několik nabídek na zaměstnání (např. skladník, manipulační dělník), avšak vždy skončil již v prvním kole výběrového řízení jako nevyhovující. Klient to komentoval slovy, že „ze začátku měli o něho zaměstnavatelé zájem, avšak při bližším kontaktu a prostudování lékařského omezení zaměstnavatel vždy odmítl jej zaměstnat s tím, že je to velké riziko“. Na dotaz jestli se zaměstnavatel řídil pozitivní rekomandací, která byla výstupem vlastního vyšetření funkčních schopností pracovního potenciálu klient uvedl, že jej zaměstnavateli neukazoval, že jej po něm nechtěl.

V souladu s výsledky z vyšetření pracovního potenciálu byla klientovi nabídnuta práce, avšak negativní výsledek jeho integrace na pracovní trh, nelze přičíst jen obsáhlé negativní rekomandaci, ale také nepříliš velké motivaci získat zaměstnání, neprokázání se zaměstnavateli pozitivní rekomandací, jenž byla cílovým výstupem vyšetření pracovního

potenciálu a v neposlední řadě i neřídícím se doporučení k vyšetření internistou a léčby hypertenze spojené s tachykardií.

V poslední době (cca ½ roku) u klienta došlo k celkovému rapidnímu zhoršení zdravotního stavu, opakovaně byl hospitalizován a v současnosti je stále rehabilitován.

4.1.3 Kasuistika III

Osobní údaje

Klient č. 3
Věk: 52
Pohlaví: žena
Vzdělání: středoškolské s maturitou
Lateralita: pravák
Druh provedené ergodiagnostiky: Isernhagen Work System
Zaměření testování: všeobecné – pouze Isernhagen Work System
Sociální dávky: částečný invalidní důchod
Sociální status: osoba se zdravotním postižením

Osobnostní charakteristiky

Klientka představuje nevyhraněného extroverta, má silnou potřebu společenského přijetí, která je spojena s obavou a předcházením možnému odmítnutí a nepřijetí, někdy může mít sklon se předvádět, aby získala sympatie a obdiv druhých, dokáže navazovat kontakty a komunikaci s novými lidmi, má dobré vyjadřovací schopnosti, dokáže vystupovat před větším počtem cizích lidí, zároveň ale občas ráda tráví svůj čas o samotě, ráda se rozhoduje sama za sebe.

U klientky je pravděpodobná zvýšená míra obav o somatické zdraví, může si stěžovat na poruchy a bolesti, které není možné verifikovat, ani je přesně ohraničit, i při existenci organického onemocnění je zde pravděpodobná psychická komponenta (zvýšená starostlivost o své zdraví a tělesné funkce, sklon k tělesným obtížím), možná nezralost při řešení vlastních problémů a nedostatky v emocionálním prožívání (bojácnost, strnulost, nestálost, zabíravost a vrtkavost). Má sklon být živá a spontánní, přitahují ji stimulující sociální situace, je ráda tam,

kde se něco děje, okolím může být vnímána jako méně stálá a méně spolehlivá, přelétavá, bezstarostná a nezralá. Může mít potíže s přizpůsobováním se striktním pravidlům a předpisům, kterým může mít tendenci se vyhýbat, nebo si je přizpůsobovat.

U klientky existují náznaky psychastenie, je častěji starostlivá, zdráhavá, napjatá a podrážděná, nejistá a úzkostlivá, dělá si často starosti, zda něco bylo uděláno správně, je ustrašená, často o sobě pochybuje, má sklon se sužovat, obávat se, cítit se ustrašeně a nejistě, zbytečně se trápí pro nic za nic, věci se jí snadno dotknou. Má sklon prožívat negativnější emocionální vzruchy, je lehce vyvoditelná z míry, může mít problémy kontrolovat své emoce nebo reakce (při impulzivním uvolnění nahromaděného napětí). Má tendenci neustále něco dělat, je vnitřně neklidná, napjatá a netrpělivá, když je nucena na něco čekat. Cítí se být ohrožená a nepochopená, s pocity méněcennosti, je citlivá k nesouhlasu druhých. Má silný pocit povinnosti, stará se o maličkosti a jednotlivosti, je až nutkavě precizní.

Psychomotorika, kognitivní schopnosti

Schopnost abstraktního úsudku a logického myšlení je v pásmu nadprůměru, schopnost pracovat s textem a numerickými informacemi, pojmové myšlení a praktický úsudek jsou v pásmu průměru. Rychlost zpracování informací, psychomotorické tempo, rychlost reakce na komplexní podmětovou situaci, schopnost soustředění a mentální pružnost jsou v pásmu nadprůměru.

Funkční schopnosti na trhu práce – pracovní rekomandace

▪ Cesta do práce – není omezena
▪ Základní pracovní polohy (poloha-čas-přestávky) – při střídání poloh sedu a stoje, sedu a chůze tyto možné trvale ve směně, střídání jen poloh stoje a chůze ve frekvenci občas (10 % pracovní směny) až převážně (50-90 % směny, zkrácený pracovní úvazek), samotné polohy sedu či stoje ve směně nejsou vhodné a nebudou dlouhodobě tolerovány, vhodné je zaměstnání s možností byť i krátkého střídání poloh, samotný stoj ve frekvenci občas (10 % ve směně)
▪ Ostatní pracovní polohy – nízká tolerance ostatních pracovních poloh, vynucené polohy s předklonem trupu jen příležitostně ve směně (do 5 %), práce s rukama nad hlavou příležitostně ve směně (do 5 %, podání předmětu)
▪ Pohyb na pracovišti – není omezen

▪ Manipulace s břemeny – manipulace s břemeny 10 kg příležitostně ve směně (do 5 %, jednorázové podání), břemena 7,5 kg občas ve směně (do 10 % ve směně), břemena 5 kg občas až převážně ve směně (10-50 %), břemena 2,5 kg trvale ve směně (nad 90 % ve směně). V tahu či tlaku na kolečkovém vozíku schopna manipulace s vozíkem naloženým břemeny do 20 kg jednorázově či příležitostně ve směně (do 5 % pracovní směny), do 15 kg občas (do 10 % pracovní směny) a do 7,5 kg trvale ve směně.
▪ Všeobecné fyzické zatížení – testování fyzického zatížení jen v rámci Isernhagen Work Systém testu, všeobecně limitace zátěže spíše ve smyslu manipulace s břemeny, kde tolerance zatížení je nízká, pro činnosti bez zátěže s břemeny a bez dlouhodobých vynucených poloh předpoklad dobré tolerance zátěže, v souhrnu doporučujeme zatížení na úrovni třídy II a
▪ Jemná motorika (práce rukou) – jemná motorika rukou není omezena ve výkonu, omezena je výdrž pravé ruky pro opakující se montážní činnosti bez přestávky, lehce omezena síla stisku pravé ruky
▪ Sensorické schopnosti – nejsou omezením pro pracovní zařazení
▪ Motivační a emocionální aspekty – primárně nehodnoceny, sekundárně projevy snížené motivace k testování, prvky určité inkonsistence úsilí během testování, nebylo dosaženo objektivního maxima hlavně u testů s břemeny, významně mezi prvním a druhým dnem rozporné a vzhledem k výkonu neadekvátní příliš vysoké sebehodnocení schopností zátěže

Vhodnost a možnosti obecného typu pracovní činnosti

▪ Práce vsedě montážní, kompletační apod., ovšem pouze při možnosti střídání poloh a proměnlivé činnosti, limitací je výdrž pravé ruky při opakované nepřerušované činnosti
▪ Práce vstoje montážní, kompletační apod., dtto jako pro montážní činnosti vsedě
▪ Práce s pochůzkami bez přenášení středně těžkých a těžkých břemen
▪ Práce převážně ve venkovním prostředí, ovšem pouze sezónně za teplého a suchého počasí
▪ Práce převážně vsedě ve službách s pasivní komunikací se zákazníky, při možnosti střídání poloh (vhodná)
▪ Práce s aktivní komunikací se zákazníky a při možnosti střídání poloh (vhodná)
▪ Práce kancelářská (včetně práce na PC)
▪ Práce s hmotnou odpovědností
▪ Je schopná, ale není ochotná vykonávat práci spojenou s řízením motorového vozidla či složitějšího stroje

Základní pracovní poloha a lokomoce

▪ Sed - převážně
▪ Stoj – převážně (občas)
▪ Chůze - převážně

Doporučení pro zařazení do pracovního procesu

▪ Umístění na běžném pracovním trhu s přihlédnutím k pracovní rekomandaci, přeřazení na místo odpovídající pracovním omezením
▪ Rekvalifikace či doplnění vzdělání
▪ Práce na směny – ranní a odpolední

Nevhodné obecné typy pracovní činnosti

▪ Práce se zvedáním a přenášením břemen, ovšem jen příležitostně ve směně, typu podání materiálu apod., max. 10 kg, obecně práce s břemeny však nedoporučujeme pro zvýšený předpoklad zhoršení zdravotních potíží a selhávání pracovního zařazení

Upřesnění doporučení pro zařazení do pracovního procesu

Směřovat hledání pracovního zařazení v oblasti administrativní činnosti či v oblasti služeb, je možno využít potenciálu středního ekonomického vzdělání klientky, které však vzhledem k delší době nevyužití bude nutné dle nabídky pracovního místa aktualizovat rekvalifikací či kurzem.

V oblasti služeb je vhodná například práce v obchodě či dalších službách za předpokladu omezení práce s břemeny trvale ve směně do 2,5 kg, jednorázově a příležitostně (do 5 % pracovní směny) maximálně 10 kg, v tahu či tlaku je schopna manipulace s kolečkovým vozíkem s břemeny do 15 kg občas (do 10 % pracovní směny), do 7,5 kg trvale. Pro montážní a kompletační práce bude problémem vyžadování stálejší pracovní polohy, i s ohledem na pracovní potenciál a suspektní motivační aspekty nedoporučujeme pracovní zařazení při montážních a kompletačních činnostech i s ohledem na předpokládanou zvýšenou míru zdravotního a motivačního selhávání při této činnosti.

Případně předpoklady pro v dotazníku sebehodnocení klientkou uváděnou možnou práci s dětmi či pečovatelskou by bylo třeba doplnit komplexní psychologické vyšetření včetně osobnostního profilu.

Věrohodnost výsledků

▪ Sporné z důvodu nedostatečného rozsahu požadované (provedené) ergodiagnostiky
▪ Sporné z důvodu nekonzistentního či nemaximálního úsilí klienta

Poznámky k testování

V rámci zadání projektu neprováděna naším centrem komplexní ergodiagnostika, ale jen test fyzických funkčních schopností Isernhagen Work System. Vzhledem k typu zdravotního postižení a pracovnímu potenciálu klientky by bylo indikováno spíše komplexní pojetí ergodiagnostiky, včetně zaměření testování pro administrativní činnosti.

Z hodnocení faktorů inkonsistence úsilí vychází testování jako lehce inkonzistentní ve vlastní fyzické části, především ve zvedacích testech nebylo dosaženo objektivního maxima výkonu, subjektivní limitací bolest, významný je výkyv v sebehodnocení mezi prvním a druhým dnem testování a především významně neadekvátní nadsazené hodnocení schopnosti v sebehodnotící části testu, v porovnání s objektivními výkony. Toto je vysvětlitelné buďto sníženou motivací k fyzické pracovní činnosti, nebo nedostatečnou motivací a koncentrací během prováděné ergodiagnostiky.

Třída práce podle celkového energetického výdeje

(Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanosti při práci, příloha 1, část A, tabulka 1. Tyto třídy používáme k odhadu celkové fyzické zatížitelnosti testovaného, využíváme tříd I – III.)

▪ II a → Práce spojená s lehkou manuální prací rukou a paží, řízení osobního, nákladního vozidla, traktorů, autobusů, trolejbusů a ostatních drážních vozidel za běžných provozních podmínek, přesouvání lehkých břemen nebo překonávání malých odporů, automatizované strojní opracování a montáž malých lehkých dílců, kusová práce nástrojářů a mechaniků, pokladní.

(U osob, kde vyjde zvedání méně než 10 kg, převážně nebo 5 kg trvale (hrubý odhad, záleží na celkové situaci) a jsou významná omezení v pracovních polohách krom sebe a stoje (tj. „podmíněně přijatelných“ a „nepřijatelných“). Jde o nejčastější zařazení u vertebropatů, arthropatů, lehčí kardiopulmonální omezení, apod.)

▪ W/m^2 → 81-105

Závěr kasuistiky III:

Po absolvování vyšetření funkčních schopností pracovního potenciálu, klientka obdržela od Úřadu práce několik nabídek na vhodné zaměstnání (např. obsluha v půjčovně DVD), které byly v souladu s výsledky vyšetření (viz výše), a i sama se aktivně zapojila do hledání adekvátního zaměstnání (př. telefonistka na telefonní ústředně), avšak na žádném z těchto pracovních míst nesetrvala déle jak 3 měsíce.

Klientka udává, že co se týče práce v půjčovně DVD, tak skončila z důvodu odchodu provozovatele na mateřskou dovolenou a zánikem tak pracovního místa, ve druhém případě (práce telefonistky) ji zaměstnavatel propustil po 3 měsících bez udání důvodu.

V současné době klientka není v evidenci Úřadu práce, pobírá pouze částečný invalidní důchod a chystá se na léčebný pobyt do Františkových lázní, které ji předepsal ošetřující lékař. Do budoucna uvažuje o znovu zaevidování na Úřadu práce.

4.1.4 Kasuistika IV

<u>Osobní údaje</u>

Klient č. 4
Věk: 42
Pohlaví: žena
Vzdělání: středoškolské s maturitou, obor zemědělství
Lateralita: pravák
Druh provedené ergodiagnostiky: Isernhagen Work System
Zaměření testování: všeobecné

Sociální status: osoba se změněnou pracovní schopností

Osobnostní charakteristiky

Klientka představuje nevyhraněného introverta, je sociálně spíše stažená, nesmělá a méně kontaktivní, je opatrná a obezřetná v kontaktech a ve vazbách s druhými, orientuje se především na výběrové vztahy s úzkou skupinou nejbližších přátel. Ve vztahu k druhým je rezervovanější, udržuje si větší odstup, je méně důvěřivá, spíše uzavřená a méně sdílná, své problémy a osobní záležitosti si většinou nechává pro sebe.

Je kooperativní, nekonfliktní, přizpůsobivá, vstřícná, nezpochybňuje druhé, je ochotná nechat stranou své názory, přání nebo pocity a přizpůsobit se přáním druhých, je snadněji ovlivnitelná okolím, může se cítit nepříjemně v situacích vyžadujících asertivitu, sebevyjádření nebo přesvědčování druhých, je neprůbojná, v jejím chování dominuje tendence neprovokovat, nenarážet, vycházet s okolím a hledat obecně přijatelná východiska, více si cení dohody než nezávislého chování a jednání, je u ní obava z konfliktů, kterým se snaží předcházet a vyhýbat.

Je poměrně emočně stabilní a vyrovnaná, odolná vůči tlaku a zátěži, má tendenci bezproblémově překonávat různé těžkosti a zvládat události a emoce vyrovnaným, adaptivním způsobem. Disponuje dobrou sebekontrolou a sebeovládáním, je u ní jen malá pravděpodobnost impulzivního jednání, dokáže dobře tlumit a kontrolovat své nutkání, pudy a impulsy a odkládat jejich uspokojení. Tato sebekontrola u ní může být na úkor jisté flexibility a spontaneity.

Je konzervativní, uzavřená vůči novým zkušenostem, dává přednost známému a vyzkoušenému, nerada experimentuje a nerada zkouší nové, vyhledává stabilní životní podmínky, je jí dobře v bezpečném a stabilním prostředí, kde může žít a pracovat podle jasných norem, pravidel a zásad, má silnou potřebu jistoty (někam patřit, mít jasnou pozici, jasně definované cíle a stále podmínky k jejich realizaci), má spíše obavy a strach z nových věcí a nejistoty, má ráda známý a předvídatelný způsob života, přestože není ideální, nevadí ji známá a rutinní práce, která ji naopak přináší pocit jistoty a důvěry.

Je opatrná, precizní a pečlivá, snaží se postupovat metodicky a plánovitě, je vnitřně organizovaná a sebedisciplinovaná, je zásadová a spolehlivá, se smyslem pro povinnost, je houževnatá a vytrvalá, práci neodkládá, dokáže se přinutit k dokončení i nudné a jinak nepříjemné práce, je méně kreativní, okolí se někdy může jevit jako pedantská, méně pružná,

s nedostatkem otevřenosti v chování, s rysy zakořeněnosti, ztuhlosti a svázanosti, s menší představivostí a se sklonem k mrzoutství.

