

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Michaela Tomášová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Michaela Tomášová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**POROVNÁNÍ ERGODIAGNOSTIKY V ČESKÉ REPUBLICE
A VELKÉ BRITÁNII Z POHLEDU ERGOTERAPEUTA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

PLZEŇ 2023

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023



vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Tomášová Michaela

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Porovnání ergodiagnostiky v České republice a Velké Británii z pohledu ergoterapeuta

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Počet stran – číslované: 70

Počet stran – nečíslované: 31

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 61

Klíčová slova: ergodiagnostika, pracovní rehabilitace, ergoterapie, ergodiagnostické testové metody, hodnocení funkčního potenciálu

Souhrn:

Bakalářská práce si klade za cíl porovnat ergodiagnostiku v České republice a Velké Británii z pohledu ergoterapeuta. Teoretická část je věnována úvodu do problematiky ergodiagnostiky, historii ergodiagnostiky, jejím průběhem a ergodiagnostickými testovacími metodami. Pro lepší přehlednost je stejná struktura teoretické části zachována pro situaci v České republice i Velké Británii. Praktická část je tvořena dvěma rozhovory s ergoterapeuty, kteří se zabývají ergodiagnostikou, v obou zemích. Dále obsahuje také charakteristiku sledovaného souboru, metodiku práce, kódování a interpretaci dat, analýzu výsledků, diskuzi a závěr. Praktická část poukazuje na podobnosti a odlišnosti ergodiagnostiky v obou zemích.

Abstract

Surname and name: Tomášová Michaela

Department: Department of Rehabilitation Science

Title of thesis: Comparison of prevocational assessment in the Czech Republic and Great Britain from the perspective of an occupational therapist

Consultant: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Number of pages – numbered: 70

Number of pages – unnumbered: 31

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 61

Keywords: prevocational assessment, vocational rehabilitation, occupational therapy, ergodiagnostic test methods, Functional Capacity Evaluation

Summary:

The bachelor's thesis aims to compare prevocational assessment in the Czech Republic and Great Britain from the perspective of an occupational therapist. The theoretical part is dedicated to the introduction to the issue of ergodiagnosics, the history of ergodiagnosics, its course and ergodiagnostic test methods. For a better overview, the same structure of the theoretical part was preserved for the Czech Republic and Great Britain. The practical part consists of two interviews with occupational therapists who deal with prevocational assessment in the Czech Republic and Great Britain. It also contains the characteristics of the monitored group, work methodology, data coding and interpretation, analysis of results, discussion and conclusion. The practical part points out the similarities and differences of ergodiagnosics in both countries.

Předmluva

Práce je důležitou součástí života každého jedince v produktivním věku. Pokud v důsledku postižení dojde ke snížení jeho pracovních schopností, snižuje se tím i kvalita jeho života. Pracovní rehabilitace slouží k začlenění těchto osob zpět do pracovního procesu. Součástí pracovní rehabilitace je ergodiagnostické vyšetření, které slouží ke zjištění zbytkového pracovního potenciálu jedince. V různých zemích existují v této problematice rozdíly, a proto bylo cílem této práce porovnat ergodiagnostiku v České republice a Velké Británii z pohledu ergoterapeuta a zjistit, jaké jsou v ergodiagnostice v těchto zemích rozdíly. Jelikož má ergodiagnostika ve Velké Británii delší historii a tedy i bohatší zkušenosti, účelem této práce je přinést inspiraci pro další rozvoj tohoto odvětví v naší zemi.

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné připomínky, poskytování rad, a především za čas, který mi věnovala během tvorby práce. Dále děkuji ergoterapeutům za poskytnutí informací potřebných k mému výzkumu. Poděkování patří i mé rodině a blízkým za podporu během mého vysokoškolského studia.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY.....	15
1.1 Pracovní rehabilitace.....	15
1.2 Ergodiagnostika	15
2 ERGODIAGNOSTIKA V ČESKÉ REPUBLICE.....	16
2.1 Historie a vývoj ergodiagnostiky v České republice	16
2.1.1 Projekt RAP.....	16
2.1.2 Projekt PREGNET.....	17
2.2 Systém pracovní rehabilitace v České republice	17
2.3 Hrazení ergodiagnostiky v České republice	18
2.4 Průběh ergodiagnostiky v České republice.....	19
2.5 Role ergoterapeuta v ergodiagnostice.....	20
2.6 Ergodiagnostika u různých cílových skupin v České republice	21
2.7 Ergodiagnostická centra v České republice	22
2.8 Ergodiagnostické testové metody	22
2.8.1 Základní metodiky.....	23
2.8.2 Doporučené metodiky.....	29
2.8.3 Speciální metodiky	29
3 PRACOVNÍ REHABILITACE A ERGODIAGNOSTIKA VE VELKÉ BRITÁNII ...	30
3.1 Historie a vývoj pracovní rehabilitace ve Velké Británii	31
3.2 Systém pracovní rehabilitace ve Velké Británii	31
3.3 Hrazení pracovní rehabilitace a ergodiagnostiky ve Velké Británii	32
3.4 Průběh pracovní rehabilitace a ergodiagnostiky ve Velké Británii	33
3.5 Role ergoterapeuta v ergodiagnostice.....	36
3.6 Ergodiagnostika u různých cílových skupin.....	36
3.7 Ergodiagnostická centra ve Velké Británii	37
3.8 Ergodiagnostické testové metody	37
3.8.1 FitHaNSA test	38
3.8.2 EPIC Lift Capacity Test	38
3.8.3 Minnesota Dexterity Test	38
3.8.4 Blankenship System	39

3.8.5	Ergo-Kit	39
3.8.6	Ergos Work Simulator	40
3.8.7	Jobfit	40
3.8.8	Valpar	40
3.8.9	Workhab	40
PRAKTICKÁ ČÁST		41
4	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	41
4.1	Hlavní cíl.....	41
4.2	Dílčí cíle.....	41
5	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	43
7	METODIKA PRÁCE	45
8	KÓDOVÁNÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	48
9	SYSTÉM ERGODIAGNOSTIKY	53
9.1.1	Indikace ergodiagnostiky.....	53
9.1.2	Způsob hrazení	53
9.1.3	Ergodiagnostický tým.....	54
9.1.4	Role ergoterapeuta v ergodiagnostice.....	54
10	VLASTNÍ ERGODIAGNOSTIKA.....	55
10.1.1	Průběh ergodiagnostiky	55
10.1.2	Nejvyužívanější testové metody.....	55
10.1.3	Nedostatečné testové vybavení pracoviště	56
11	KLIENT ERGODIAGNOSTIKY	57
11.1.1	Požadavky na klienta	57
11.1.2	Nejčastější diagnózy	57
11.1.3	Předchozí pracovní zkušenosti klienta	57
11.1.4	Počet klientů	57
11.1.5	Zpětná vazba klienta.....	58
12	ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ.....	59
12.1.1	Hodnotící tým	59
12.1.2	Využití výsledků ergodiagnostiky	59
12.1.3	Sdělování výsledků klientovi	59
12.1.4	Následný proces po hodnocení	59
13	VZDĚLÁNÍ A VZDĚLÁVÁNÍ V ERGODIAGNOSTICE.....	60
13.1.1	Nutné vzdělání ergoterapeutů pro výkon ergodiagnostiky.....	60
13.1.2	Školení v ergodiagnostice.....	60
13.1.3	Možnosti dalšího vzdělávání	60