Psychomotorika, kognitivní schopnosti

Schopnost abstraktního úsudku a logického uvažování je průměrná, schopnost zacházet s textem a numerickými informacemi je v pásmu nižšího průměru (což je však podmíněno především pomalejším tempem práce a snahou o minimální chybovost). Má průměrné psychomotorické tempo a průměrnou rychlost zpracování informací a podprůměrnou rychlost reakce na komplexní podnětovou situaci. Duševní pružnost je v normě.

Funkční schopnosti na trhu práce – pracovní rekomandace

- Cesta do práce – bez omezení z hlediska pohybového postižení
- Základní pracovní polohy (poloha-čas-přestávky) – bez limitace
- Ostatní pracovní polohy – bez limitace
- Pohyb na pracovišti – bez limitace
- Manipulace s břemeny – do 15 kg bez limitace
- Všeobecné fyzické zatížení – II b
- Jemná motorika (práce rukou) – bez limitace
- Sensorické schopnosti – bez omezení

Vhodnost a možnosti obecného typu pracovní činnosti

- Práce vsedě montážní, kompletační apod.
- Práce vstoje montážní, kompletační apod.
- Práce se zvedáním a přenášením břemen
- Práce s pochůzkami bez přenášení středně těžkých a těžkých břemen
- Práce převážně vsedě ve službách – pasivní komunikace se zákazníky
- Práce s aktivní komunikací se zákazníky
- Práce kancelářská (včetně běžné uživatelské práce na PC)
- Práce s hmotnou odpovědností

Základní pracovní poloha a lokomoce

- Sed - trvale
- Stoj – trvale
- Chůze - trvale

Doporučení pro zařazení do pracovního procesu

- Upřesnit ergodiagnostiku – rozšíření o vyšetření vyššího stupně
- Rekvalifikace PC, administrativa
- Práce na směny – noční, třísměnný a vícesměnný provoz

Upřesnění doporučení pro zařazení do pracovního procesu

Není vhodná práce v prašném prostředí, venkovním prostředí s nestálými klimatickými podmínkami.

Věrohodnost výsledků

- Ano

Třída práce podle celkového energetického výdeje

(Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanosti při práci, příloha 1, část A, tabulka 1. Tyto třídy používáme k odhadu celkové fyzické zatížitelnosti testovaného, využíváme tříd I – III.)

- II b → Převažující práce vstoje s trvalým zapojením obou rukou, paží a nohou – dělnice v potravinářské výrobě, mechanici, strojní opracování a montáž středně těžkých dílců, práce na ručním lisu. Práce vstoje s trvalým zapojením obou rukou, paží a nohou spojená s přenášením břemen do 10 kg – prodavači, lakýrníci, svařování, soustružení, strojové vrtání, dělník v ocelárně, valcíř hutních materiálů, tažení nebo tlačení lehkých vozíků.

(Již jen lehčí omezení.)

▪ W/m^2 → 106-130

Závěr kasuistiky IV:

Záhy po proběhlém vyšetření pracovního potenciálu klientka obdržela od Úřadu práce nabídku práce na otevřeném trhu práce, v rámci chráněného pracovního místa, jako prodavačka v železářství, kde dosud pracuje na ½ úvazek a je velmi spokojena.

Přestože doporučení vyplývající z konference znělo na rekvalifikaci PC či administrativu, rychlé získání adekvátního zaměstnání dostalo u klientky přednost a pozitivní rekomandace zde sehrála svou důležitou roli, díky níž klientka získala zaměstnání, které ji plně vyhovuje a naplňuje.

4.1.5 Kasuistika V

Osobní údaje

Klient č. 5
Věk: 37
Pohlaví: muž
Vzdělání: SOU (strojník papírenské výroby)
Lateralita: pravák
Druh provedené ergodiagnostiky: Isernhagen Work System
Zaměření testování: všeobecné
Sociální status: osoba se zdravotním znevýhodněním

Osobnostní charakteristiky

Klient představuje introvertní typ osobnosti, je méně společenský a méně kontaktní s jistými sociálními zábranami, je uzavřenější, vážný, klidný a opatrný, navenek příliš neprojevuje své emoce, ve vztahu k druhým lidem je zdrženlivější, má sklon trávit více času sám se sebou než s druhými, je uzavřený, rezervovaný a nepřístupný, před druhými se příliš

neotvírá, své problémy a osobní záležitosti si nechává pro sebe, je opatrný a nedůvěřivý ve vtahu k druhým, negativně prožívá situace, ve kterých se musí přizpůsobovat druhým.

Je poměrně emočně stabilní, má tendenci nedat se vyvést z míry, je sebejistý a spokojený sám se sebou, příliš se neznepokojuje, je méně náchylný k obavám a ustrašenosti, má sklon být uvolněný, klidný a trpělivý, tato uvolněnost na okolí někdy může působit jako nedostatek motivace a flegmatičnost, vzhledem k minimalizaci negativních emocionálních vzruchů může postrádat motivaci něco změnit.

Je spíše neprůbojný, snaží se nenarážet, nevyvolávat konflikty a vycházet se svým okolím, preferuje bezpečné a stabilní prostředí, je přizpůsobivý, opatrný, zdrženlivý, mírný, trpělivý, poslušný a smířlivý.

Toleruje jistou míru neuspořádanosti, je méně precizní, nechává více věcí na náhodě, cítí se příjemněji v méně organizovaném prostředí, řídí se svými popudy, nedbá tolik na sociální pravidla, je flexibilní, okolím může být vnímán jako lhostejný, neorganizovaný nebo nepřipravený, může mít rovněž potíže s mobilizací a vnitřní motivací pro plánovité nebo organizované chování. Je zvědavý, rád experimentuje a zkouší nové věci, je otevřený a přístupný ke změnám, jiným názorům a novým zkušenostem. Žije intenzivním vnitřním životem a již méně je zaměřený na vnější prostředí a jeho požadavky. Je často plně zaměstnán přemýšlením a svou představivostí, nezřídka je do svých myšlenek plně pohroužen a unikají mu důležité informace z vnějšího světa, může mít sklon přehlížet praktické a objektivní aspekty reality.

V klientově osobnosti lze rovněž identifikovat některé z histriónských, hypomanických, psychopatických rysů osobnosti (nedostatek integrace osobnosti, nevyzrálost, nerealističnost, zabíravost, silná potřeba sociálního souhlasu a oblíbenosti, vysoké riziko konverzních symptomů, volnější vztah k pravidlům a normám a potíže s jejich dodržováním a zachováváním, menší spolehlivost, nerozvážnost, impulzivita, malá schopnost posoudit svůj vliv na druhé, nepoučitelnost z vlastních chyb a zkušeností, přecitlivělost, nevytrvalost, podrážděnost, neklid a netrpělivost, menší schopnost naslouchat druhým, nadšeně sleduje úkol, který pak brzo opustí, má potíže s organizací a dokončováním úkolů, zaměňování aktivity s produktivitou). K posouzení míry závažnosti možných psychických problémů je však zapotřebí komplexního psychiatrického a klinicky-psychologického vyšetření.

Psychomotorika, kognitivní schopnosti

Schopnost abstraktního úsudku a logického uvažování a stejně tak schopnost zacházet s textem a numerickými informacemi se nachází v oblasti nižšího průměru. Schopnost selektivní pozornosti, psychomotorické tempo, rychlost zpracování informací a rychlost reakce na komplexní podmětovou situaci jsou v pásmu podprůměru. Duševní pružnost je v normě.

Funkční schopnosti na trhu práce – pracovní rekomandace

- Cesta do práce – bez omezení z hlediska pohybového postižení
- Základní pracovní polohy (poloha-čas-přestávky) – bez limitace
- Ostatní pracovní polohy – bez limitace
- Pohyb na pracovišti – není omezen
- Manipulace s břemeny – do 15 kg bez limitace, maximální zátěž 30 kg
- Všeobecné fyzické zatížení – III a
- Jemná motorika (práce rukou) – bez limitace
- Sensorické schopnosti – bez omezení
- Motivační a emocionální aspekty – netestováno

Vhodnost a možnosti obecného typu pracovní činnosti

- Práce vsedě montážní, kompletační apod.,
- Práce vstoje montážní, kompletační apod.,
- Práce se zvedáním a přenášením břemen
- Práce s pochůzkami bez přenášení středně těžkých a těžkých břemen
- Práce převážně ve venkovním prostředí

Základní pracovní poloha a lokomoce

- Sed - trvale
- Stoj – trvale
- Chůze - trvale

Doporučení pro zařazení do pracovního procesu

▪ Upřesnit ergodiagnostiku – rozšíření o vyšetření vyššího stupně
▪ Práce na směny – ranní a odpolední

Nevhodné obecné typy pracovní činnosti

▪ Práce v třísměnném provozu

Upřesnění doporučení pro zařazení do pracovního procesu

Není vhodná práce v třísměnném provozu.

Věrohodnost výsledků

▪ Ano

Třída práce podle celkového energetického výdeje

(Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanosti při práci, příloha 1, část A, tabulka 1. Tyto třídy používáme k odhadu celkové fyzické zatížitelnosti testovaného, využíváme tříd I – III.)

▪ III a → Práce vstoje s trvalým zapojením obou horních končetin občas v předklonu, nebo vkleče, chůze – údržba strojů, mechanici, obsluha koksové baterie, práce ve stavebnictví – ukládání panelů na stavbách pomocí mechanizace, skladníci s občasným přenášením břemen do 15 kg, řezníci na jatkách, zpracování masa, pekaři, malíři pokojů, operátoři poloautomatických strojů, montážní práce na montážních linkách v automobilovém průmyslu, výroba kabeláže pro automobily, obsluha válcovacích tratí v kovoprůmyslu, hutní údržba, průmyslové žehlení prádla, čištění oken, ruční úklid velkých ploch, strojní výroba v dřevozpracujícím průmyslu

(Kategorie III již je už v podstatě koncipovaná pro zdravé lidi.)

▪ W/m^2 → 131-160

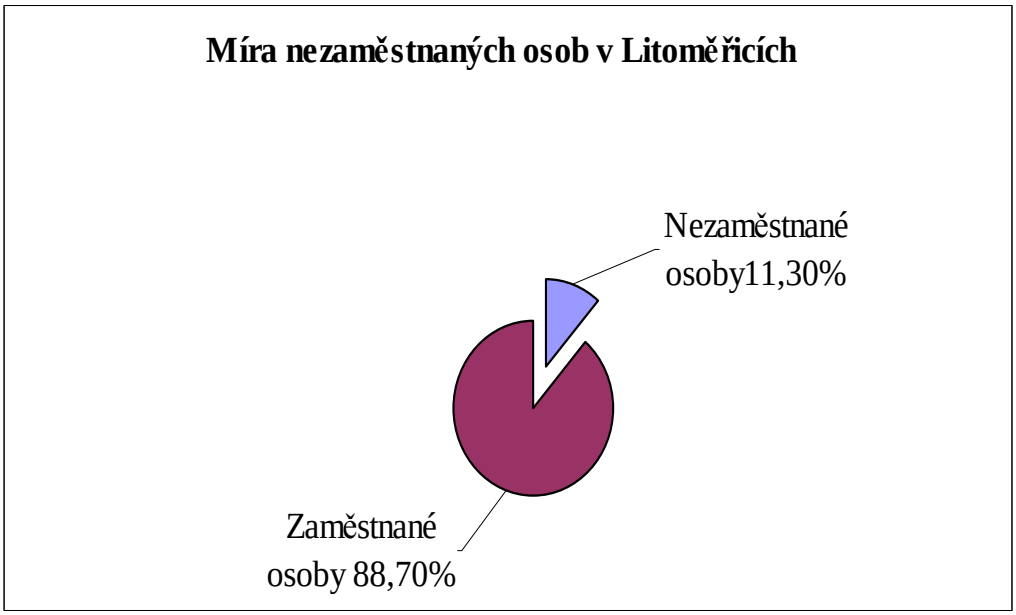
Závěr kasuistiky V:

V návaznosti po vyšetření pracovního potenciálu bylo klientovi Úřadem práce nabídnuto zaměstnání na otevřeném trhu, práce v čajovně, kde klient pracuje na ¾ úvazku doposud jako čajovník.

Toto zaměstnání je v souladu s doporučením na vhodné zaměstnání, které bylo součástí výstupu vyšetření pracovního potenciálu klienta. Pozitivní rekomandace tak nejen vymezila aktuální fyzické předpoklady klienta, ale také byla motivací pro získání zaměstnání samotného klienta a v neposlední řadě motivací pro zaměstnavatele získat vhodného zaměstnance.

4.2 Míra nezaměstnanosti v Litoměřicích

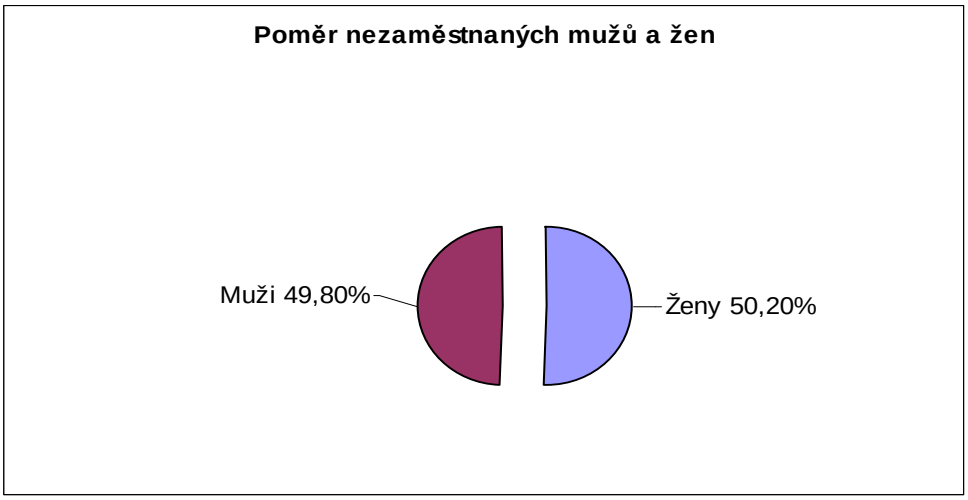
Graf 1: Míra nezaměstnaných osob v Litoměřicích



Počet obyvatel okresu činí 115 199, z toho míra nezaměstnaných osob, kteří věkem patří mezi ekonomicko aktivní obyvatelstvo je 7 048 (11. 3%).

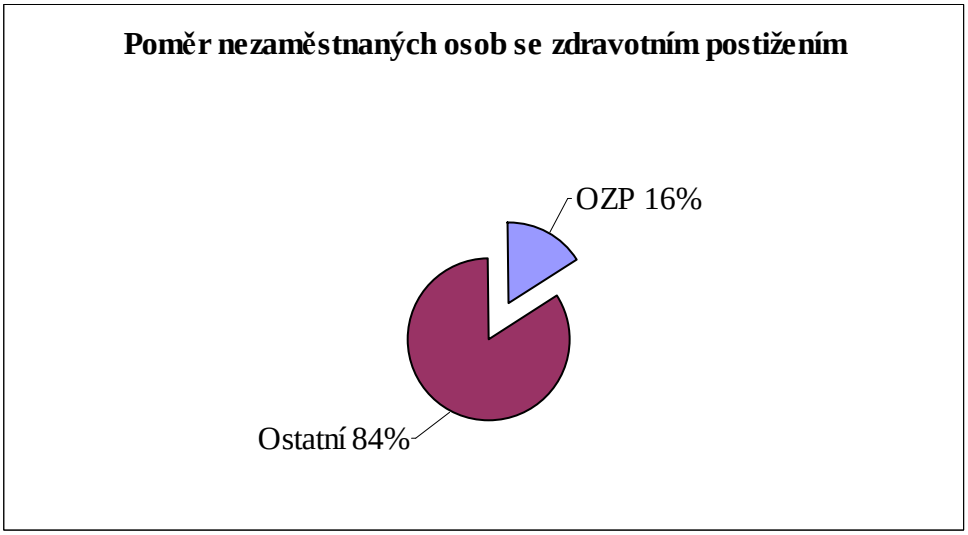
Zdroj: informace uváděné Úřadem práce v Litoměřicích ke dni 31. 12. 2009 (**41**)

Graf 2: Poměr nezaměstnaných mužů a žen



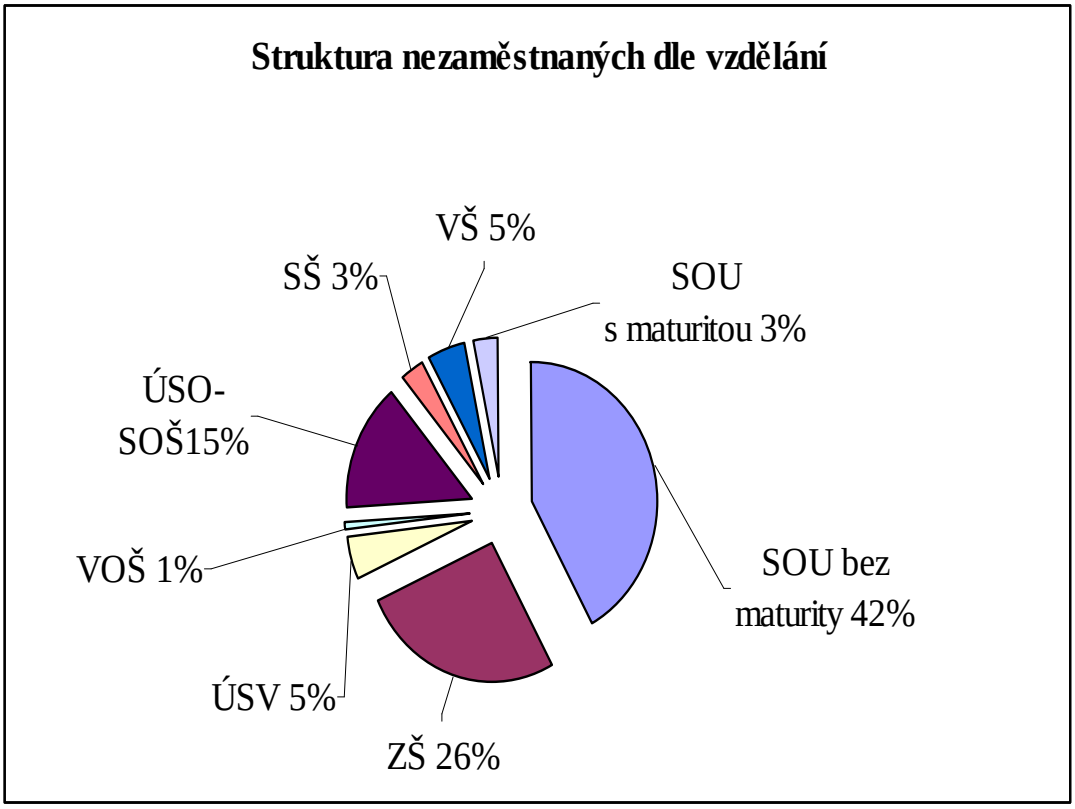
Počet nezaměstnaných osob, které se ucházejí o zaměstnání je 7 048, z toho je 3 538 (50,2%) žen a 3 510 (49,8%) mužů.
Zdroj: informace uváděné Úřadem práce v Litoměřicích ke dni 31. 12. 2009 (**41**)

Graf 3: Poměr nezaměstnaných osob se zdravotním postižením



Z celkového počtu nezaměstnaných osob, které se ucházejí o zaměstnání (7 048) je 1 128 osob (16%), osob se zdravotním postižením a 5 920 (84%) osob bez zdravotního postižení.
Zdroj: informace uváděné Úřadem práce v Litoměřicích ke dni 31. 12. 2009 (**41**)

Graf 4: Struktura nezaměstnaných osob dle vzdělání



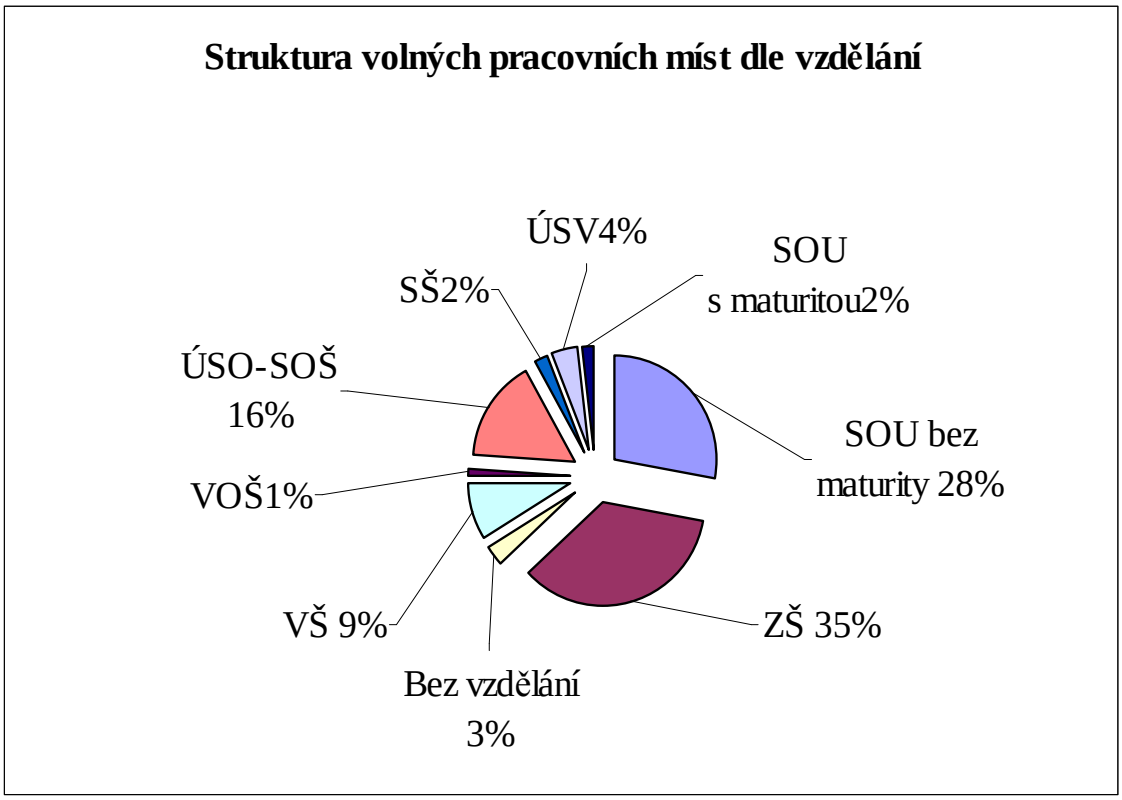
:

Z celkového počtu nezaměstnaných osob, které se ucházejí o zaměstnání (7 048) má 2 960 osob (42%) SOU bez maturity (Střední odborné učiliště), 1 832 osob (26%) ZŠ (Základní škola), 353 osob (5%) VŠ (Vysoká škola), 71 osob (1 %) VOŠ (Vyšší odborná škola), 1 057 Osob (15%) ÚSO-SOŠ (Střední odborná škola bez vyučení), 353 osob (5%) ÚSV (úplné střední vzdělání), 211 osob (3%) SOU s maturitou (Střední odborné učiliště) a 211 osob (3%) SŠ (Střední škola).

Zdroj: informace uváděné Úřadem práce v Litoměřicích ke dni 31. 12. 2009 (**41**)

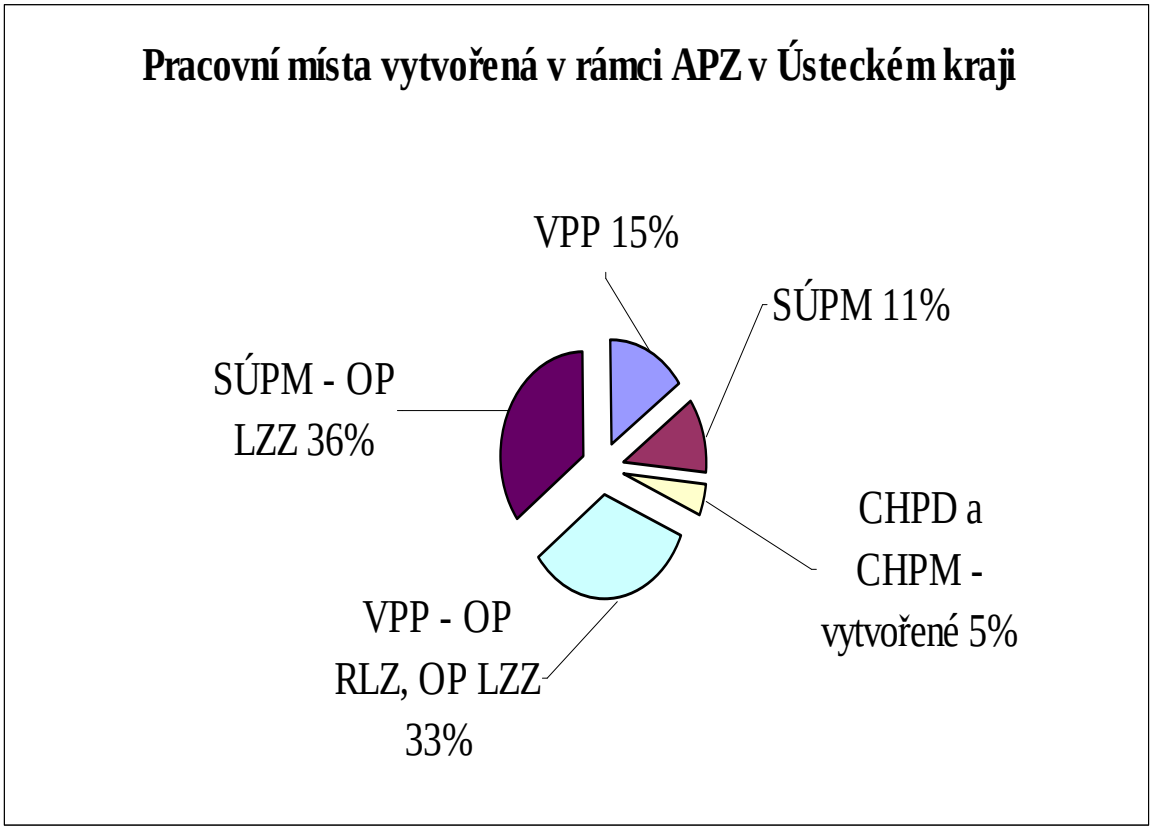
4.3 Pracovní uplatnění v Litoměřicích

Graf 1: Struktura volných pracovních míst dle vzdělání



Z celkového počtu 514 volných pracovních míst je struktura volných pracovních míst následující – 144 (28%) SOU bez maturity (Střední odborné učiliště), 180 (35%) ZŠ (Základní škola), 16 (3%) Bez vzdělání, 46 (9%) VŠ (Vysoká škola), 5 (1%) VOŠ (Vyšší odborná škola), 82 (16 %) ÚSO-SOŠ (Střední odborná škola bez vyučení), 10 (2%) SŠ (Střední škola), 21 (4%) ÚSV (úplné střední vzdělání), 10 (2%) SOU s maturitou.
Zdroj: informace uváděné Úřadem práce v Litoměřicích ke dni 31. 12. 2009 (**41**)

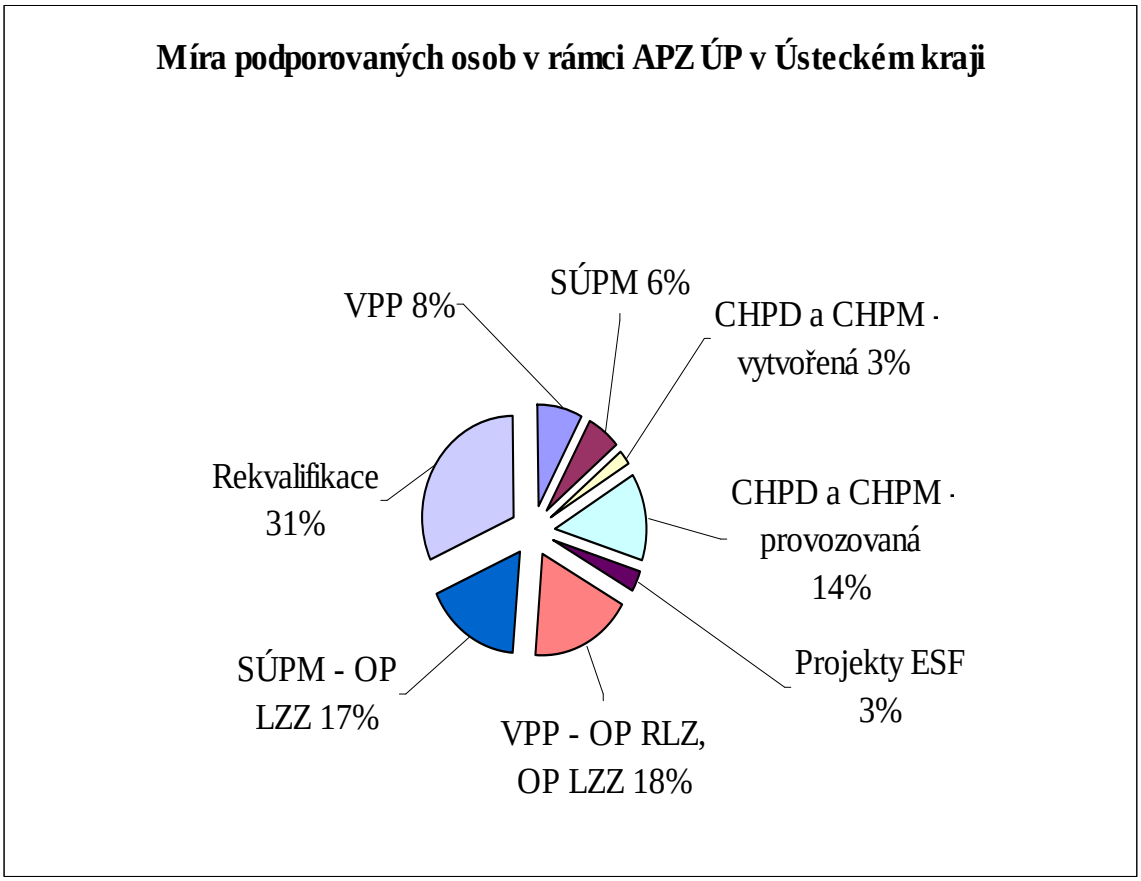
Graf 2: Pracovní místa vytvořená v rámci APZ v Ústeckém kraji



Z celkového počtu 6 027 pracovních míst vytvořených v rámci APZ (Aktivní politiky zaměstnanosti) v Ústeckém kraji činí 921 (15%) VPP (Veřejně prospěšné práce), 693 (11%) SPÚM (Společensky účelná pracovní místa), 285 (5%) CHPD a CHPM – vytvořená (Chráněná pracovní dílna a chráněné pracovní místo), 1 986 (33%) VPP-OP RLZ, OP LZZ (Veřejně prospěšné práce vytvořená v rámci projektů a dotací Evropských strukturálních fondů), 2 142 (36%) SÚPM- OP LZZ (Společensky účelová pracovní místa vytvořená v rámci projektů a dotací Evropských strukturálních fondů).

Zdroj: informace uváděné Úřadem práce v Litoměřicích ke dni 31. 12. 2009 (**41, 8**)

Graf 3: Míra podporovaných osob v rámci APZ ÚP v Ústeckém kraji



Z celkového počtu 12 803 podporovaných osob v rámci APZ ÚP v Ústeckém kraji vykonává 1 032 (8%) VPP (Veřejně prospěšné práce), 743 (6%) SÚPM (Společensky účelná pracovní místa, 339 (3%) CHPD a CHPM – vytvořená (Chráněná pracovní dílna a chráněné pracovní místo), 1736 (14%) CHPD a CHPM provozovaná, 423 (3%) Projekty ESF (Projekty Evropských strukturálních fondů), 2 282 (18%) VPP-OP RLZ, OP LZZ (Veřejně prospěšné práce vytvořená v rámci projektů a dotací Evropských strukturálních fondů), 2 154 (17%) SÚPM-OP LZZ (Společensky účelová pracovní místa vytvořená v rámci projektů a dotací Evropských strukturálních fondů), 4 094 (31%) rekvalifikace.

Zdroj: informace uváděné Úřadem práce v Litoměřicích ke dni 31. 12. 2009 (**41, 8**)

5. Diskuse

Ve své práci jsem se věnovala osobám se zdravotním postižením, které jsou dlouhodobě nezaměstnané a je potřeba u nich stanovit aktuální zdravotní (pracovní) potenciál, umožňující následné adekvátnější zařazeni do aktivního pracovního procesu.

Cílem práce bylo popsání specifického způsob umožňující zhodnocení aktuálního zdravotního potenciálu osob se zdravotním postižením pomocí metody Isernhagen Work System, jako předpokladu integrace těchto osob na trhu práce, vystihnutí a vylíčení specifických kroků a postupů k integraci zdravotně znevýhodněných osob v rámci otevřeného trhu práce.

5.1 Závěrečné zhodnocení kasuistik v případové studii

V předložených případových studií jsem hledala odpověď na sledované okruhy - dostupnosti systému Isernhagen Work System, praktické aplikace systému Isernhagen Work System, limitaci systému Isernhagen Work System a v neposlední řadě motivaci, zpětnou vazbu klientů z nové technologie Isernhagen Work System.