11 SOUHRN ROZHOVORŮ.....	62
14 LIMITY PRÁCE	65
DISKUZE	66
ZÁVĚR.....	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM PŘÍLOH	79
PŘÍLOHY	80

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Mapa ergodiagnostických center v ČR.....	22
Obrázek 2: Jebsen-Taylorův test	26
Obrázek 3: Purdue Pegboard model #32020	27
Obrázek 4: Dynamometr Jamar	28
Obrázek 5: Minnesota Dexterity Test.....	39
Obrázek 6: Formulář pro žádost o pracovní rehabilitaci v ČR, 1. strana	80
Obrázek 7: Formulář pro žádost o pracovní rehabilitaci v ČR, 2. strana	81

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Přehled cen vybraných ergodiagnostických výkonů ve FN Plzeň 19

Tabulka 2: Přehled společných témat z kódování rozhovorů..... 48

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
DWP.....	Department of Work and Pension
EDC	ergodiagnostické centrum
FCE	Functional Capacity Evaluation
HK.....	horní končetina
MPSV.....	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSEÚHP	Metodika standardů ergodiagnostiky pro účely hodnocení pracovního potenciálu OZP
MSPPRP	Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi
NHS	National Health Service
OZP	osoba zdravotně postižená
ÚP	Úřad práce
ÚP ČR.....	Úřad práce České republiky
ÚZIS.....	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VB	Velká Británie

ÚVOD

Nezaměstnanost je aktuálním problémem naší společnosti. Zastáváme názor, že má negativní vliv nejen na ekonomiku země, ale i na samotného nepracujícího jedince. Jelikož je práce jednou ze základních lidských potřeb, v případě že jedinec přijde v důsledku svého postižení o možnost pracovat, dochází u něj ke snížení kvality života. Pro osoby v produktivním věku, které následkem svého postižení přišly o schopnost pracovat, existuje v České republice pracovní rehabilitace. Ta slouží k navrácení těchto osob zpět na trh práce. Její součástí je ergodiagnostika, která pomocí různých metod zjišťuje pracovní potenciál jedince. Pracovní rehabilitace a s ní i spojená ergodiagnostika, má v České republice již několikaletou tradici a její postupy a standardy jsou již zavedeny. Přesto by se však tento obor neměl přestat rozvíjet. Dalšímu rozvoji pracovní rehabilitace v naší zemi by mohly sloužit jako inspirace zahraniční postupy a metodiky zabývající se touto problematikou.

Další evropskou zemí, ve které je pracovní rehabilitace využívána a má dlouholetou tradici, je Velká Británie. Přestože je podstata ergodiagnostiky v obou zemích stejná, předpokládáme, že se ergodiagnostické procesy budou v některých aspektech v těchto zemích odlišovat.

Cílem této práce je porovnat ergodiagnostiku v České republice a Velké Británii z pohledu ergoterapeuta. Dílčími cíli je zjistit, jaký je systém pracovní rehabilitace v obou zemích, jaký je průběh ergodiagnostiky v obou zemích, jaké jsou nejvyužívanější testové metody v obou zemích a jaké jsou možnosti vzdělání pro ergoterapeuty v ergodiagnostice v obou zemích. Teoretická část této práce se zabývá historií ergodiagnostiky, jejím systémem a průběhem, způsoby hrazení, rolí ergoterapeuta v ergodiagnostice, ergodiagnostickými centry a ergodiagnostickými metodami. Všechny tyto kapitoly jsou věnovány situaci v České republice a stejná struktura je následně udržena i pro popis situace ve Velké Británii. Praktická část zkoumá rozdílnost ergodiagnostiky v obou zemích, především rozdíly v jejím systému, průběhu, v nejvíce používaných testových metodách a v možnostech vzdělání ergoterapeutů v ergodiagnostice. Obsahuje 2 polostrukturované rozhovory s ergoterapeuty, kteří vykonávají ergodiagnostiku v obou zemích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

1.1 Pracovní rehabilitace

Zákon o zaměstnanosti uvádí, že osoby se zdravotním postižením (dále OZP) mají právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitace usiluje o získání a udržení zaměstnání u OZP v produktivním věku. Jedná se o souvislou, komplexní činnost, která je na základě žádosti zabezpečována úřady práce ve spolupráci s dalšími vzdělávacími, poradenskými a zdravotnickými subjekty (Sládková, 2021). Je to multidisciplinární intervence určena osobám s fyzickými, psychickými a/nebo sociálními obtížemi, umožňující návrat do práce a předcházení její ztrátě (Vocational Rehabilitation Association, 2020). Usiluje o usnadnění vstupu OZP na otevřený trh práce. (Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi, 2016), (tento zdroj dále uváděn jako MSPPRP, 2016). Jejím hlavním cílem je zlepšit schopnost klienta pracovat a převést tuto schopnost do skutečného fungování. To může sekundárně vést ke zlepšení příznaků (Waddell, 2013). Mezi základní formy pracovní rehabilitace patří poradenská činnost, příprava na budoucí povolání, specializované rekvalifikační kurzy, zprostředkování zaměstnání, udržení a změna zaměstnání či povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání či jiné výdělečné činnosti. Dle zákona o zaměstnanosti zařazení OZP do pracovní rehabilitace závisí na několika faktorech, kterými jsou zdravotní stav, pracovní způsobilost, dosažené vzdělání, získané dovednosti a aktuální situace na trhu práce (Sládková, 2021). Základními požadavky na pracovní rehabilitaci jsou včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální přístup a multidisciplinární posouzení součinnosti (MSPPRP, 2016). Pracovní rehabilitace navazuje na výstupy z předpracovní rehabilitace (Sládková, 2021).