K odpovědi na první okruh jsem se propracovala již v začátku samotného výzkumu práce, kdy jsem před vlastním výzkumem prošla několik odborných pracovišť (Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, Nemocnice Pardubice, Klinika rehabilitačního lékařství Praha), kde jsem měla možnost vidět, jak samotný proces „testování“, tak manuál metodiky Isernhagen Work System, kde jsou popsána přesná kritéria a podmínky dostupnosti této metodiky, (jde zejména o spádovou dostupnost, která umožňuje současné využití této metody u příslušných Rehabilitačních center).

Odpověď na okruh číslo dvě viz případová studie.

Pro odpověď na třetí okruh, jsem měla možnost porovnat poznatky z odborných pobytů na výše uvedených pracovištích s poznatky svého vlastního výzkumu. Výstupem je fakt, že princip vyšetření pracovních schopností rehabilitanta v činnostech metodiky Isernhagen Work System je na kineziofyzickém základě. Ten spočívá v hodnocení výkonu rehabilitanta v předepsaných úkolech školeným pozorovatelem. Přesná biomechanická kritéria, podle kterých se limit výkonu hodnotí, jsou operacionalizovaná a vyzkoušená. Maximum zvládané zátěže určuje sám rehabilitant subjektivním odhadem. Tento pohled je ale používán pouze jako vedlejší, doplňkové hledisko.

Základním principem je však hlavně bezpečnost rehabilitanta po celou dobu testování. Při postupné vzrůstající zátěži (nepokračující výdrži) je rozhodujícím momentem okamžik, **biomechanický end-point**.

IWS nabízí celou řadu postupů, které umožní vyhodnotit, zda klient opravdu podal maximální a konzistentní výkon během testování.

Problém však nastává v komplexnosti zhodnocení všech faktorů, které ovlivňují život, aktivity či samotnou práci rehabilitanta. Tato metoda skvěle kompletně a systematicky vyšetří fyzickou zátěž rehabilitanta, avšak nezkoumá již ostatní komponenty (např. kognitivní). Odborníci uvádí, že chybějící komponenty se doplňují dalšími standardizovanými testy, avšak žádný z nich nezkoumá např. **faktory prostředí** (vytvářející fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém lidé žijí a uskutečňují své životy).

Otázka tedy zní, **je vyhodnocení testů IWS a užitých testů IWS, za předpokladu, že testovaný vykonal testy nezkresleně a testující dodržoval všechny zásady testování dle metodiky IWS, dostačující ke komplexnímu zhodnocení pracovního potenciálu daného rehabilitanta?**

Pokud použijeme jinou standardizovanou metodiku zhodnocení pracovního potenciálu např. biopsychosociální – MKF (ICF), dojdeme při zhodnocování pracovního potenciálu k obdobným závěrům?

Další otázkou by mohla být **struktura vhodných osob s disabilitou, které jsou indikováni k určení aktuálního fyzického potenciálu touto metodou.**

Došla jsem k závěru, že metoda IWS není dostačující pro komplexní zhodnocení pracovního potenciálu, je metodou umožňující komplexní výpověď o aktuálním fyzickém potenciálu klienta, tzn. umožňuje kvalifikovaně zhodnocovat potenciál osob např. s degenerativním onemocněním kloubů (př. coxartrosa, gonartrosa), vertebrogenní onemocnění (např. výhřez meziobratlové ploténky, skolioza).

Odpověď na poslední okruh je nepříliš povzbuzující. Motivace osob se zdravotním postižením do „testování“ byla téměř „nulová“, testování přijaly jako daný fakt a přizpůsobily se mu, nicméně jejich osobní angažovanost byla taktéž nízkého skóre.

Ze závěrečného hodnocení kasuistik vyplývá první hypotéza: **Osoba se zdravotním postižením (disabilitou) je umístitelná na otevřeném trhu práce za předpokladu, že bude akceptován její aktuální zdravotní potenciál.** Samozřejmě musíme vzít v úvahu i jiné aspekty mající vliv na integraci osob se zdravotním postižením na otevřený trh práce jako jsou např. osobnost, motivace, výchova, vzdělání, aj.

Ze zkušeností, během absolvování odborných praxí a vlastního výzkumu, lze vyvodit další hypotézu: **Nemotivovaná osoba se zdravotním postižením, je obtížněji zaměstnavatelná než osoba motivovaná.** I zde je však třeba mít na paměti již výše popsané okolnosti a vlivy, které svým způsobem a měrou ovlivňují motivaci, či samotnou integraci osob se zdravotním postižením na pracovní trh.

K tomuto tématu se váže plynoucí třetí hypotéza: **Nepřítomnost pozitivní rekomandace negativně ovlivňuje postoje zaměstnavatelů zaměstnat osoby se zdravotním postižením.** Toto je úskalí naší společnosti, neboť nepřítomnost pozitivní rekomandace je nejen nemotivující pro osoby se zdravotním postižením, které tak získávají představu, že jejich pracovní potenciál je minimální až nulový a společnosti nemají již co nabídnout a motivovat takto smýšlejícího jedince, přebudovat a zbořit jeho vnitřní bariéry je nelehká věc, a velmi často se míjí účinkem, dále pak zaměstnavatelé nevědí, jakou činnost může taková osoba vykonávat a je pro ně v podstatě nezaměstnatelná, v neposlední řadě, takto nastolený systém sociálního zabezpečení, stojí stát velké finanční částky.

S ohledem na porovnání všech kasuistik nám vyplývá další hypotéza: **Včasná dispenzarizace a následná pracovní rehabilitace osoby se zdravotním postižením po vzniku disability má příznivější vliv při následném zařazení osoby se zdravotním postižením do pracovního procesu.** Je vědecky dokázáno, že osoba, která se stane disabilní, je rehabilitována a následně vzata do programu pracovní rehabilitace či rekvalifikace bez zdlouhavého procesu, její integrace do pracovního procesu, či společnosti je snadnější, efektivnější a déletrvajícího charakteru. Podle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, mají osoby se zdravotním postižením právo na pracovní rehabilitaci, která zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání, nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Administrativně i časově (v řadě případů však i finančně) je zajištění a uskutečnění pracovní rehabilitace náročné, Úřad práce proto raději (a pokud to je možné) volí zařazení osoby se zdravotním postižením do běžných rekvalifikačních kurzů, vytvořením chráněného pracovního místa, nebo zařazením do chráněné pracovní dílny, eventuálně finančními dotacemi na samostatně výdělečnou činnost osoby se zdravotním postižením.

V závěru celkového hodnocení lze stanovit další hypotézu: **Chybějící legislativa pracovní rehabilitace podněcuje nejednotnost používání metodik hodnocení pracovního potenciálu.** Jiný kraj, jiný mrav, tak i jiná metodika hodnocení aktuálního fyzického potenciálu osob se zdravotním postižením v různých střediscích vyšetřujících tento potenciál. Chybí zde pak propojenost a návaznost, zpětná vazby, statistické porovnávání údajů, neboť každý pracuje na jiných principech, hodnotí jiné aspekty, zaměřuje se na jiné testy. Byť jsou tyto metodiky odborně uznávané, myslím si, že legislativa stanovující jasná pravidla a kritéria by byla jedině přínosem.

Je nezbytné si uvědomit, jak udává doc. MUDr. Olgy Švestková, Ph.D. a prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., kteří v článku v časopise Praktický lékař uvádějí, že „Rehabilitace je vzájemně provázaný a koordinovaný celospolečenský systém. Jde o včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů, kteří rehabilitaci potřebují pro stav po úrazu, nemoci nebo vrozené vadě, do všech obvyklých aktivit společenského života. Cílem této politiky je zaručit plnou a aktivní účast těchto občanů na životě společnosti a pomoci jim vést, pokud je to možné, samostatný život“. (**45**) Pokud nepochopíme tento prostý fakt a neučiníme z něj jednu z přirozeností našeho života, nedosáhne naše úsilí patřičné efektivnosti, jakou očekáváme.

5.2 Motivační nástroje pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Historickým vývojem, výchovou a absencí uceleného systému rehabilitace osob se zdravotním postižením u nás stále přetrvává pragmatický pohled, který se vyznačuje zjednodušováním přístupu, zaměřením na technické překážky a administrativní postupy, naopak oproti např. zahraničním zkušenostem je stále podceňována „kompenzace osobnosti“ zdravotně postiženého. (**29**)

Ze zpětné vazby na zaměstnavatele a jejich převažující postoje je zřejmé, že povinný podíl zaměstnanců se zdravotním postižením a jeho plnění je vnímáno více negativně (jako komplikace, narušení tržního prostředí, skrytá „Invalidní daň“), než jako solidární povinnost podílet se na řešení sociálního a pracovního začlenění postižených osob (tedy pozitivně).

5.2.1 Motivace – teoretický úvod

Motivace je nejdůležitějším prvkem zvýšení zájmu o určitou činnost. Existuje celá řada prostředků, kterými můžeme záměrně působit na zvýšení výkonů jednotlivce nebo skupiny a vyprovokovat jejich zájem. (**29**)

Základní potřeby jednotlivce, jejich uspokojení je motorem k činnosti:

▪ poznání (poznávat neznámé věci a jevy)
▪ činnosti (normální, psychicky zdravý člověk potřebuje neustále něco dělat)
▪ sociální styku (člověk potřebuje společnost jiných lidí)
▪ výkonu a sociálního uznání (získat co největší postavení ve skupině)
▪ vytvářet cíle (tato potřeba dává činnosti smysl), včetně cílů podnikových či podnikatelských

Dále je potřeba rozlišit motivační sílu na vnitřní a vnější. Vnitřní motivací chápeme motivy spjaté přímo s nějakou činností – zejména zvídavost, funkční libost (radost z činnosti, líbí se mi to, dělám to rád). Vnější motivace obsahuje motivy zprostředkované – odměna a trest, pochvala, prestiž, perspektiva dosažení osobnostní hodnoty (když se ti podaří toto, dostaneš odměnu). Rozdíl mezi vnitřní a vnější motivací je třeba chápat jako relativní.

Důležitým faktorem motivace k překonání překážek na obou stranách (zaměstnavatel i zaměstnanec) je porozumění požadavkům, potřebám, jednání a chování druhé strany. (**29**)
Existuje celá řada překážek, které brání začlenění významnějšího počtu a podílu uchazečů se zdravotním postižením do volného trhu:

<u>Obecné bariéry</u>

▪ nedostatečné společenské povědomí o životě těchto osob, a o skutečné povaze problému
▪ neexistence moderní koncepce začleňování těchto osob, dlouhodobě, cíleně zaměřené pracovní rehabilitace a rekvalifikace osob se zdravotním postižením ke konkrétnímu místu
▪ roztříštěná, nekoordinovaná snaha o řešení
▪ neexistence – ubývání vhodných (klasicky výrobních a montážních) pracovních příležitostí

Bariéry na straně zaměstnanců

▪ dosavadní špatné zkušenosti se zaměstnavateli
▪ nepřipravenost na nové pracovní příležitosti (malá mobilita kompetencí)
▪ nízká motivace a stimulace (ekonomická i mimoekonomická)
▪ nedostatek (nebo neznalost) vhodných příležitostí na trhu práce
▪ překážky v mobilitě
▪ nepochopení ze strany spolupracovníků
▪ neochota riskovat zklamání
▪ malý tlak ze strany úřadů
▪ špatný příklad „zdravých“ nezaměstnaných spoluobčanů

Bariéry ze strany zaměstnavatelů

▪ očekávání těžko řešitelných problémů
▪ neznalost specifik zaměstnávání těchto osob (strach z neznámého)
▪ nedostatečné neekonomické uznání těchto zaměstnavatelů
▪ nedostatek odborníků na pracovní rehabilitaci a začleňování osob se zdravotním postižením
▪ pracnost identifikování zbytkového pracovního potenciálu, chybí rekomandace a doporučení profesní orientace
▪ nepřizpůsobené pracoviště
▪ problémy s dopravou do zaměstnání
▪ neschopnost porovnat ekonomické přínosy a nevýhody
▪ nedostatek „vhodných“ výrobních programů a pracovních náplní
▪ obava z malé výkonnosti osob se zdravotním postižením (paušalizace)
▪ obava z nadměrné nemocnosti oproti ostatním zaměstnancům
▪ obava z malé přizpůsobivosti ve srovnání s ostatními
▪ neznalost (nesrozumitelnost) systému pracovní rehabilitace
▪ obava z konfliktů na pracovišti, narušení vztahů (**29**)

5.2.2 Nástroje motivující zaměstnavatele

● Legislativní prostředí a nástroje

1) Obligatorně

▪ Pracovně-právní ochrana osob se zdravotním postižením, zákoník práce

Pozitiva – Ochrana v mezních situacích, prevence zneužití pravomocí zaměstnavatele

Negativa – V posledních letech se ukázala některá opatření jako kontraproduktivní, v současné době opačný extrém, tj. ochrana minimální

Návaznosti – Dokumenty EU, např. ILO – managament postižení na pracovišti

▪ Klasifikace stupně postižení osob se zdravotním postižením pro trh práce a podnikání

Pozitiva – Relativně stabilní univerzální systém posudkové služby v působnosti ČSSZ, jeden posudek je využívání pro více účelů

Negativa – Stávající systém nevyhovuje požadavkům začleňování osob se zdravotním postižením na trh práce, pouhá změna kompetence neřeší podstatu

- Nejasná kritéria pro posouzení zdravotního znevýhodnění

Návaznosti – Konec přechodného období ve smyslu § 67 odst. 3 a § 148 (**29**)

2) Volný trh práce

▪ Ohlašovací povinnost zaměstnavatelů dle zákona o zaměstnanosti § 80

Pozitiva – Prevence solidární povinnosti zaměstnavatelů, nástroj k vytváření podmínek pro uplatnění osob se zdravotním postižením

Negativa – V praxi často formální aplikace, různý přístup, nedůsledná kontrola a vymáhání této povinnosti, přestože je od roku 2006 postižitelná

Návaznosti – Evidence Úřadu práce § 35 zákon o zaměstnanosti

- Preventivní lékaři § 69 zákon o zaměstnanosti – pracovní rehabilitace

▪ Sleva na dani z příjmu (18/60 tis. ročně), za zaměstnanou osobu se zdravotním postižením (s těžkým zdravotním postižením)

Pozitiva – Jediný jednoznačný a plošně účinný stabilní nástroj pozitivní motivace zaměstnavatelů – úspěšných podnikatelů, vykazujících zisk

Negativa – Účinnost klesá se ziskem, např. u nestrukturalizujících se firem nebo u specializovaných zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením

- Zastaralé sazby slev z roku 1997 ztrácí účinnost (zejména nižší sazba 18 tis. Kč/rok/osob se zdravotním postižením)

Návaznosti – Pouze daňové zákony, úbytek příjmů státního rozpočtu České Republiky je vyvážen úsporou sociálních výdajů (nezaměstnaná osoba se zdravotním postižením (disabilitou) 200 tisíc Kč ročně, souhrn dotací a slev u zaměstnavatelů zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením okolo 100 tisíc Kč) (**29**)

▪ Investiční pobídky (zvýhodněná hmotná podpora pracovních míst osob se zdravotním postižením), programy pro podporu tvorbu pracovních míst v regionech

Pozitiva – Motivuje významné investory zvažovat současně s podnikatelským záměrem i vznik určitého počtu pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením

Negativa – Limituje spodní hranice počtu vytvořených pracovních míst a objemu finanční spoluúčasti investora (diskriminuje malé a střední podniky, kam patří i většina možných zaměstnavatelů osob se zdravotním postižením)

Návaznosti – Snížení veřejné podpory plněné i regionálně, chybí relevantní systém podpory a poradenství zaměřený na specifickou pomoc investorům k využití potenciálu osob se zdravotním postižením (**29**)

▪ Rekvalifikace dle § 108 zákona o zaměstnanosti, tvorba společensky účelných pracovních míst a další nástroje v rámci Aktivní politiky zaměstnanosti v zákoně o zaměstnanosti

Pozitiva – Nástroje využitelné plošně, tj. i pro osoby se zdravotním postižením, nevylučují se s uplatněním ostatních nástrojů

Negativa – Nenavazují přímo na podporu podnikání, nositeli jsou převážně specializované organizace, nespolupracující přímo s nositeli pracovních míst osob se zdravotním postižením

Návaznosti – Akreditace ministerstva školství, mládeže a tělesné výchovy, Pracovní rehabilitace (**29**)

▪ Povinný podíl zaměstnaných osob se zdravotním postižením (nad 25 zaměstnanců)

Pozitiva – Motivuje zaměstnavatele k přímému zaměstnání osob se zdravotním postižením, za neplnění je ze zákona uložen vymahatelný odvod do státního rozpočtu