1.2 Ergodiagnostika

Ergodiagnostika je vyšetření funkčního psycho-senzo-motorického potenciálu k práci. Jedná se o vyšetření obecných funkčních schopností a následné zhodnocení celkového pracovního potenciálu pro účely zaměstnanosti (Sládková, 2021). Zaměřuje se na funkční potenciál a dovednosti jedince v rámci nemoci či úrazu, tedy na jeho pozitivní schopnosti (APRCR, 2022). Obecný psycho-senzo-motorický potenciál jedince se v průběhu rehabilitace ve zdravotnictví posuzuje opakovaně a pravidelně. Pokud se pacient

již delší dobu nezlepšuje, proces pracovní rehabilitace se ukončuje a pacient přechází do sociální, pracovní a pedagogicko-výchovné rehabilitace. Hodnocení se provádí i po ukončení procesu rehabilitace ve zdravotnictví, kdy je klient stabilizován a již se nezlepšuje. Posuzuje se chování, vlastnosti, výkon jedince a navrhuje se sociální služby a podpory v oblasti vzdělávání a zaměstnávání. K hodnocení pacienta se používají standardizované a nestandardizované testy. Standardizovaný test obsahuje informace o způsobu provedení testu, vyhodnocení výsledků a jejich interpretace podle určitých pravidel (Metodika standardů ergodiagnostiky pro účely hodnocení pracovního potenciálu OZP, 2016). (tento zdroj bude dále uváděn jako MSEÚHP, 2016)

2 ERGODIAGNOSTIKA V ČESKÉ REPUBLICĚ

2.1 Historie a vývoj ergodiagnostiky v České republice

V České republice má ergodiagnostika dlouholetou tradici. Projekty RAP a následně projekt PREGNET sjednotili poprvé ergodiagnostické metody využívané v České republice (Svěcená, 2019).

2.1.1 Projekt RAP

Název projektu RAP je zkratkou rehabilitace-aktivace-práce a jedná se o projekt Iniciativy Společenství EQUAL (MSPPRP, 2016). Jeho realizace proběhla v letech 2004 až 2008 a rozpočet tohoto projektu byl 49 198 023 Kč. Tento projekt se zaměřoval na vytvoření podmínek pro integraci OZP a jeho cílem bylo navržení systému pracovní rehabilitace s ohledem na specifika regionálních trhů práce, konkrétně usiloval o zlepšení přístupu pro usnadnění zaměstnání OZP. Poprvé bylo propojeno pět odborných oblastí, a to: zdravotnické, poradenské a vzdělávací organizace, úřady práce, OZP a zaměstnavatelé. Výstupem projektu byl integrovaný systém práce zdravotně postižených. Produktem byla například Metodika pracovní rehabilitace v regionálních sítích spolupráce nebo Metodika psycho-senzo-motorického potenciálu (Edost, 2015). Dále bylo založeno prvních šest akreditovaných specializovaných pracovišť pro pracovní rehabilitaci (Pregnet, 2014a). Ta se nacházejí v Karlovarském, Ústeckém, Jihočeském, Královéhradeckém, Pardubickém a Moravskoslezském kraji (Flanderka, 2008). V rámci tohoto projektu byly vymezeny metodiky 1. a 2. sledu. Mezi metodiky 1. sledu patří například Barthel index nebo Purdue Pegboard #32020. Jedná se o metodiky, jež jsou určeny pro pacienty s mírnějším deficitem a lze je provést maximálně do dvou dnů. Metodiky 2. sledu jsou náročnější a jsou určeny pro

pacienty s hlubším deficitem, které mohou být provedeny do dvou týdnů. Mezi ně se řadí Isernhagen Work System (Svěcená, 2019). Výstupem projektu bylo pilotní vyzkoušení systému pracovní rehabilitace a následné předání Ministerstvu práce a sociálních věcí České republiky (dále MPSV ČR). Do tohoto okamžiku nebyla tato problematika metodicky ani prakticky řešena a úřady práce toto řešení velmi postrádaly (Gbelec, 2009).

2.1.2 Projekt PREGNET

Nejefektivnějším způsobem začleňování OZP na trh práce je úzká spolupráce všech složek podílejících se na pracovní rehabilitaci. Hlavními pilíři jsou zaměstnavatelé, zdravotnická zařízení, Úřad práce ČR a vzdělávací poradenské organizace. Projekt PREGNET je zkratkou „Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci“ a navazuje na již zmíněný projekt RAP (Pregnet, 2014b) v letech 2012-2014 (Svěcená, 2019), který zavedl nový systém hodnocení a posuzování OZP v 6 krajích ČR. Rozšíření do zbývajících krajů Čech a Moravy (Libereckého, Plzeňského, Středočeského, Olomouckého, Moravskoslezského, Vysočiny, Jihomoravského a Zlínského) a jejich propojení s již vytvořeným systémem regionálních sítí je právě cílem a výsledkem tohoto projektu (Pregnet, 2014a). Znovuzhodnocení a sjednocení používaných metodik bylo jejich dalším dílčím cílem. Proběhlo několik setkání zastupitelů ergodiagnostických center a bylo zjištěno, že ve využívaných metodikách je stále mnoho rozdílů a některé z metodik jsou nevyhovující. Na základě tohoto výsledku byly metodiky znovu rozděleny, tentokrát již na základní, doporučené a speciální a toto rozdělení se využívá do současnosti (Svěcená, 2019).

2.2 Systém pracovní rehabilitace v České republice

Oblast zaměstnanosti, společně se sociální politikou, sociálním pojištěním, pracovněprávní legislativou, bezpečností a ochranou při práci, rovností příležitostí pro ženy a muže a evropskou integrací má v České republice v kompetenci **Ministerstvo práce a sociálních věcí** (dále MPSV). Podřízenými organizacemi MPSV jsou: Úřad práce ČR, Česká správa sociálního zabezpečení, Státní úřad inspekce a Úřad pro mezinárodní ochranu dětí (MPSV, 2021). **Úřad práce České republiky** (dále ÚP ČR) byl zřízen 1. 4. 2011, zákonem č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů a je řízen MPSV. V rámci krajů jsou organizačními útvary **Krajské pobočky ÚP ČR**. Jednou z mnoha jejích činností je zajišťování rekvalifikace uchazečům a zájemcům o zaměstnání, osobám na pracovní rehabilitaci a poskytují služby pracovní rehabilitace. Organizačními útvary krajských poboček jsou **Kontaktní pracoviště ÚP ČR**. Ty se zabývají zprostředkováním

zaměstnání, evidencí uchazečů a zájemců o zaměstnání a podporou v nezaměstnanosti. Zejména plní úkoly jako jsou např.: vyhledávání uchazečům o zaměstnání, včetně OZP, vhodné pracovní uplatnění, rozhodování o přiznání podpory v nezaměstnanosti nebo jedná s uchazeči o zaměstnání včetně OZP o možnostech rekvalifikace. Na kontaktním pracovišti v místě bydliště je možné obdržet kontakt na poradce pro osoby se zdravotním postižením (ÚPČR, 2022).

Pracovní rehabilitace je určena pro osoby se zdravotním postižením. Dle zákona č. 435/2004 Sb. O zaměstnanosti, je pracovní neschopnost definována ve třech stupních.

1. stupeň – pokles pracovní schopnosti o 35 % až 49 %
2. stupeň - pokles pracovní schopnosti o 50 % až 69 %
3. stupeň - pokles pracovní schopnosti o 70 % a více (Česká správa sociálního zabezpečení, 2022).