Negativa – Týká se pouze zaměstnavatelů nad 25 zaměstnanců, postrádá pozitivní složku motivace

Návaznosti – Navazuje na strukturu nabídky a poptávky vhodných pracovních míst a kvalifikační strukturu osob se zdravotním postižením (**29**)

▪ Individuální plán pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením dle § 69 zákona o zaměstnanosti

Pozitiva – Moderní nástroj respektující individuální potřeby a požadavky klienta

Negativa – Prostředí (osoby se zdravotním postižením, firmy) není zatím připraveno zapojit se masivněji, není napojení na systém rehabilitace a na konkrétní vhodné pracovní místa

Návaznosti – Prostředek je využitelný nejen ve spojitosti s většinou ostatních nástrojů zde uváděných, ale i se sociálními službami (**29**)

3) Zaměstnavatelé nad 50 % osob se zdravotním postižením – chráněný trh práce

▪ Zákonný příspěvek dle § 78 zákona o zaměstnanosti (pro zaměstnavatele zaměstnávající více jak 50 % osob se zdravotním postižením)

Pozitiva – Zákonem předem daná a dlouhodobě hmotná podpora, za předem daných jednoduchých podmínek, valorizace

Negativa – Výše příspěvku nezávisí na diferencovaném vtahu stupně postižení a individuální náročnosti práce

Návaznosti – Klasifikace osob se zdravotním postižením pro pracovní (podnikatelské) uplatnění, vnitřní plánování, kalkulace a hospodaření zaměstnavatelů zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením (**29**)

▪ Zvýhodnění mezi uchazeči o zadávání veřejných zakázek dle zákona 40/2004 Sb., respektive nového zákona schváleného v roce 2006

Pozitiva – Zvýhodnění zaměstnanců zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením jako uchazečů o veřejné zakázky o 15% nabídkové ceny v pásmu pod limitem

Negativa – Minimum veřejných zakázek v pásmu podlimitních, výsledkem je prakticky jen proklamace zvýhodnění s nulovým přínosem (**29**)

Návaznosti – Nařízení 2004/18/EC

- Nový zákon v roce 2006 umožňuje vyhrazení některých „okruhů zboží“ pro „chráněné dílny“ a zaměstnavatele zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením prováděcím předpisem – nedotaženo, nikdy nenabyl účinnosti (**29**)

▪ Náhradní plnění povinného podílu osob se zdravotním postižením dle § 81 zákona o zaměstnanosti

Pozitiva – Nástroj zákona o zaměstnanosti k (doplňkové) obchodní podpoře zaměstnavatelů zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením, jako alternativa odvodu za neplnění povinného podílu
Negativa – Nefunguje jako zákonem zamýšlený nástroj obchodní podpory zaměstnavatelů zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením, není kontrola
Návaznosti – Po uplatnění zákona o zaměstnanosti v roce 2004 roste neřešený problém překupníků (účelově založených zaměstnavateli zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením), respektive stávající právní úprava neumožňuje oddělit skutečné zaměstnavatele osob se zdravotním postižením od spekulantů (**29**)

▪ Příspěvek na provoz chráněné pracovní dílny nebo chráněného pracovního místa dle § 76 zákona o zaměstnanosti
Pozitiva – Účelová fakultativní hmotná podpora ve vymezeném rozsahu
- Po roce 2004 zvýšeny horní hranice (valorizované)

Negativa – Postup a priorita se liší u jednotlivých Úřadů práce, skutečné příspěvky jsou velmi rozdílné – převážně pouze zlomek možné výše podpory (**29**)

▪ Příspěvek na zřízení nové chráněné pracovní dílny nebo chráněného pracovního místa dle § 75-76 zákona o zaměstnanosti
Pozitiva – Účelová fakultativní hmotná podpora, shodně jako provoz
Negativa – Shodné jako u příspěvku na provoz (**29**)

▪ Využití projektů OP RLZ a ESF EU
Pozitiva – Relativně velkorysá možnost podpory za podmínek splnění podmínek a indikátorů
Negativa – V podnikatelském prostředí (mimo specializované vzdělávací organizace) jen obtížně splnitelné podmínky a kritéria, administrativní náročnost (**29**)
Návaznosti – Využitelná synergie s ostatními nástroji (sociální služby, aktivní politika zaměstnanosti, rehabilitace) (**29**)

▪ Tuzemské programy podpory malých a středních podniků v České republice
Pozitiva – Relativně dostupné programy podpory malých a středních podniků pro běžnou firemní praxi
Negativa – Zpravidla vyžadují historii, neexistují specificky zaměřené produkty pro sociální podnikání

Návaznosti – Omezení veřejné podpory (plošně i regionálně) (**29**)

▪ Nástroje sociálních služeb pro začlenění osob se zdravotním postižením do zaměstnání
Pozitiva – Nové nástroje zákona o sociálních službách – sociální terapeut, chráněné dílny
Negativa – Málo zkušeností s návazností sociálních služeb na pracovní trh a sociální podnikání
Návaznosti – Rehabilitace, Pracovní rehabilitace, nástroje aktivní politiky zaměstnanosti

Nutno konstatovat převahu závazků, (solidárních) povinností a kvót nad (pozitivní) motivací, jediným progresivně působícím prvkem nevyžadujícím složitou administrativu na straně zaměstnavatele jsou slevy daně z příjmu. (**29**)

● Nelegislativní nástroje

1) Corporate social responsibility – společenská odpovědnost podniků v současné době je stále rostoucí výzvou, ovlivňující chování zejména významných nadnárodních podniků a korporací. Stále více z nich si uvědomuje, že jejich chování k sociálním problémům má vliv na jejich image i v obchodní rovině, atraktivnosti pro stávající i budoucí zaměstnance. Je také součástí podnikatelské etiky, v zásadě tato změna může iniciovat změnu chápání pole zaměstnavatelů a jejich přístupu k postiženým a jinak znevýhodněným, kteří disponují zbytkovým pracovním potenciálem. (**29**)

Stále častěji je využíváno principů diversity managementu – založeného na individuálním posouzení schopností, předností a potenciálu rozvoje odlišného jedince. (**29**)

2) Management postižení na pracovišti – Mezinárodní organizace práce v Ženevě uskutečnila v roce 2001 mimo jiné tripartitní schůzi odborníků, z níž vzešel materiál „Kodex praktických postupů při řešení problémů souvisejících se zdravotním postižením na pracovišti“, který obsahuje nejen všeobecné zásady a ustanovení, ale i doporučené rámce řešení typických problémů, komunikace, hodnocení přijímaných opatření. Zdůrazňuje zejména vliv spolupůsobení zaměstnavatele s organizacemi zdravotně postižených (což na druhé straně vyžaduje určitou vyspělost těchto organizací pro daný účel), se zástupci zdravotně postižených v organizace (což vyžaduje především motivaci na obou stranách) i s nositeli vzdělávacích a rehabilitačních služeb. (**26**)

Zdůrazňuje nejen udržení těchto osob v zaměstnání, ale i transparentní umožnění jejich profesního a kvalifikačního růstu, stejně jako u nepostižených spolupracovníků.

5.2.3 Nástroje motivující zaměstnance se zdravotním postižením

● Legislativní prostředí a nástroje

Chování a tedy i motivaci osob se zdravotním postižením k ekonomické aktivitě (zaměstnávání nebo podnikání) ovlivňují zejména tyto právní normy: (**29**)

▪ Zákon č. 582/1991 Sb. o sociálním zabezpečení – neobsahují žádný výrazný motivační prvek k přijetí zaměstnání (**61, 29**)
▪ Zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění – ve vztahu k systému klasifikace osob se zdravotním postižením působí nemotivačně obava ze ztráty důchodu při začlenění do práce (**62**, **29**)
▪ Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1997 Sb. o hodnocení zdravotně postižených – zpřísnění kritérií podporuje nemotivační účinek (viz výše) (**54**, **29**)
▪ Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb. o dávkách sociální péče osobám se zdravotním postižením – svou podstatou je neutrální k motivaci osob se zdravotním postižením, avšak v jednotlivých případech a v konkrétním rodinném prostředí může silně oslabovat motivaci postiženého (**55**, **29**)
▪ Zákon č. 105/2008 Sb. o sociálních službách přináší radikální změnu systému, svou podstatou je však neutrální k motivaci, některé jeho nástroje lze využít k aktivizaci osob se zdravotním postižením – přináší systém, jehož pevnou součástí je sociální práce s klienty a sociální poradenství (pro tyto účely využívá např. aktivizační plány a programy individuálního motivačního postupu). Chybí však přímé propojení na aktivní politiku zaměstnanosti – zákon o zaměstnanosti (komplexní rehabilitace). (**63**, **29**)
▪ Zákon č. 111/2006 Sb. o hmotné nouzi přináší progresivní snížení hranic hmotné nouze a životního minima – dotkne se pouze osob se zdravotním postižením nezabezpečených důchodem, pokud nesplní některé z podmínek získání sociálních dávek nebo příspěvků (účelových, v nezaměstnanosti, apod.) Pouze v tom případě (negativním dopadem) může motivovat k přijetí zaměstnání. Ze zkušenosti se týká jen malé části osob se zdravotním postižením. (**64**, **29**)

▪ Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

▪ Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 518/2004 Sb. k provádění zákona o zaměstnanosti – přinášejí právo na pracovní rehabilitaci dle § 69, které má každý uchazeč o práci se zdravotním postižením (výjimečně též zaměstnanec či zájemce). Nezavazuje osoby se zdravotním postižením k žádné spoluodpovědnosti. Dosud je však pracovní rehabilitace a individuální plán pracovní rehabilitace jen „prázdným pojmem“, hlavně tam, kde na konci procesu není konkrétní pracovní příležitost (což je většina případů). Ani z pohledu zájemce nebo uchazeče o práci není institut pracovní rehabilitace prakticky příliš srozumitelnou motivací, nevidí-li za ním konkrétní pracovní příležitost. Nenavazuje na předchozí komplexní systém. (**29, 53**)

Uvedený výčet zákonných a podzákonných norem obsahujících prvky motivace osob se zdravotním postižením k samostatné, nebo závislé činnosti ekonomické aktivitě svědčí o minimální faktické legislativní podpoře a motivaci osob se zdravotním postižením k vlastní aktivitě a překonávání překážek a rizik s tím spojených; proklamativnosti proaktivní sociální politiky zaměstnanosti – v důsledku není pravda, že „osoba, která pracuje, se má lépe, než ta, která nepracuje“; neexistuje přímá, srozumitelná a transparentní výhoda (mimo mzdu) pro osobu se zdravotním postižením, která se rozhoduje vystoupit ze sociální sítě. (**29**)

● Nelegislativní nástroje

Sociální prostředí a společenské klima je výrazně ovlivněno praxí uplynulých 50 let, která lapidárně řečeno „vede pacienta – osobu se zdravotním postižením od nemoci k důchodu“, což je majoritou společnosti stále akceptováno. Přirozeně to ovlivňuje i veřejné mínění, každý člověk s postižením, který se chová jinak, je kromě sympatií vnímán s podezřením, obavami okolí. (**29**)
Nejvýznamnějšími faktory jsou:

▪ Vrozená aktivita, odolnost a povaha osobnosti zdravotně postiženého
▪ Jeho zkušenosti, výchova a vzdělání
▪ Sociokulturní prostředí, z něhož vyšel a momentální prostředí, v němž žije
▪ Typ a struktura obce a regionu, v němž žije
▪ Osobní a rodinné zázemí

▪ Stupeň sebevědomí, vědomí si svých silných stránek a předností
▪ Podíl pozitivních a negativních zkušeností ve vztahu k uplatnění v práci
▪ Doba neaktivity, stupeň ztráty návyků a dovedností (**29**)

5.2.4 Specifické metody motivace osob se zdravotním postižením na pracovišti

● Ekonomické stimuly

Ekonomické podněty u osob se zdravotním postižením mají své opodstatnění a až na některé výjimky je lze uplatňovat společně s ostatními spolupracovníky. (**29**)

▪ V uplatnění stimulů na výsledcích celé firmy nebo větších kolektivů, jako jsou podíly na zisku, další platy, cílové odměny a prémie není žádný problém, a lze je aplikovat současně s motivací ostatních zaměstnanců
▪ U stimulů jednotlivce a malých kolektivů zdravotně znevýhodněných narážíme na problém se stanovením jejich dosažitelné výkonnosti. Hlavně u profesí, kde je nutnost vykonávat vyšší fyzickou námahu, může dojít ke zdravotnímu poškození, při snaze dosáhnout neúměrně vysoký výkon. Nebo naopak může docházet k frustraci, pokud stanovený výkon nelze dosáhnout.
▪ Proto je důležité pečlivě zvážit, jakou formu motivace s ohledem na zdravotní postižení a formu vykonávané práce zavedeme. Pochopitelně nelze zapomenout na stimulaci při dosažení norem kvality vykonávané práce. Existuje tedy celá škála motivačních systémů, kdy jedna jejich krajní poloha je ve stejné úrovni s motivací „zdravých“, tedy uplatnění úkolové formy mzdy a vyplácení prémií za dosažené množství a kvalitu odvedené práce a na druhé straně neexistence přímých ekonomických stimulů a pracovníci jsou stimulováni rozdílem v příjmu před a po vykonávání zaměstnání.
▪ Obecně je možné konstatovat, že při uplatňování přímé ekonomické motivace osob se zdravotním postižením je preferována určitá „opatrnost“ a postupné zvyšování „progresivity“ motivačních nástrojů. Přispívá k tomu i neexistence metodiky na normování a stanovování výkonnosti osob se zdravotním postižením v závislosti na jejich zbytkovém pracovním potenciálu. (**29**)

● Zázemí a vztahy na pracovišti, týmová práce

Zázemí, vtahy na pracovišti a týmová práce patří k nejdůležitějším motivačním prvkům pro osoby se zdravotním postižením. Pro mnoho postižených bylo a je pracoviště jejich domovem a vlastně celým jejich životem (hlavně u mentálně postižených, kterých se rodina zřekla). Uznání jejich práce pro kolektiv je jejich cílem a veškerým jejich snažením.

Proto vytváření a udržování dobrého pracovního kolektivu je nutné dodržovat některé hlavní zásady: (**29**)

▪ Utvářet dobré vztahy mezi osobami se zdravotním postižením a ostatními spolupracovníky jako hlavní zásadu podnikové kultury
▪ Přidělovat práce jednotlivým pracovníkům v závislosti na jejich zbytkovém pracovním potenciálu
▪ Tvořit pracovní týmy z obou skupin pracovníků a hledat optimální výkonnost týmu
▪ Pracovní výsledky skupin pravidelně vyhodnocovat a zveřejňovat
▪ Podporovat mimopracovní kulturní, sportovní a společenské aktivity

● Osobní růst a rozvoj

Osobní rozvoj a růst je další důležitý bod této části motivačních nástrojů. Jeho řešení spočívá v začlenění do komplexní pracovní rehabilitace a plánů osobního rozvoje. U postižených je tato motivace ještě důležitější než u ostatních. Úspěch a sebevědomí může dokonce zpětně pozitivně ovlivnit jejich zdravotní stav. (**29**)

● Kultivace firemního prostředí, firemní priority a image

Zaměstnávání zdravotně znevýhodněných je třeba řešit jako součást podnikové kultury. Je třeba k tomu vychovat všechny spolupracovníky a poučit zákazníky. Pro nezasvěcené a nezainteresované spolupracovníky a obchodní partnery může být zaměstnávání osob se zdravotním postižením zdrojem obav a nedůvěry. Proto je potřeba zakotvit jak do zásad komunikace uvnitř podniku, tak do komunikace s partnery vně podniku neustálou osvětu o zaměstnávání osob se zdravotním postižením. (**29**)

V zásadě je potřeba:

▪ Neustále vytvářet a zveřejňovat úsilí o budování sociálního prostředí uvnitř podniku
▪ Budovat goodwill a podnikovou kulturu zaměřenou na vytváření podmínek pro plnohodnotné zaměstnávání osob se zdravotním postižením
▪ Spolupracovat s odbory na vytváření dobrých pracovních i mimopracovních vztazích všech skupin spolupracovníků
▪ Cíleně vytvářet nové pracovní příležitosti, umožňující zaměstnávání osob se zdravotním postižením, za tímto účelem diverzifikovat činnosti firmy
▪ Hledat individuální přístup k jednotlivým zaměstnancům, uplatňovat diverzity management (**29**)

5.2.5 Část „osvětová“

▪ Aktivita osob se zdravotním postižením je klíčovým faktorem pro jejich začlenění, veškeré nástroje legislativní i nelegislativní jsou účinné jen v případě přítomnosti tohoto „katalyzátoru“.
▪ Osoby se zdravotním postižením jsou nevyhraněnou pestrou skupinou lidí, kteří jsou „IN“, v zásadě nechtějí být „OUT“ a zabezpečeni sociálním systémem. Mají stejný způsob myšlení, ambice a povahové vlastnosti (přednosti i nedostatky), jako všichni ostatní. To čím se na první dojem liší (mimo viditelných vnějších následků postižení), je důsledkem zkušeností (častěji negativních).
▪ Bariéry jsou vždy komplexní – často více v myšlenkách vedení firmy nebo spolupracovníků než v technických překážkách. Kromě technických, pohybových a komunikačních bariér hrají roli i méně „viditelné“ – osobní zázemí, rodina, pomoc v životních situacích, podobně jako samotné vztahy na pracovišti, předsudky, nepochopení „zvláštních potřeb“.
▪ Chování osob se zdravotním postižením je více než u jiných lidí ovlivňováno mnoha systémy, zejména – zdravotním, nemocenským a důchodovým, sociálním, dávkovým, včetně svépomocného (občanský sektor), pracovně-právním a zaměstnavatelským, daňovým, soukromým zázemím (rodina, přátelé, vrstevníci) (**29**)
▪ Zdravotní postižení člověka má vždy více rozměrů – somatické (viditelný, nebo neviditelný defekt, pohybový, smyslový či funkční)

- psychické, projevující se vlivem defektu na aktivitu člověka a schopnost začlenit se (participovat) – závisí na vrozené povaze, výchově a zkušenostech

Je zřejmé, že po určité době nezaměstnanosti klesá sebevědomí, často důležitější než formální kvalifikační předpoklady. (**29**)

▪ Kvalifikace osob se zdravotním postižením je často uváděným důvodem nezaměstnanosti, nevyužitelnosti pro trh práce.

Špatně je chápána kvalifikací jako (technokraticky) zúžený pojem zahrnující inteligenci, vzdělání (školu, rekvalifikace, krátkodobé kurzy), odbornou praxi a dovednosti, osobní vlastnosti, reference z minulosti.

Správně je nutno chápat kvalifikaci jako souhrn všestranných „pracovních kompetencí" k moderním formám zaměstnání, kde osobnost, skrytý potenciál (včetně odvahy překonat překážky, znovu začít, odpovídat za svou práci) hraje u adaptace osob se zdravotním postižením často rozhodující roli. Je nutno vzít na vědomí dlouhodobost procesu úměrnou době neaktivity osob se zdravotním postižením a závislosti na podporách a významnou roli věku.

▪ Design for all – úpravy pracoviště, podmínek, režimu, které umožní bezproblémovou práci osob se zdravotním postižením, současně usnadní podmínky i ostatním – nepostiženým (co usnadní pohyb, komunikaci, orientaci osob se zdravotním postižením, to pomáhá i ostatním spolupracovníkům, jejichž tělesné a smyslové odlišnosti nejsou tak vážné – takto postavený problém je vnímán jinak – pozitivně).

▪ Komunikace mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem se zdravotním postižením musí být otevřená, přímá. Od počátku je dobré otevřeně říci zaměstnanci na kolik se podnik může (nemůže) podílet na řešení „nepracovních" problémů – antidiskriminace, mobility, zdravotních a sociálních, sociální pomoci a přístupu k informacím, případně dalších speciálních, které mohou být pro tohoto zaměstnance klíčové. Také zaměstnance by měl přimět k otevřenému jednání – vyjádření jeho očekávání a požadavků. (**29**)

▪ Vztahy na pracovišti jsou u osob se zdravotním postižením významné a důležitější než u většiny spolupracovníků. Platí sice obecná pravidla sociometrie, ale až na výjimky je účelné předem vytipovat v budoucím pracovním týmu vhodného důvěrníka („náhradní sociální pracovníci"), který se stane „oporou, vrbou a tlumočníkem" osob se zdravotním postižením v první adaptační fázi. Ideální osobou pro tento účel, kterou je dobré najít mezi spolupracovníky je tzv. „zainteresovaná osoba". (**29**)

▪ Managament zaměstnavatele hraje rozhodující roli – v okamžiku rozhodnutí o umožnění zaměstnání osobě (osobám) se zdravotním postižením v obecné rovině (překonání předsudků a bariér v podobě preventivních „obav z neznámého“)

- v okamžiku rozhodnutí o přijetí konkrétní osoby (osob) se zdravotním postižením (vyhodnocení negativ a přínosů takového rozhodnutí).

Je dobré, když členem managementu je „zainteresovaná osoba“, ideálně několik takových osob. Je-li iniciátorem rozhodnutí pouze jedinec ve vedení firmy – je takové rozhodnutí vždy riskantní.

▪ Profese, typ a druh práce tzv. vhodné pro osoby se zdravotním postižením není omezen, závisí na typu a míře postižení, kvalifikaci a okolnostech. Motivovaný člověk s postižením je schopen vyrovnat se množstvím a kvalitou práce ostatním spolupracovníkům, často však na úkor svého zdravotního stavu.

▪ Zainteresovaná osoba je obtížně definovatelná (lhostejno zda jako manažer, podnikatel, spolupracovník) – ze zkušenosti rozhoduje vztah jeho osobnosti k zdravotnímu handicapu, který lze odstupňovat: (**29**)

I. Osobní zkušenost (podnikatel, manažer, spolupracovník, který je sám zdravotně postižený)
II. Zkušenost v rodině (postižený partner, dítě, nejbližší příbuzný)
III. Zkušenost v okolí (přátelé, širší rodina, denní pracoviště)
IV. Omezená osobní zkušenost v okolí (soused, přechodná zkušenost)
V. Zprostředkovaná zkušenost (studium, sdělovací prostředky apod.)

Stojí li na vyšším stupni (manažer, spolupracovník), tím pravděpodobnější je jeho přínos – pokud není znehodnocen jinými osobními vlastnostmi či negativy.

▪ Individuální přístup k osobě se zdravotním postižením je takřka vždy podmínkou, vždy je problémem míra – hranice individuálního přístupu v konkrétním případě. Závisí logicky na stupni dělby práce, technologické a organizační unifikace, certifikace procesu v podniku. Čím sofistikovanější jsou tyto vztahy v podniku, tím precizněji musí být posuzovány individuální požadavky.

K tomuto přístupu vedou např. modely „diverzity managementu“ používaného obecně pro osoby se speciálními potřebami.

▪ Management postižení na pracovišti (shodně nazvaný materiál přijatý ILO Ženeva v roce 2002) je souhrnem kodexů, které jsou aplikovány v těchto bodech: (**29**)

Adaptace osoby se zdravotním postižením se logicky odlišuje:

a) u dlouhodobě nezaměstnaného
- postupné kroky, trpělivost, hodně času
- v počáteční fázi získání sebevědomí, uvědomění si silných stránek
- teprve pak je možno očekávat „nastartování“ adaptace

b) u krátkodobě nezaměstnaného
- rychlou intenzivnější adaptaci
- intenzivní podporu směrem k dosažení rovnocenného postavení s ostatními

c) v obou případech
- pozitivní, otevřený přístup ze strany vedoucího i spolupracovníků
- otevřenou komunikací bez známek soucitu a charity (**29**)

Očekávání nového zaměstnance se zdravotním postižením jsou přirozená:
- jeho mzda a odměna za práci bude v dosažitelném horizontu, v porovnání s předchozím stavem (podpory a dávky) výrazně vyšší
- bude přijímán spolupracovníky i vedením jako normální člen týmu, přínos pro firmu
- pocit seberealizace, prostoru pro osobní růst, jistotu pro sebe a své blízké
- rostoucí pocit nezávislosti (**29**)

Očekávání zaměstnavatele lze charakterizovat:

a) potřebou základních (objektivních) informací o zdravotní rekomandaci schopností osob se zdravotním postižením v podobě:
- srozumitelné
- pozitivní (kde jsou příležitosti a silné stránky osob se zdravotním postižením z psychosomatického hlediska)
- jednotná forma (ideálně daná zákonem nebo vyhláškou) opírající se bilanční diagnostiku v minimálním potřebném rozsahu (**29**)

b) základní informací o pracovním místě přizpůsobené co nejširšímu okruhu typů postižení:
- technické a provozní požadavky a omezení

- komunikační požadavky a omezení
- požadavky na změny typu práce (flexibilita)
- požadavky na očekávané (požadované) kompenzace bariér
- možnosti individuální podpory osob se zdravotním postižením ve stadiu adaptace

c) souhrnné
- motivací k práci
- co nejrychlejší adaptaci
- minimum doprovodných (nečekaných problémů a komplikací (**29**)

5.2.6 Část „metodicko-inspirační“

● Standardní postup (bohužel stále častý a obvyklý)

1. Podnik vytvoří, vyčlení pracovní místo vhodné pro osoby se zdravotním postižením (úvahou, technickými úpravami, z ekonomických důvodů, doporučením po konzultaci s lékařem, příkazem vedení…).
2. Z evidence Úřadu práce nebo s jeho podporou je přijata osoba se zdravotním postižením, která psychosomaticky, kvalifikačně vyhovuje a na první pohled nemá omezení bránící výkonu požadované práce (uzavření smlouvy).
3. Vedoucí a spolupracovníci jí instruují, zpočátku jí věnují pozornost, „testují“ jí a pomáhají jí, zčásti s podvědomým soucitem.
4. Zaměstnanec je v počáteční fázi motivován očekáváním, eventuálně dílčími pokroky pracovního výkonu. Přestože placen „nástupní“ mzdou, překonává běžné problémy adaptace – pracovní. Kromě toho může překonávat (a zpravidla skrývat) doprovodné problémy osobní (zdravotní, psychické, sociální, osobní, komunikační, apod.)
5. Případné krize, ke kterým může na pracovišti následně dojít, můžou být ze strany (neškolených) spolupracovníků nepochopitelné, často vznikají ze zástupných problémů a důvodů.
a) Najde-li se v kolektivu „zainteresovaná osoba“ („náhradní sociální pracovnice“), může se podařit najít skutečné příčiny, řešit je, dočasně nebo trvale je stabilizovat. (**29**)
b) V opačném případě vzniká frustrace, zaměstnanec je brán jako problémový, to má dopad na vztahy, kvalitu práce, mzdu apod.

Osoba se zdravotním postižením (disabilitou) začíná chladnokrevně kalkulovat – porovnává stávající „utrpení“ s předchozím stavem „skromné jistoty, podpory a klidu“.
6. Napětí zpočátku může řešit pracovní neschopností (lékař zpravidla vždy pomůže), později odchodem nebo výpovědí – ukončením pracovního poměru.
7. Osoba se zdravotním postižením (disabilitou) se vrací do evidence Úřadu práce, není však obyčejně nijak analyzován hlavní důvod a okolnosti „neúspěchu“. Chybí odborný posudek příčin opakované nezaměstnanosti, porovnaný s psychosomatickými předpoklady.
8. Vzniká „negativní stopa“ u zaměstnavatele (chyba generalizace postupu), i u zaměstnance (pokles sebevědomí, prvotní úsilí nepadlo na úrodnou půdu), i samotného Úřadu práce
9. Vzniká „negativní reference“ (typická v menších aglomeracích, městech a obcích), „ten je divnej, chce on vlastně pracovat?“.
10. Je-li tento proces 3-5 x zopakován, osob se zdravotním postižením (disabilitou) nevyhnutelně aspiruje na dlouhodobě nezaměstnaného, nebo nezaměstnatelného. (**29**)
● Progresivní – ideální přístup

1. Každý zájemce o práci – osoba se zdravotním postižením (disabilitou) je vybavena srozumitelnou praktickou (ideálně jednotně strukturovanou) pozitivní rekomandací, obsahujících mimo jiné doporučení silných stránek, perspektivních stránek, zbytkového pracovního potenciálu zaměstnance.
2. Je-li to možné a vhodné, je využito nástroje individuální plán pracovní rehabilitace, sestaveného také za účasti konkrétního zaměstnavatele, podloženého bilanční diagnostikou, eventuálně absolvovaným a vyhodnoceným pracovním pokusem nebo sérií pokusů.
3. Je uplatněn důsledně individuální přístup, v závislosti na obsahu bodů 1.-2. (jinak u dlouhodobě, jinak u krátkodobě nezaměstnaného, nebo člověka s předchozí odbornou kvalifikací a praxí apod.)
4. Jsou důsledně respektovány složky aktivity a participace osobnosti uchazeče (vedle psychosomatických).
5. Je využíváno trvalé nebo jednorázové spolupráce s odborníky (externí, eventuálně externě spolupracující s Úřadem práce).
6. Příprava pracovního místa zahrnuje:
▪ přípravu technickou
▪ kvalifikační
▪ přípravu spolupracovníků (sociogram, vztahy)
▪ nalezení „zainteresované osoby“

▪ větší důraz na „adaptační plán“ – jasné, zpočátku nepříliš náročné cíle, nutno jasně vyhodnotit, zvyšovat…

7. Monitorování (resp. neignorování) osobního zázemí, včasné rozpoznání problému, příčiny, pojmenování podstaty.

8. Nabídka přiměřeného kvalifikačního růstu.

9. Stanovení jasného plánu rozvoje v podniku – vč. platu (v závislosti na reálných ekonomických možnostech podniku, samozřejmě a diferenciaci ve vztahu k ostatním). (**29**)

5.3 Cíle a hypotézy práce

Cílem práce je popsat způsoby, které umožňují zhodnocení aktuálního zdravotního potenciálu osoby se zdravotním postižením. Cíl práce je splněn.

Hlavním cílem práce je nastínit specifický způsob umožňující zhodnocení aktuálního zdravotního potenciálu osob se zdravotním postižením pomocí metody Isernhagen Work Systém, jako předpokladu integrace na trhu práce, vystihnout a popsat specifické kroky a postupy k integraci zdravotně znevýhodněných osob v rámci otevřeného trhu práce. Hlavní cíl práce je splněn.

Dílčím cílem kvalitativního zkoumání byla tvorba nových hypotéz, které by se mohly stát podkladem dalšího výzkumu. Na základě zkoumání vznikly následující hypotézy:

1. Osoba se zdravotním postižením (disabilitou) je umístitelná na otevřeném trhu práce za předpokladu, že bude akceptován její aktuální zdravotní potenciál.

2. Nemotivovaná osoba se zdravotním postižením, je hůře zaměstnavatelná než osoba motivovaná.

3. Nepřítomnost pozitivní rekomandace negativně ovlivňuje postoje zaměstnavatelů zaměstnat osoby se zdravotním postižením.

4. Včasná dispenzarizace a následná pracovní rehabilitace osoby se zdravotním postižením po vzniku disability má příznivější vliv při následném zařazení osoby se zdravotním postižením do pracovního procesu.

5. Chybějící legislativa pracovní rehabilitace podněcuje nejednotnost používání metodik hodnocení pracovního potenciálu.

6. Závěr

„**Člověk je připraven a ochoten přijmout jakékoliv utrpení, jakmile a dokud je schopen v něm vidět nějaký smysl**.“ (Viktor Frankl)

Základním pravidlem souvisejícím s fungováním trhu práce v České republice je zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. Účastníci zaměstnaneckých vztahů mají povinnost zajišťovat rovné zacházení se všemi fyzickými osobami, uplatňujícími právo na zaměstnání, ale zvláštní pozornost musí být věnována zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

I přes to, že z hlediska právní úpravy, lze pracovní rehabilitaci považovat za nejkomplexněji propracovanou oblast rehabilitace, hlavním problémem současného stavu v oblasti pracovní rehabilitace je nedostatečné zajištění potřebné spolupráce s ostatními složkami zdravotnického systému.a neuspokojivá právní úprava v návaznosti na aktuální požadavky, důsledkem je pak špatná úroveň koordinace, provázanosti, popř. efektivnosti postupů a činnosti jednotlivých subjektů, které působí v této oblasti.

Výše uvedená omezení a nedostatky znamenají zvýšené riziko opožděné realizace nezbytných intervenčních rehabilitačních postupů, což ve svém důsledku znamená snížení schopností jedince se zdravotním postižením dosáhnout maximálně možné sociální a potažmo pracovní integrace. Opožděný nebo nedostatečný intervenční rehabilitační zásah značí zvýšené nároky na dávky a služby podmíněné nepříznivým zdravotním stavem.

Vedle těchto „základních problémů“ se však objevuje celá škála dalších, které rovněž ovlivňují svým způsobem integraci jedinců se zdravotním postižením (např. nedostatečná síť rehabilitačních center, v nichž by mohlo dojít k ověření zachovaného pracovního potenciálu osoby se zdravotním postižením, nízký výskyt až absence pozitivní rekomandace u některých skupin osob se zdravotním postižením, aj.)