Na pracovní rehabilitaci mohou být zařazeny osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce a taktéž osoby invalidní a to na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře, které poté OZP doloží potvrzením orgánu sociálního zabezpečení nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Žádost o pracovní rehabilitaci v České republice podává občan, kterému se změnil zdravotní stav a je osobou zdravotně postiženou nebo osobou se zdravotním znevýhodněním či v dočasné pracovní neschopnosti. Může ji podat i zaměstnavatel, jehož zaměstnanci se změnil zdravotní stav (MPSV, 2021; APRČR, 2021). Žádost lze podat více způsoby. První variantou je osobní podání vytištěného formuláře na příslušné pracoviště Úřadu práce ČR. Formulář je možné vyplnit online v elektronické podobě a poté vytisknout a podepsat nebo ho vytisknout prázdný a následně ručně vyplnit. Další variantou je podat žádost elektronicky. Lze ji odeslat přes datovou schránku nebo s elektronickým podpisem. O pracovní rehabilitaci je možné žádat na každém pracovišti Úřadu práce v České republice (MPSV, 2021). Příloha A této práce obsahuje formulář pro podání žádosti o pracovní rehabilitaci.

2.3 Hrazení ergodiagnostiky v České republice

Náklady ergodiagnostiky hradí vždy Úřad práce České republiky (MSPPRP, 2016). Pro představu finanční nákladnosti různých zdravotních ergodiagnostických výkonů je v

Tabulce 1 vyobrazeno několik z nich. Údaje jsou čerpány z Ceníku zdravotních služeb Fakultní nemocnice Plzeň vydaného 1. ledna 2023.

Tabulka 1 – Přehled cen vybraných ergodiagnostických výkonů ve FN Plzeň

Název zdravotního výkonu	Cena v Kč vč. DPH
Cíleně zaměřená ergodiagnostika provedená rehabilitačním lékařem pro účely zaměstnanosti na základě speciálních vyšetřovacích metod (zvláště účtovaných), (cílené vyšetření odborníkem v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny)	769,35
Komplexní vstupní vyšetření lékařem rehabilitační a fyzikální medicíny (ergodiagnostikem) včetně studia zdravotnické dokumentace klienta a sestavení plánu ergodiagnostiky	1375,40
Ergoterapeutické vyšetření základní	721,05
Vyšetření stisku - dynamometrie Jamar	170,20
Testy funkční motoriky ruky (Purdue Pegboard #32020, Jebsen-Taylor)	500,25
Isernhagen WS - kompletní testování dle metodiky	4821,95
Dotazník WHO DAS II	166,75
Vyšetření čítí	77,05
Vypracování Závěrečné zprávy z ergodiagnostiky lékařem rehabilitační a fyzikální medicíny (ergodiagnostikem), (administrativní úkon)	3769,15
Závěrečná konference ergodiagnostiky lékařem rehabilitační a fyzikální medicíny - 20 minut	323,07

Zdroj: Fakultní nemocnice Plzeň, 2023

2.4 Průběh ergodiagnostiky v České republice

Celý proces začíná podáním žádosti o ergodiagnostické vyšetření. Tuto žádost může podat úřad práce, ošetřující lékař, samotný klient nebo zaměstnavatel. Úřad práce podává písemnou žádost o ergodiagnostické vyšetření prostřednictvím svého pracovníka na pracoviště ergodiagnostiky. Součástí žádosti musí být vymezené cíle ergodiagnostiky a požadavky směřující na konkrétní ergodiagnostické pracoviště (MSPPRP, 2016). Tuto žádost zpracovává na ergodiagnostickém pracovišti koordinátor ergodiagnostiky. Většinou se jedná o zdravotně-sociálního pracovníka, někdy tuto činnost může mít na starost andragog, zdravotní sestra, lékař, popřípadě administrativní síla. Po podání kompletní žádosti úřad práce (dále ÚP) seznámí klienta s principy ergodiagnostiky a zajedná termín vyšetření. Aktuální seznam kontaktních pracovníků má vždy k dispozici ÚP. Údaje ohledně

pracovní anamnézy klienta zajistí také ÚP. Po obdržení žádosti zahájí ergodiagnostické centrum vyšetření do 15 dnů. Ergodiagnostické centrum (dále EGC) seznámí klienta s průběhem a cílem vyšetření a ergoterapeut odebere sociálně-pracovní anamnézu (Svěcená, 2019). Pracovní anamnéza se odebírá pomocí rozhovoru. Jako první klient popíše svoji práci a poté je nutné se doptávat na doplňující otázky, zdali má nějaké problémy při vykonávání práce apod. (Curtin, 2017). Následuje orientační vyšetření úrovně kognitivních funkcí, posouzení schopnosti vykonávat všední denní aktivity, zjištění zájmů a koníčků klienta, jeho režim, povinnosti, role, návyky a představy. Nedílnou součástí je vyšetření funkční motoriky horních končetin. Za pomoci standardizovaných i nestandardizovaných testů je provedena funkční diagnostika. Následuje vyšetření lékařem a sestavení rehabilitačního plánu (Svěcená, 2019). Kazuistická konference je setkání odborníků podílejících se na celé rehabilitaci. Cílem konference je sumarizace přesných dat o pracovním potenciálu klienta a poskytnutích podkladů pracovníkovi ÚP. Pokud má ÚP k dispozici konkrétní pracovní místo, je možné provést tzv. *Jobmatch*, při kterém dojde k porovnání nároků pracovního místa s výsledky ergodiagnostického testování klienta (MSEÚHP, 2016). Posledním krokem je sepsání závěrečné zprávy (Svěcená, 2019). Ta musí být předána do 30 dnů od vstupního vyšetření, poté přichází na řadu fakturace zadavateli (MSPPRP, 2016).

Plnou odpovědnost za ergodiagnostické vyšetření, jednotlivé indikace a závěrečnou zprávu nese lékař. V závěrečné zprávě by mělo být zmíněno pozitivní doporučení, indikace potřebných pracovních pomůcek a délka pracovní doby a přestávek. Samotný návrh pracovní pozice by měl být spolu s informacemi o pracovním potenciálu klienta zaznamenán ve výsledné zprávě. V případě, že klient není připraven na výkon povolání, lékař může doporučit pracovní rehabilitaci nebo možnost podporovaného chráněného zaměstnání (Svěcená, 2019).