Pro působivé a ekonomické provádění rehabilitace, potažmo pracovní rehabilitace, jako komplexní činnosti, se ve všech jejích činnostech musí řídit základními zásadami – včasnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost, dostupnost, individuální přístup multidisciplinární posouzení a součinnost.

„**Lidé jsou ochotni učinit daleko více pro to, aby se vyvarovali věcí, kterých se bojí, než aby získali to, po čem touží**.“(Dan Brown)

7. Seznam použitých zdrojů

1. BIENERTOVÁ, J.: *Pracovní rehabilitace – Individuální plán pracovní rehabilitace*, Diplomová práce 2009
2. BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., KOLÁŘOVÁ,M. *Vývoj invalidity v ČR a ve vybraných zemích EU. Praha:* VÚPSV, 2002.
3. BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., JEŘÁBKOVÁ, V.: *Nová klasifikace nemoci a zdraví*, Česká geriatrická revue, 2009, roč. 7, č. 2, s. 90-96, ISSN 1214-0732.
4. BUCHTOVÁ, B. et al. *Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém.* 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8.
5. CIKRT,T. *Důchod versus rehabilitace*. In Zdravotnické noviny ČR. Č. 6, 2004.
6. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*: Příručka pro uživatele. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0139-7.
7. Doporučení Rady Evropy: *Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti, zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě2006- 2015*
8. *Evropský sociální fond.* Poslední aktualizace 28.3.2006 Dostupné z: http://www.esfcr.cz/07-13/oplzz
9. FLEGL, V. *Listina základních práv a svobod v aplikační praxi* ČR. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 1997. ISBN 80-7179-149-0.
10. 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 Země.* Praha, 26.10.2001.
11. HENDL, J., *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.
12. HRKAL, k., POJSLOVÁ, K. *Informace o novém zákonu o zaměstnanosti*.In Roska. Č.4 2004.
13. *Individuální plán pracovní rehabilitace* Příloha č.2 k zadávacímu listu č.PR001.
14. *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/
15. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese.* 1.vyd. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

16. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí.* 2.vyd. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
17. 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.
18. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
19. KAHOUN, V., KOZLOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. et al. *Sociální práce.* 1.vyd. Praha: triton, 2003. ISBN 80-7254-138-2.
20. KAŠÍKOVÁ, M.: Odpovědi na otázky týkající se „Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014“, In Vozíčkář, 5. 5. 2010 [online] Poslední aktualizace 2010. Dostupné z: http://vozickar.com/novy-narodni-plan-ma-i-kapitolu-o-zenach-s-postizenim-a-zavadi-pojem-%E2%80%9Esocialni-podnik%E2%80%9C/
21. KOŠČÁLOVÁ, J.: *Změny v posuzování invalidity*, Tempus medicorum, 2010, ročník 19, č. 1, ISSN 1214-7524.
22. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby.*1. vyd. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
23. 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.
24. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi.* 1.vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
25. *Metodika hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.
26. *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.
27. *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“.
28. *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“.

29. *Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“
30. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: GRADA, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.
31. MPSV ČR. *Právní předpisy o zaměstnanosti*. 5. vyd. Praha : JAN, 2005. ISBN 80-86878-11-2.
32. MPSV ČR. *Právní předpisy o zaměstnanosti*. 3. vyd. Praha: JAN, 2002. 92 s. ISBN 80-86552-32-2.
33. Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2010-2014.
34. 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.
35. *OSN Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*, 13.12. 2006, Česká republika Úmluva vstoupila v platnost podle odst. 2, článku 45 dnem 28. října 2009. Je součástí Sbírky mezinárodních smluv České republiky částka 4, ročník 2010
36. PFEIFFER, J.: *Ergoterapie*. REHALB o.p.s., Praha 2001.
37. *Pracovní rehabilitace v regionálních sítích spolupráce*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
38. *Problematika zaměstnávání zdravotně postižených občanů*. .[online] Poslední aktualizace 6. 9. 2002
Dostupné z: www.infoposel.cz/index.php?idm=legislativa&idr=20&idc=1031328350
39. 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.
40. Sdělení Českého statistického úřadu o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), ze dne 18. listopadu 2009. Dostupné z: www.uzis.cz
41. *Statistiky*. Údaje uváděné úřadem práce v Litoměřicích .[online] Pobledni aktualizace.1. 4. 2010. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/sz/local/lt_info/info
42. STUCKI, G., CIEZA, A., EWERT, T., KONSTANJSEK, N., et al. *Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice*, Disability and rehabilitation, An international

multidisciplinary journal 2002, vol 5, p.281-2 .

43. ŠVESTKOVÁ, O. *Kurz ergodiagnostiky, ergoterapie a rehabilitace zdravotně postižených.*
44. ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J.: *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, výukový materiál, Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky, 2009
45. ŠVESTKOVÁ O., PFEIFFER J.: *Funkční hodnocení (diagnostika) v rehabilitaci*, Prakt. Lék. 2009, 89, No. 5, pp. 268-271.
46. ŠVESTKOVÁ, O. *Moderní rehabilitace –teorie a skutečnosti.* Přednáška 21. 9. 2005. Spolek lék. ČLS JEP Chomutov.
47. ŠVESTKOVÁ, O. *Objektivní metodiky hodnocení funkčních schopností člověka.* Seminář 20. 6. 2005.
48. TISCHLEROVÁ, P. *Pracovní rehabilitace- současné možnosti rehabilitantů.* Bakalářská práce 2006.
49. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
50. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* 1. vyd. Praha: Karolinum,2003. ISBN 80-246-0708-5.
51. VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.* 1. vyd. Praha :Manus, 2004. ISBN 80-86571-07-6.
52. Vyhláška MPSV ČR. č. 115/1992 Sb. *O provádění pracovní RHB občanů se změněnou pracovní schopností, ve znění pozdějších předpisů.*
53. Vyhláška MPSV ČR č. 518/2004 Sb. kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb. , o zaměstnanosti, v platném znění.
54. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1997 Sb. o hodnocení zdravotně postižených, v platném znění.
55. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb. o dávkách sociální péče osobám se zdravotním postižením, v platném znění.
56. VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.
57. *Vyšetření fyzických pracovních schopností metodou Isernhagen WS jako součást ergodiagnostiky*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
58. WERNEROVÁ, J. *Nová kategorie – osob se zdravotním postižením– v zákoně o*

zaměstnanosti. In Revizní a posudkové lékařství. Č. 1. Praha: ČLS JEP, 2005.

59. WHO. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).* Ženeva: WHO.
60. *Zákon č. 435 / 2004 Sb. o zaměstnanosti,* v platném znění.
61. Zákon č. 582/1991 Sb. o sociálním zabezpečení, v platném znění.
62. Zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, v platném znění.
63. Zákon č. 105/2008 Sb. o sociálních službách, v platném znění.
64. Zákon č. 111/2006 Sb. o hmotné nouzi, v platném znění.
65. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. [online] Poslední aktualizace 11.4.2007 Dostupné z www.business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/cast3.aspx
66. 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
Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
Isernhagen Work System

9. Přílohy

Příloha 1: ICF Bipsychosociální model

Příloha 2: Stručný přehled ICF

Příloha 3: Základní skupiny ICF

Příloha 4: Kódování ICF

Příloha 5: Rehabilitační protokol (ICF-CHECK-LIST)

Příloha 6: Příklad praktického použití ICF

Příloha 7: Hodnocení pro 1. sled

Příloha 8: Hodnocení pro 2. sled

Příloha 9: Složení testu IWS

Příloha 10: Ukázka testů metody IWS

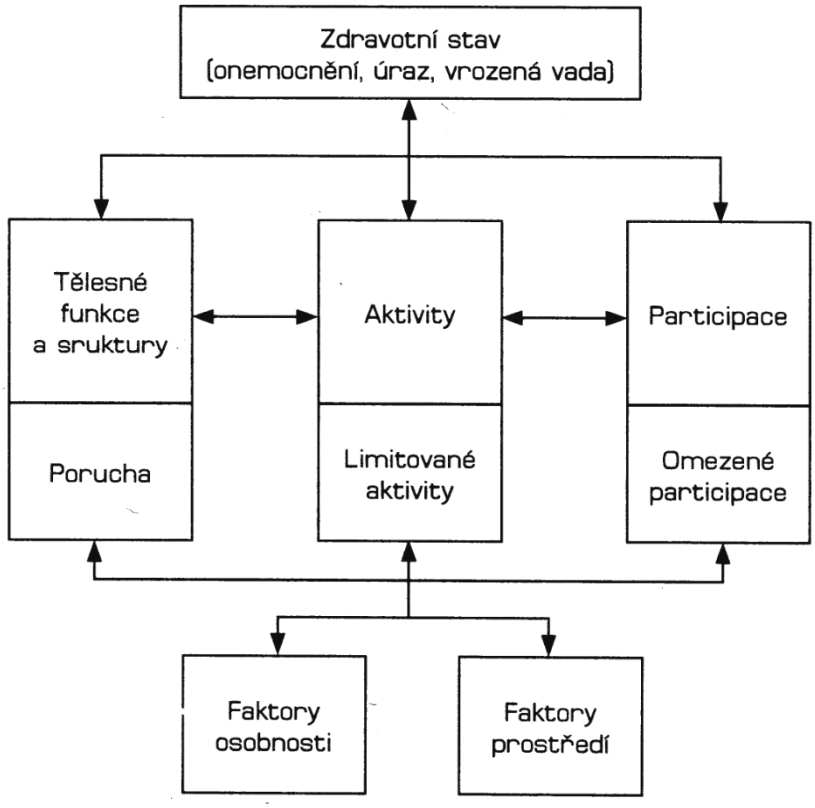
Příloha 11: Hodnocení bolesti

Příloha 12: Hodnocení konzistence úsilí při testu

Příloha 13: PACK test

Příloha 1

ICF BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ MODEL



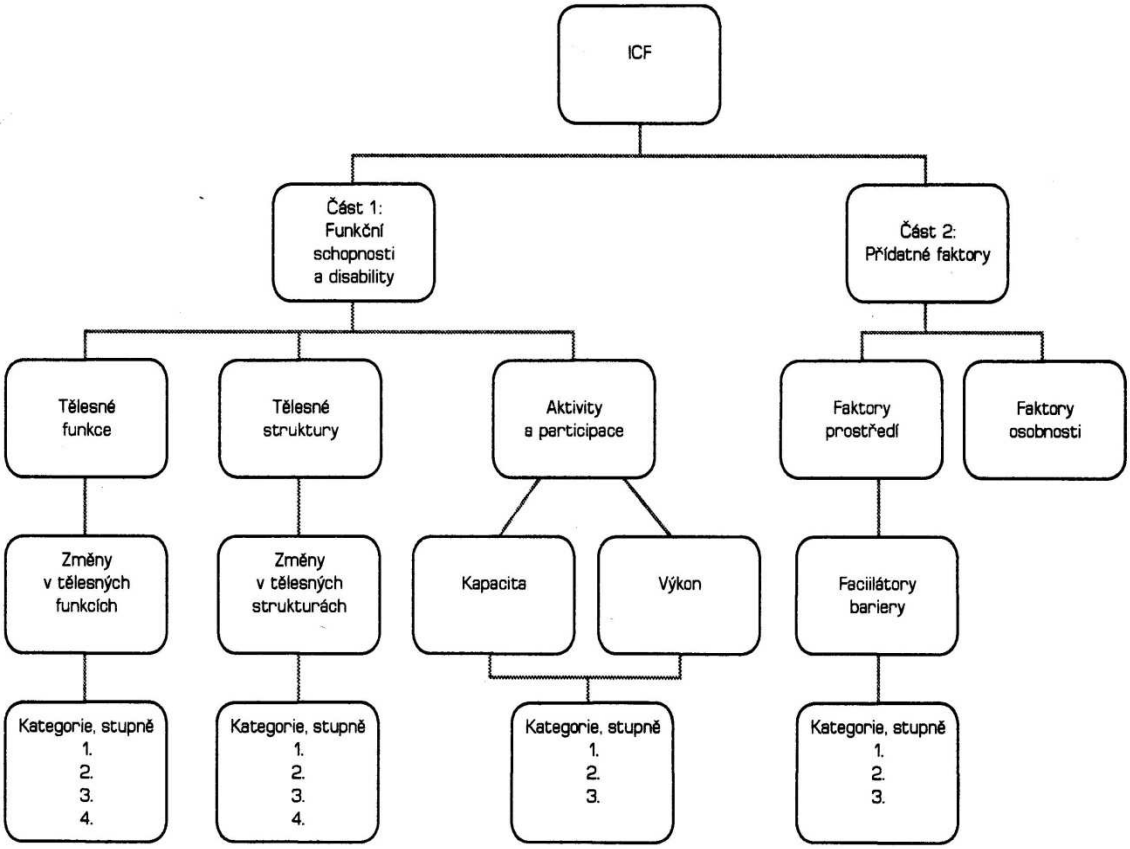
Příloha 2

	Stručný přehled ICF			
	Část 1: Funkční schopnost a disabilita		**Část 2: Spoluúčastné faktory**	
Komponenty	Tělesné funkce a struktury	Aktivity a participace	Faktory prostředí	Faktory osobní
Domény	Tělesné funkce a struktury	Oblasti života (úkoly, činnosti)	Vnější vlivy na funkční schopnost a disability	Vnitřní vlivy na funkční schopnost a disability
Konstrukce	Změny v tělesných funkcích (fyziologické) Změny v tělesných strukturách (anatomické)	Kapacita Provádění úkonů ve standardním prostředí Provedení Provádění úkolů v běžném prostředí	Facilitující nebo omezující vliv fyzického, sociálního a postojového prostředí okolního světa	Vliv vlastností dané osoby
Pozitivní aspekt	Funkční a strukturální integrita	Aktivity a participace	Facilitátory	Nelze aplikovat
	Funkční schopnost			
Negativní aspekt	Porucha (impairment)	Limitovaná aktivita Restringovaná účast (participace)	Bariéry (překážky)	Nelze aplikovat
	Disabilita (postižení)			

Příloha 3

Základní skupiny ICF

ICF je dělena do těchto základních skupin:

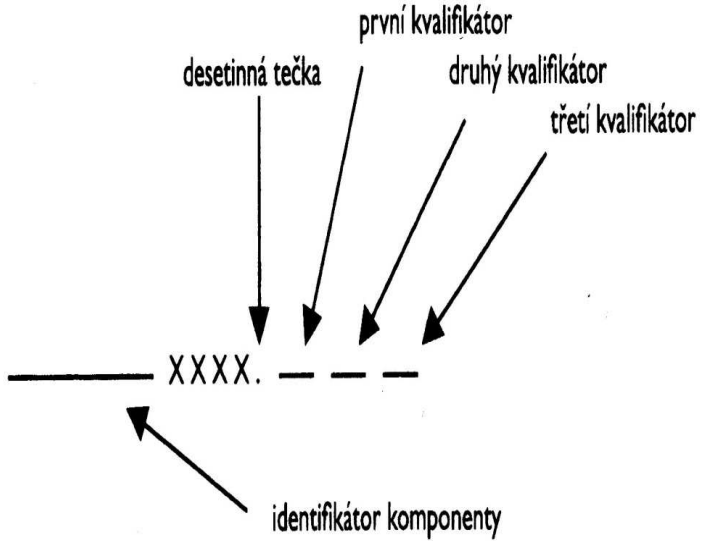


Příloha 4

Kódování ICF

Celou klasifikaci lze používat ve čtyřech stupních podrobnosti kódování

Kódování ICF



b = tělesná funkce	bxxxx._
s = tělesná struktura	sxxxx._ _ _
d = aktivita (kapacita) a participace (výkon)	dxxx._ _
e = faktory prostředí	exxx._

Příloha 5

Rehabilitační protokol (ICF-CHECK-LIST)

Datum/ den/ měsíc/ rok/

A OSOBNÍ INFORMACE

A1 JMÉNO Příjmení..... Jméno.....

A2 POHLAVÍ (1) žena (2) muž

A3 DATUM NAROZENÍ / / / (den/měsíc/rok)

A4 ADRESA

.....

A5 DÉLKA FORMÁLNÍHO VZDĚLÁNÍ

.....

A6 SOUČASNÝ RODINNÝ STAV (označte jeden údaj, který je nevíce odpovídající)

(1) nikdy neoddán	( )	(4) rozvedený/á	( )
(2) v současnosti vdaná/ženatý	( )	(5) ovdovělý/á	( )
(3) samotný/á	( )	(6) ve volném soužití	( )

A7 SOUČASNÉ ZAMĚSTNÁNÍ (označte jeden údaj, který je nevíce odpovídající)

(1) placené zaměstnání	( )	(6) v důchodu	( )
(2) osoba samostatně výdělečná	( )	(7) nezaměstnaný/zdravotní důvody	( )
(3) neplacená práce, charita	( )	(8) nezaměstnaný/jiné důvody	( )
(4) studující	( )	(9) jiné	
(5) v domácnosti	( )	Prosím, upřesnit:	

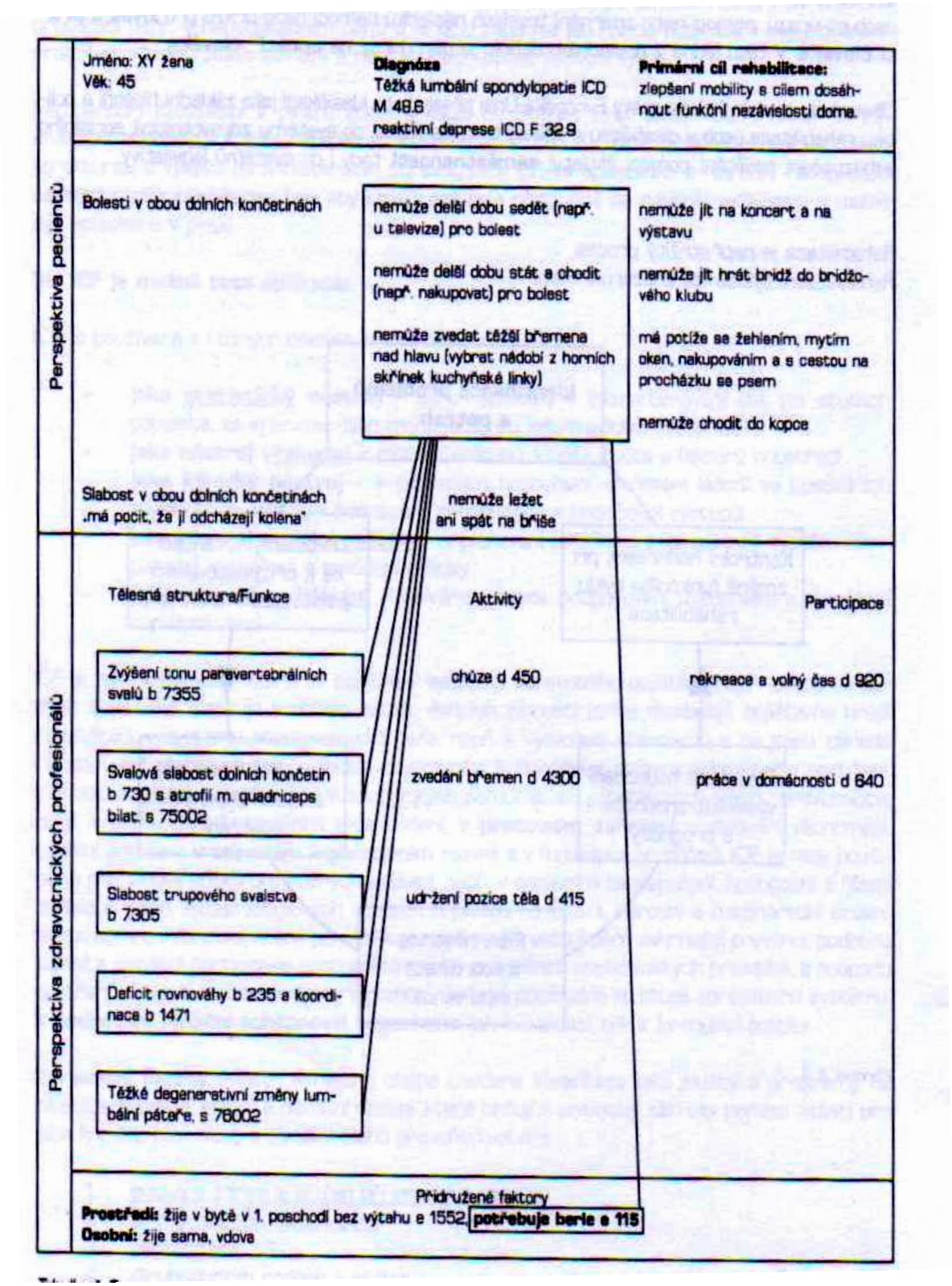
.....

A8 LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA – případně i víc diagnóz, stávající zdravotní stav.
Pokud možno, uveďte také kód/y Mezinárodní klasifikace nemocí (MKF 10)

1.....MKN kód.....
2.....MKN kód.....
3.....MKN kód.....
4 zdravotní stav je ovlivněn (nemocí, vadou, úrazem), přestože její diagnóza není známá

Příloha 6

Příklad praktického použití ICF



Příloha 7

Hodnocení pro 1. sled

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

Příloha 8

Hodnocení pro 2. sled

název	indikace
Vyšetření čití	hodnocení taktilního čití, 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 visuálního 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

Příloha 9

Složení testu IWS

1. den	2.den
anamnéza - při ní se testuje delší sed a současně provede test bolesti a PACT (viz jinde)	pohovor. dotazník o bolesti
klinické vyšetření	zvedání podlaha-pas
zvedání podlaha-pas	zvedání pas-hlava
zvedání pas-hlava	zvedání horizontální (krátké nesení)
zvedání horizontální (krátké nesení)	plazení
tlačení, tažení	klek
nesení pravou a levou rukou	dřep
nesení obouruč	opakované flexe kolen
práce s rukama nad hlavou	delší sed, koordinace rukou
stoj a sed s předklonem	chůze
rotace trupu doprava a doleva vsedě a vstoje	schody
závěr prvního dne, test bolesti	žebřík
	rovnováha
	dlouhé stání 30 min, při něm závěrečný pohovor, analýza pracoviště, PACT, test bolesti

Příloha 10

Ukázka testů metody IWS

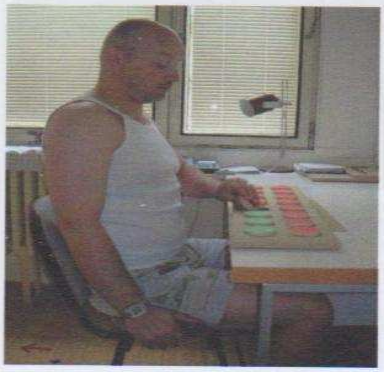
Obr. 1 Dynamický tlak

Obr. 2 Rotace vsedě

Obr. 3 Lezení

Obr. 4 Vyšetření rovnováhy

Obr. 5 Vyšetření jemné motoriky/Nuts and bolts test



Obr. 6 vyšetření motoriky ruky/Round block test

Obr. 8 Zvedání z úrovně pasu nad hlavu

Příloha 11

Hodnocení bolesti

Autoprojekční záznam bolesti

Jméno, příjmení:..... Datum narození:.....

Datum:..... Podpis:.....

1. Anamnéza

Bolest je ☐ akutní ☐ akutní - recidivující ☐ momentálně bez bolesti

1.1. Lokalizace - topografie

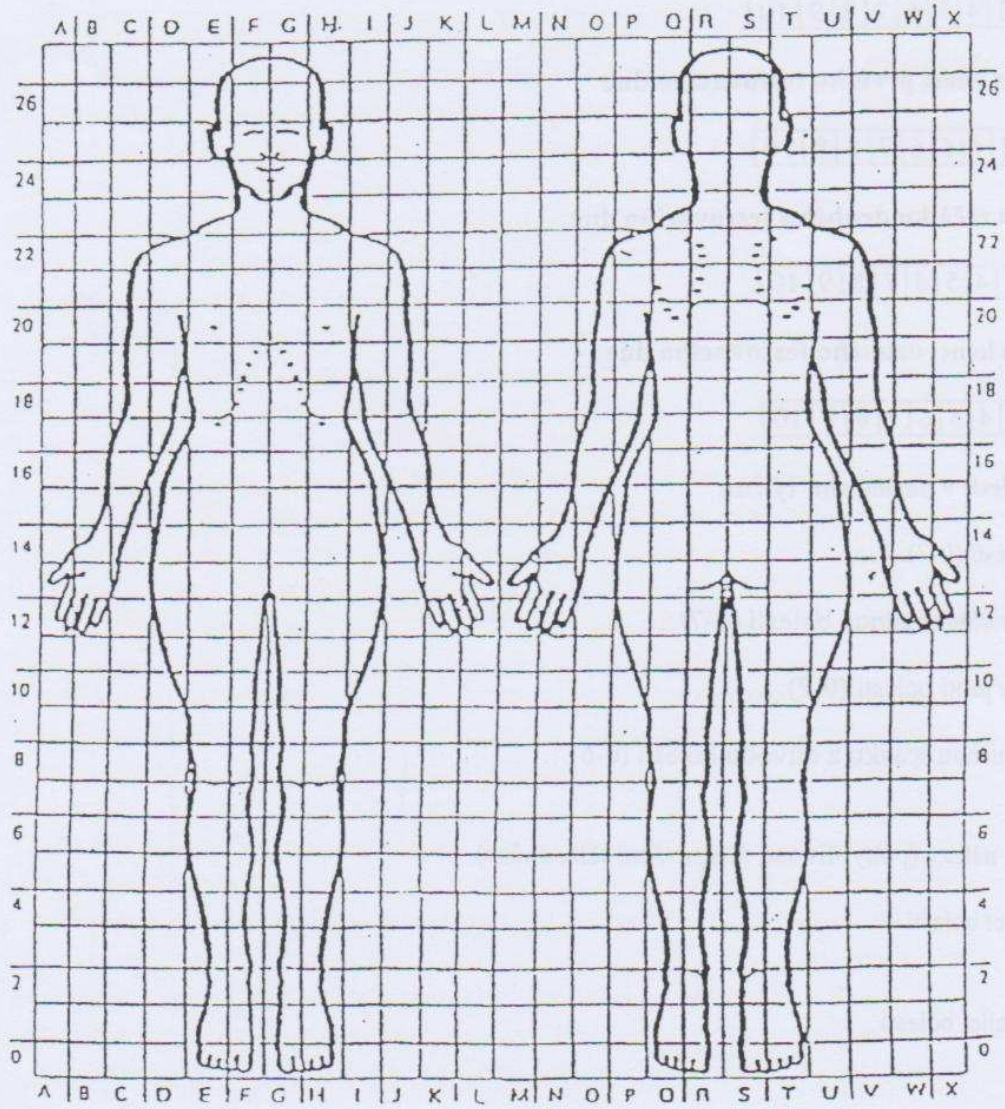
vyčárkujte oblasti bolesti ////////

vykřížkujte oblasti velmi silné bolesti XXXXX

označte všechny oblasti, kde je ztráta, nebo zřetelné snížení citlivosti OOOOO

označte všechny oblasti, kde pociťujete brnění značkou ΔΔΔΔΔΔ

označte všechny oblasti, kde pociťujete svědění značkou ••••••••



BOLEST

Jméno a příjmení RČ

Protokol č.

Bolest v tuto chvíli
(škála od 0 do 10; 0=žádná bolest, 10=nesnesitelná bolest – největší, jakou si lze představit)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nejhorší bolest za posledních 7 dní

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bolest na konci prvního testovacího dne

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bolest na začátku druhého testovacího dne

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bolest na konci druhého testovacího dne

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Profil bolesti v posledním týdnu

Dnů s bolestí (0-7).....

Dnů s mimořádně silnou bolestí (0-7).....

Dnů s léky proti bolesti (0-7).....

Nocí s poruchou spánku z důvodu bolesti (0-6).....

Objektivní nálezy (pohyblivost, síla, držení těla, chůze)

odpovídající bolesti

neodpovídající bolesti

Příloha 12

HODNOCENÍ KONZISTENCE ÚSILÍ PŘI TESTU

	BYLA NALEZENA SHODA?	ANO	NE
1	Je shoda mezi nálezy z fyzikálního vyšetření a z testů?		
2	Stoupal puls při zvyšující se fyzické zátěži?		
3	Koreluje zvedání ze země s opakovanými dřepy?		
4	Koreluje zvedání nad hlavu s testem práce s rukama nad hlavou?		
5	Koreluje horizontální zvedání s přenášením oběma rukama?		
6	Koreluje přenášení jednou rukou s výsledky měření síly stisku? Statická síla stisku by měla být vyšší než váha přenášeného břemene.		
7	Byla síla při tahu větší než síla při tlaku?		
8	Použil pro tlak nohu vzadu jako opěrnou? Použil pro tah nohu vpředu jako opěrnou?		
9	Vyšly testy lezení, kleku, dřepu a opakovaných dřepů souhlasně s fyzikálním vyšetřením RP a SS dolních končetin a trupu?		
10	Byla tolerance polohy sedě souhlasná při pohovoru, anamnéze a vlastním testu?		
11	Vyšla při dynamometrii stisku křivka tvaru zvonu?		
12	Byly výsledky testů v prvním dnu v souhlasu s výsledky z druhého dne?		
13	Vyšel PACT shodně s testováním IWS?		
	Celkem		

Výsledek je konzistentní, je-li počet odpovědí „ne“ menší než 3.

Příloha 13

PACT Test

	Mohl byste:	Lze	S obtížemi			Nelze	?
1	dát skleněnou láhev na zem	1	2	3	4	5	?
2	zvednout malý předmět ze země	1	2	3	4	5	?
3	pracovat s vysavačem	1	2	3	4	5	?
4	jezdit s nákupním vozíkem	1	2	3	4	5	?
5	zvednout 2 1/2 kg z úrovně pasu do úrovně očí	1	2	3	4	5	?
6	zvednout 2 1/2 kg z úrovně pasu do úrovně temene hlavy	1	2	3	4	5	?
7	vzít 5 kg z police v úrovni očí a položit na zem	1	2	3	4	5	?
8	vzít 5 kg z ponku a položit na zem	1	2	3	4	5	?
9	zvednout 5 kg ze země do úrovně očí	1	2	3	4	5	?
10	zvednout 5 kg ze země a položit na ponk	1	2	3	4	5	?
11	umístit 10 kg do kufru auta	1	2	3	4	5	?
12	vzít 10 kg z police v úrovni očí a položit na zem	1	2	3	4	5	?
13	vyjmout 10 kg z kufru auta	1	2	3	4	5	?
14	zvednout 10 kg ze země do úrovně očí	1	2	3	4	5	?
15	vytáhnout dvě pětikilové tašky z kufru auta	1	2	3	4	5	?
16	zvednout 10 kg ze země a položit na ponk	1	2	3	4	5	?
17	natírat v úrovni očí	1	2	3	4	5	?
18	zatlouct hřebíky	1	2	3	4	5	?
19	umýt nádobí	1	2	3	4	5	?
20	stříhat křoví	1	2	3	4	5	?
21	vyměnit žárovku	1	2	3	4	5	?
22	dát kryt na zásuvku	1	2	3	4	5	?
23	uříznout prkno	1	2	3	4	5	?
24	vytáhnout hřebík	1	2	3	4	5	?
25	přelít tekutinu	1	2	3	4	5	?
26	převézt popelnici na rudlíku	1	2	3	4	5	?
27	dát nádobí do myčky	1	2	3	4	5	?
28	házet lopatou	1	2	3	4	5	?
29	otevřít těžké dveře tlakem	1	2	3	4	5	?
30	nasednout do auta	1	2	3	4	5	?
31	otevřít těžké dveře tahem	1	2	3	4	5	?
32	vystoupit z auta	1	2	3	4	5	?
33	přenést pětikilové schůdky na vzdálenost 15 m	1	2	3	4	5	?
34	přenést kbelík, vážící 15 kg, na vzdálenost 15 m	1	2	3	4	5	?
35	nést 10 kg těžkou tašku na vzdálenost 30 m	1	2	3	4	5	?
36	nést dvě pětikilové tašky na vzdálenost 30 m	1	2	3	4	5	?

37	vylézt na štafle	1	2	3	4	5	?
38	vylézt na štafle s 10 kg těžkým kbelíkem	1	2	3	4	5	?
39	vydrhnout podlahu	1	2	3	4	5	?
40	zamést podlahu	1	2	3	4	5	?
41	vzít 25 kg z police ve výši očí a postavit na zem	1	2	3	4	5	?
42	vzít 25 kg z ponku a postavit na zem	1	2	3	4	5	?
43	zvednout 25 kg ze země do výše očí	1	2	3	4	5	?
44	zvednout 25 kg ze země na ponk	1	2	3	4	5	?
45	vzít 50 kg z police ve výši očí a položit na zem	1	2	3	4	5	?
46	vzít 50 kg z ponku a položit na zem	1	2	3	4	5	?
47	zvednout 50 kg ze země do výše očí	1	2	3	4	5	?
48	zvednout 50 kg ze země a položit na ponk	1	2	3	4	5	?
49	natírat ve výši očí	1	2	3	4	5	?
50	zvednout 2,5 kg z úrovně pasu nad hlavu	1	2	3	4	5	?
	Koeficient	x4	x3	x2	x1	x1	
	Součet					0	

Ukázka z PACT testu