2.5 Role ergoterapeuta v ergodiagnostice

Ergoterapie, jakožto zdravotnický obor, zajišťuje preventivní, léčebnou, rehabilitační, diagnostickou a paliativní péči. Usiluje o zlepšení funkční schopnosti klienta a jeho provádění běžných denních činností. Jejím prostředkem je smysluplné zaměstnávání (Sládková, 2021). Cílem ergoterapie je reedukace funkčních schopností, dosažení co nejvyšší možné míry soběstačnosti a nezávislosti klienta v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím pádem zvýšení kvality jeho života (MSEÚHP, 2016). Odbornou způsobilost ergoterapeuta v České republice vymezuje §7, zákona č. 96/2004 Sb. Ergoterapeutem je:

absolvent akreditovaného bakalářského studijního programu pro přípravu ergoterapeutů; absolvent tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšší odborné škole (zahájení studia nejpozději ve školním roce 2004/2005); absolvent střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut (zahájení studia nejpozději ve školním roce 1998/1999); absolvent pomaturitního studia léčba prací (zahájení studia nejpozději ve školním roce 2003/2004) (Česká asociace ergoterapeutů, 2023).

Ergodiagnostiku zahajuje a stěžejní osobou je kontaktní pracovník. Tím je obvykle sociální pracovník nebo ergoterapeut. Jeho úkolem je zprostředkování prvního kontaktu, seznámení klienta s cílem ergodiagnostiky, podání informací ohledně testování a shromažďování informací od ÚP (Sládková, 2021). Ergoterapeut provádí s klientem vstupní rozhovor a zjišťuje údaje o jeho vzdělání a pracovních zkušenostech. Dále odebírá sociální anamnézu, hodnotí schopnost provádět běžné denní aktivity a stav kognitivních funkcí. Mimo jiné hodnotí funkční motoriku horních končetin (dále HK), zjišťuje, jaké jsou klientovi zájmy, zvyklosti, návyky a preference a jaký je jeho denní režim. Ke zjištění potřebných informací a údajů využívá odběr anamnézy, pozorování, dotazníky a standardizované i nestandardizované testy. Poté pomocí testových metod a modelových činností provede funkční diagnostiku a po stanovení rehabilitačního plánu sepíše závěrečné hodnocení (Svěcená, 2019).

2.6 Ergodiagnostika u různých cílových skupin v České republice

V České republice jsou základní ergodiagnostické metodiky určeny pro osoby s fyzickým deficitem. Na některé cílové skupiny však tyto metodiky nelze aplikovat. Příkladem jsou psychiatrickí pacienti. Pokud se zrovna pacient nevyskytuje v akutní atace, není možné jeho deficit na základě těchto testů odhalit. Podobný problém je i u pacientů s míšní lézí. Testování základními metodikami pro ně není aplikovatelné (Svěcená, 2019). V roce 2016 bylo v České republice uznáno přibližně 6 tisíc osob zdravotně znevýhodněných. Nejčastěji se jednalo o nemoci svalové a kosterní soustavy. Dále se jedná o nemoci nervové soustavy, duševní poruchy a poruchy chování, poranění, otravy a nemoci běhové soustavy. Nejčastější diagnózou u poruch muskuloskeletárních způsobující pracovní neschopnost byla dorzalgie (bolest zad). U duševních poruch byly nejčastějšími diagnózami anxiózní poruchy a lehká mentální retardace (Zvoníková, 2017).

2.7 Ergodiagnostická centra v České republice

Ergodiagnostická centra spadají pod zdravotnická zařízení. Aby mohlo ergodiagnostické centrum získat akreditaci MPSV, je potřeba dodržet předepsané věcné a personální vybavení pracoviště. Do týmu odborníků, kteří budou schopni provádět ergodiagnostická vyšetření, by v každém EDC měl patřit lékař, sociální pracovník, ergoterapeut, fyzioterapeut. Další odborníky, jako je například psycholog, by mělo být EDC schopné zařídit. Mezi věcné vybavení patří základní metodiky, ale v případě potřeby musí být EDC schopné zajistit i metodiky doporučené (Svěčená, 2019). V současné době se v České republice nachází 13 ergodiagnostických center (Sládková, 2021).

Obrázek 1 – Mapa ergodiagnostických center v ČR



Zdroj: Asociace pracovní rehabilitace České republiky. Dostupné z: <http://www.aprcr.cz/pracovni-rehabilitace/>

2.8 Ergodiagnostické testové metody

Ergodiagnostické testové metody patří mezi povinné věcné vybavení každého EDC. Jejich nynější rozdělení – na základní, doporučené a speciální přinesl projekt PREGNET v roce 2014 (Svěčená, 2019). Jedná se o standardizované i nestandardizované testy, které testují různé oblasti a schopnosti jedince. Mezi základní vlastnosti standardizovaných testů patří validita, proporcionalita a reliabilita. *Validita* určuje, zdali opravdu hodnotíme to, co

od testu očekáváme. Některé testy mohou mít pouze orientační vlastnosti a je třeba si určit, co je od daného testu očekáváno. Hovoříme o *proporcionalitě*, tedy přiměřenosti testu. Další vlastností testování je *reliabilita*, což je spolehlivost. Standardizované testy mají srovnatelné výsledky v celé ČR, splňují požadavky na bezpečnost, a jelikož již prošly klinickými zkouškami a byla prokázána jejich bezpečnost, jsou pod právní ochranou (Maršálek, 2016). Dodržení instrukcí o postupu testování a následného vyhodnocování a bodování je nedílnou nutností správného testování. Jednotlivé testy a ergodiagnostické nástroje vždy indikuje lékař na základě vstupního vyšetření, kdy bere v potaz medicínské, osobnostní, vzdělanostní, sociální a další aspekty. Rozhoduje se také dle okruhu nabízených pracovních pozic (MSEÚHP, 2016).

2.8.1 Základní metodiky

Základní ergodiagnostické testovací metodiky jsou povinným vybavením každého ergodiagnostického centra. Tyto testy jsou indikovány lékařem (Maršálek, 2016). Metodiky lze získat volně nebo je nutná jednorázová investice. Na každém ergodiagnostickém pracovišti v ČR musí být k dispozici stejné metodiky (MSEÚHP, 2016). Základní metodiky jsou popsány níže.

2.8.1.1 Activity Matching Ability System (AMAS)

AMAS je jedním ze sebehodnotících dotazníků, který porovnává nároky pracoviště se schopností jedince. Jedná se o test, který poskytuje komplexní pohled na schopnost jedince vykonávat práci. Z výsledků testu, které jsou porovnány s nároky práce lze zjistit, zdali klient může vykonávat práci bez problémů, jestli má s některou aktivitou potíže nebo jestli danou činnost vykonávat nemůže. Nehodnotí kvalitu provedení, ale zjišťuje, jestli lze uvedený výkon vykonávat. Otázky se týkají: sluchu, zraku, polohy a pohybu, dolních končetin, horních končetin, kognitivních funkcí, schopnosti obsluhovat přístroje. Test má i své nevýhody a to například nepřítomnost otázek týkajících se dopravy do zaměstnání. Dále test nehodnotí kvalitu a kvantitu práce a nezabývá se zvedáním a přenášením těžkých břemen, což by u vertebrogenních onemocnění mělo být zjišťováno. Délka testu je přibližně 45 minut (Míková, 2007). Kontraindikací tohoto testu je negramotnost. Je volně dostupný na internetu a provedení trvá přibližně 45 minut (MSEÚHP, 2016).

2.8.1.2 WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)

WHODAS 2.0 je dotazník kvality života vydaný Světovou zdravotnickou organizací a vychází z principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v praxi. Je určen především rehabilitačním a sociálním pracovníkům. Klienti zde hodnotí subjektivní vnímání míry obtíží při obvyklém provádění aktivit. Dělí se do několika kategorií: porozumění, mobilita, sebeobsluha, mezilidské vztahy, životní aktivity a účast ve společnosti. Existuje v různých provedeních - 12, 24 a 36 otázek a v různých verzích a to pro použití odborným testujícím, osobami blízkými nebo samotným respondentem. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále ÚZIS) doporučuje používat verzi pro použití odborným testujícím a verzi pro samostatné použití respondentem s 36 otázkami (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2023). K vyhodnocení se používá bodovací šablona (Vacková, 2020). Je určen především pro psychiatrické pacienty a trvá přibližně 20 minut (MSEÚHP, 2016). Hlavní autorkou českého překladu je MUDr. Bc. Petra Sládková, Ph.D. a všechny jeho české verze jsou dostupné volně na webových stránkách ÚZIS.

2.8.1.3 Barthel Index

Barthel Index je nástroj vytvořený v roce 1955 a hodnotí funkční stav jedince a úroveň jeho autonomie v každodenních činnostech, jako je krmení, koupání, oblékání, používání toalety, přesuny a mobilita. Provádí se vícekrát za určené období, a tak dokáže odhalit změny ve funkčním stavu pacienta. Je zde hodnoceno 10 položek obodováním podle potřebné asistence při vykonávání činnosti. Hodnotí se body 0=neprovede, 5=s dopomocí, 10/15=provede samostatně. Maximální počet bodů je 100 (Strini, 2020). Cílem je určení závislosti při všedních denních aktivitách. Hodnotící kategorie jsou: vysoká závislost, závislost středního stupně, lehká závislost nebo nezávislost (Vacková, 2020). Výhodami tohoto testu jsou okamžité vyhodnocení situace a rychlost provádění testu (Strini, 2020). Česká verze hodnotícího formuláře je volně dostupná na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (www.uzis.cz).

2.8.1.4 Index instrumentálních aktivit denního života (iADL)

Test slouží k hodnocení instrumentálních všedních denních aktivit a obsahuje 8 položek: telefonování, nakupování, vaření, praní, domácí práce, finance, užívání léků, využívání dopravních prostředků (Krivošíková, 2011). Test je volně dostupný a administrace trvá 3-5 minut (MSEÚHP, 2016).

2.8.1.5 Struktura dne

Test struktury dne je subjektivní a pomáhá klientovi uvědomit si vlastní denní vytížení. Vyplňuje se formulář, který je rozdělen do 24 hodin a několika oblastí jako je spánek, hygiena, jídlo, volný čas, práce. Výsledky se poté zanesou do kruhového grafu podle jednotlivých oblastí a klient přehledně vidí, jak tráví den. Není potřeba žádné speciální vybavení a jedinou kontraindikací je negramotnost klienta (MSEÚHP, 2016).

2.8.1.6 Dotazník zájmů

Dotazník zájmů je subjektivní dotazník, který pomáhá klientovi uvědomit si denní vytížení. Výsledkem by měl být souhrn aktivit, které by klient chtěl více zařadit do svého denního režimu. Test trvá kolem 20 minut a kontraindikací je klientovo nespolupráce nebo absence nadhledu (MSEÚHP, 2016).

2.8.1.7 Sebehodnocení bolesti

K hodnocení bolesti se využívají škály numerické nebo piktografické. Nejčastější využití je u chronické bolesti. Jedinec určí místo bolesti a určí charakteristiku a intenzitu bolesti (Krivošíková, 2011). Kontraindikací je fatická porucha (MSEÚHP, 2016).

2.8.1.8 Vyšetření čítí

Dotazník zaznamenává hodnocení hlubokého a taktilního čítí. Cílovou skupinou jsou pacienti s neurologickou poruchou (MSEÚHP, 2016).

2.8.1.9 Pracovní křivka podle Emila Kraepelina a Richarda Pauliho

Test pracovní křivky byl vytvořen pro měření rychlosti, efektivity a přesnosti práce. Cílem tohoto testu je provést během jedné hodiny co nejvíce správných sčítacích operací, při čemž se sčítají vždy dvě sousední čísla. Počet správných výsledků vypočítaných v sobě jdoucích 3 minutových intervalech tvoří pracovní křivku (Mikicin, 2015). Jedná se o pracovní list velikosti A4 na kterém se nachází 40 řad čísel od jedné do devíti. K provedení testu je potřeba klid a administrace trvá přibližně 30 minut. Test je volně dostupný (MSEÚHP, 2016).

2.8.1.10 Jebsen-Taylorův test

Jebsen-Taylorův test hodnotí výkon horních končetin pomocí sedmi subtestů, které simulují běžné denní činnosti. Tento test ukázal vynikající spolehlivost u osob po iktu, dětské mozkové obrně a Parkinsonově chorobě. Při hodnocení testu je důležitým faktorem rychlost provedení jednotlivých subtestů, což tento test odlišuje od ostatních. Výsledky jsou

porovnány s časovými normami provedení testu zdravých osob (Altirheiro, 2017). Skládá se ze sedmi úkolů. Jsou to: psaní věty, sbírání předmětů a vkládání do plechovky, otáčení pěti karet, stavění věže, simulace jedení, zvedání lehkých a těžkých předmětů. Každý úkol má svůj časový limit a výsledky se porovnávají s normami dle věku, dominance a pohlaví (Krivošíková, 2011). Součástí originálního setu jsou plechovky, fazole, gumičky, kancelářské potřeby, formulář a stopky. Test stojí kolem 11 tisíc korun a jeho kontraindikacemi jsou plegie, těžká spasticita, fatické poruchy a těžké poškození kognitivních funkcí. (MSEÚHP, 2016).

Obrázek 2 – Jebsen-Taylorův test



Zdroj: Pro Healthcare products. Dostupný z:
<https://www.prohealthcareproducts.com/jebsen-taylor-test-of-hand-function/>

2.8.1.11 Purdue Pegboard model #32020

Purdue Pegboard Test byl poprvé vyvinut Josephem Tiffinem, Ph.D., průmyslovým psychologem na Purdue University v roce 1948. Od té doby bylo toto zařízení široce využíváno při výběru zaměstnanců pro práce, která vyžaduje jemnou a hrubou motoriku, obratnost a koordinaci. Měří hrubou motoriku rukou, prstů, paží a obratnost konečků prstů při montážních úkolech (Lafayette Instrument, 2023). Testovací sada obsahuje desku s otvory, kolíčky, podložky, válečky a formulář k hodnocení výsledků. Testovaný dostane přesné instrukce a pak se v několika kolech snaží co nejrychleji umístit kolíčky s podložkami a válečky nebo bez do desky s otvory. (Jelínková, 2009). Hodnotí se manipulace a zasunutí kolíku do desky, úchop, rychlost a přesnost. Každá horní končetina

provádí činnost zvlášť nebo testujeme obě najednou při úkolu kompletování. Na každé kolo je časový limit 30 vteřin, na kompletování 1 minuta. Každý test se provádí třikrát a konečné výsledky se porovnávají s normami (Krivošíková, 2011). Orientační cena testu je 3800 Kč (Lafayette Instrument, 2023).

Obrázek 3 – Purdue Pegboard model #32020



Zdroj: Amazon, Dostupný z: <https://www.amazon.com/Therapy-Best-Buys-Purdue-12-3000/dp/B0007YX97U>

2.8.1.12 Dynamometr JAMAR

Síla stisku ruky je nejčastěji používaným indikátorem stavu svalové funkce pro klinické účely a je silným indikátorem funkčního stavu. Existuje několik modelů dynamometrů. Dynamometr Jamar je doporučován American Society of Hand Therapists pro měření síly stisku. Při řádném dodržení instrukcí poskytuje dynamometr Jamar validní a reliabilní měření síly stisku ruky (Mutalib, 2022). Měření probíhá v pěti různých polohách (9, 12, 14,5, 17 a 20 cm) měřena svalová síla stisku ruky. V každé poloze se měří maximální síla třikrát a výsledkem je průměr všech tří měření (Jelínková, 2009). Dynamometr stojí zhruba 10 tisíc Kč (MSEÚHP, 2016).

Obrázek 4 – Dynamometr Jamar



Zdroj: Alimed. Dostupný z: <https://www.alimed.com/jamar-dynamometers.html?pid=56578>

2.8.1.13 Isernhagen Work System (IWS), WorkWell System (WWS)

WorkWell System (dříve známý jako Isernhagen Work System) slouží pro pacienty s výrazným omezením funkce související s prací. Byl vyvinut Susan Isernhagenovou v 80. letech minulého století jako systematická metoda k objektivnímu posouzení schopnosti subjektu vykonávat úkoly související s prací. Kompletní testová baterie se skládá z 29 položek vztahujících se k pěti výkonnostním kategoriím (síla, pohyblivost, lokomoce, rovnováha, koordinace rukou). U šesti testů manipulace se závažím musí být úkoly prováděny opakovaně, přičemž zatížení se postupně zvyšuje na úroveň maximálně bezpečného výkonu. Obvykle se to provádí v šesti krocích. V každém kroku terapeut přiřadí subjektu jednu ze čtyř úrovní obtížnosti (lehký, střední, těžký a maximální bezpečný výkon), které jsou definovány standardizovanými kritérii pozorování. Ostatní testy jsou charakterizovány kritérii nebo limity. Testy s kritérii jsou splněny, pokud je splněno stanovené kritérium, např. testovaný je nebo není schopen bezpečně tlačit vozík s nákladem na vzdálenost 20 m. Testy s limity jsou splněny, pokud je dosaženo limitu, což znamená, že subjekt splnil stanovený maximální čas výkonu, např. test práce nad hlavou je ukončen po 15 minutách, i když testovaný ještě nevykonal maximální úsilí. Kromě toho existují některé další testy bez kritérii nebo limitů, které přímo posuzují bezpečnou maximální nebo průměrnou výkonnostní kapacitu např. statické tlačení nebo tažení (Bieniek, 2014). Jedná se

o dvoudenní proces a po celou dobu testování je monitorován klientův krevní tlak a tepová frekvence (Jelínková, 2009). Pořízení testu vyjde na 60 tisíc korun a doba administrace se blíží k 10 hodinám (MSEÚHP, 2016).

2.8.1.14 Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA)

LOTCA je kognitivní baterie, která byla vyvinuta a navržena pro ergoterapeuty pracující v prostředí neurologické rehabilitace. LOTCA se skládá z 26 subtestů v šesti oblastech. Jednotlivé oblasti jsou následující: orientace, zraková percepce, prostorová percepce, praxe, myšlení a vizuo-motorická organizace. Složené skóre pro každou ze šesti oblastí se vypočítá sečtením skóre příslušných subtestů. Maximální skóre v testu je 123 bodů a minimální skóre je 27 bodů. Vyšší skóre znamená lepší kognitivní výkon. LOTCA stojí kolem 8 tisíc Kč (Almomani, 2018).

2.8.1.15 Modelové činnosti

Modelové činnosti představují velké spektrum aktivit, které se běžně využívá v praxi, a mají výpovědní hodnotu. Zpravidla nejsou vyžadovány žádné investice, ale k hodnocení testu je potřebná odborná kvalifikace. Hodnotí se čas potřebný k vykonání úkolu v porovnání s výsledky populace, kvalita provedení, samostatnost, orientace, atd. Jedná se o modelovou činnost, jakou je třeba příprava kávy. Je nutné zajistit všechno potřebné vybavení a pomůcky k této činnosti. Dalšími činnostmi může být odeslání dopisu, práce na zahradě nebo v textilní dílně (MSEÚHP, 2016).

2.8.2 Doporučené metodiky

Doporučené ergodiagnostické testovací metodiky nejsou povinnou základní výbavou ergodiagnostických pracovišť, ale EDC musí být schopno tyto metody externě zajistit. Tyto testy jsou také indikovány lékařem. Nejedná se o základní postupy ergodiagnostiky, ale jsou dostupné ve zdravotnických zařízeních. Jsou to tyto metodiky: cílená psychodiagnostika, komplexní psychodiagnostika, ergometrie, logopedie, oční vyšetření, ORL vyšetření, psychiatrické vyšetření (MSEÚHP, 2016).

2.8.3 Speciální metodiky

Speciální metodiky nejsou povinnou výbavou pracoviště, ale jsou důležitou součástí výbavy pro specializaci akreditovaných center. Využívají se pro občany s těžší disabilitou. Určují specializaci ergodiagnostického pracoviště, např. ortopedické, psychiatrické, onkologické. Jsou to tyto metodiky: vyšetření lékařem specialistou, River Mead Behavioral Memory Test (RBMT), Hodnocení dle Jacobsové, Functional Independence Measures

(FIM), Mini Mental State Examination (MMSE), Orientační psychologický test, The Middlesex Elderly Assessment of Mental State (MEAMS), Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), Barthel index test (BIT), Dotazník schopností zvládat problém a Všeobecný kancelářský test (MSEÚHP, 2016).

3 PRACOVNÍ REHABILITACE A ERGODIAGNOSTIKA VE VELKÉ BRITÁNII

Pracovní rehabilitace ve Velké Británii (dále jen VB) zahrnuje veškeré služby, které mohou lidem pomoci vrátit se do práce nebo si udržet stávající práci v případě, že čelí ztrátě kapacity v důsledku zdravotních obtíží. Pracovní rehabilitace zahrnuje služby pro OZP, které chtějí vstoupit do pracovního procesu a pečují o jejich pocit pohody (Bezzina, 2020). Podporou pracovní rehabilitace se zabývá Department of Work and Pension (pozn. autora českým ekvivalentem je Ministerstvo práce a sociálních věcí), dobrovolnické organizace, pracovní lékařství a soukromí poskytovatelé včetně soukromých pojišťoven (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

Skoro polovina OZP v produktivním věku ve Velké Británii jsou zaměstnaní (GOV.UK, 2023). Bez ohledu na to, jak moc kvalitní je zdravotní péče, vždy se vyskytuje menšina lidí (5–10 %), kteří se po nemoci nevrátí okamžitě a bez obtíží do práce, ale potřebují nějakou formu pomoci. Nedostatek vhodné pomoci těmto lidem je jednou z největších mezer v současnosti služeb Velké Británie. Problém je v tom, že hlavní poskytovatel zdravotní péče ve VB – National Health Service (dále NHS) nenabízí žádné služby spojené s pracovní rehabilitací (NHS, 2023). Místo toho jsou pacienti odesíláni do různých zdravotnických pracovišť, které nesplňují jejich potřeby pracovní rehabilitace, což zdržuje vhodnější intervenci. Zároveň je poskytování pracovní rehabilitace prostřednictvím soukromých poskytovatelů roztržštěné a dostupné pouze menšině klientů (Waddell, 2013). Poskytování pracovně-lékařských služeb ve VB je geograficky proměnlivé. Většina velkých zaměstnavatelů zajišťuje vlastní pracovně-lékařské služby. Tyto služby může poskytovat závodní lékař nebo závodní zdravotní sestra. Pouze malé množství malých a středních podniků má takovéto služby. Tito zaměstnavatelé mohou odebírat pracovně-lékařské služby od komerčních poskytovatelů (British Society of Rehabilitation Medicine, 2004).

3.1 Historie a vývoj pracovní rehabilitace ve Velké Británii

Návrat jedinců do práce po nemoci byl do 80. let ve VB považován za prioritu. Pacienti, kteří byli nuceni vyhledat lékařskou pomoc například kvůli bolesti zad, jež byla příčinou jejich snížené schopnosti pracovat, byli zváni na vyšetření přednostně. Tato praxe však vedla ke zvýhodňování pouze části pacientů a proto postupně ustoupila. Zároveň podpora dlouhodobě zdravotně znevýhodněných pacientů měla v té době (80. léta) menší prioritu, jelikož ve Velké Británii byla velkým problémem nezaměstnanost a to přibližně tři miliony nezaměstnaných. V důsledku toho byla veškerá snaha snížit nezaměstnanost soustředěna především na zaměstnání zdravých jedinců, a proto byla pracovní rehabilitace pro OZP odsunuta do pozadí. Další rozvíjející praxí bylo vyřazování OZP z trhu práce z důvodu jejich pracovní neschopnosti. Místo snahy zařadit OZP zpět na trh práce jim byl přiznán invalidní důchod nebo podpora v nezaměstnanosti (Frank, 2016).

To zapříčinilo v 90. letech masivní nárůst příjemců státní podpory, který v roce 2003 dosáhl 2,7 milionu lidí. V letech 1993-1994 dosáhla absence na pracovišti v celé Británii 100 milionů dní, a to pouze z důvodu bolesti zad. Koncem 90. let byl tento stav považován za finančně neúnosný. NHS uzavřel většinu rehabilitačních center zaměřených na pracovní rehabilitaci. Následkem této situace NHS přestala podporovat návrat OZP zpět do zaměstnání a tuhle agendu po ní převzalo Ministerstvo práce. NHS ztratila veškeré schopnosti a kompetence v oblasti pracovní rehabilitace. Nedostatek rehabilitačních služeb NHS vedl k rozvoji soukromých rehabilitačních služeb hrazených ze soukromých pojištění. Zároveň byly vytvořeny dvě sdružení odborníků, které představují dva hlavní proudy rozvoje pracovní rehabilitace v soukromém sektoru. Jedná se o *The Case Management Society of the UK* a *Vocccational Rehabilitation Association*. Oba tyto orgány mají členy z veřejného i soukromého sektoru (Frank, 2016).

3.2 Systém pracovní rehabilitace ve Velké Británii

Pracovní rehabilitaci ve Velké Británii zajišťuje několik poskytovatelů, a to: Department of Work and Pension, dobrovolnické organizace, Occupational Health Department a soukromí poskytovatelé včetně pojišťovatelů. NHS již od založení spatřovalo kritické propojení mezi prací a zdravím. V roce 2019 Academy of Medical Royal Colleges, Royal College of Nursing a the Allied Health vydali prohlášení o opatřeních týkajících se vztahu mezi prací a zdravím. Navzdory tomuto dokumentu a i mnoha dalším, NHS nerozvíjí pracovní rehabilitaci. Je dáno deset základních prvků, které by měla pracovní rehabilitace

obsahovat a to: počáteční posouzení, poskytování informací, obecné pracovní dovednosti, speciální pracovní dovednosti, identifikaci zaměstnání, žádost o zaměstnání, styk s prací, návrat do práce, podporovaný odchod z práce a závěrečné posouzení. Porozumění těmto prvkům může poskytovatelům pracovní rehabilitace pomoci se specifikací svých služeb. Modely služeb poskytujících pracovní rehabilitaci se liší podle místní politiky, geografie a stávajících poskytování služeb (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

3.3 Hrazení pracovní rehabilitace a ergodiagnostiky ve Velké Británii

Služby pracovní rehabilitace mohou být poskytovány několika způsoby, které také určují způsob financování:

- **Služby poskytované prostřednictvím systému zdravotní péče**

Tyto služby jsou poskytovány pracovními lékaři, případně dalšími zdravotnickými pracovníky jako jsou fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Nejsou však poskytovány ve stejné kvalitě ve všech oblastech Velké Británie. Ačkoliv NHS má ve svých plánech rozvíjet pracovní rehabilitaci, její reálné poskytování závisí na tom, zda do ní místní sdružení NHS investuje prostředky. NHS poskytuje služby pracovní rehabilitace často pouze v případě, že o její rozvoj usiluje také občanská společnost a sdružení poskytovatelů. Ti se věnují přípravě osnov a postupů pracovní rehabilitace (Bezzina, 2020).

- **Služby soukromých poskytovatelů**

Uživatelé, kteří nemají přístup ke službám NHS, si musí platit soukromé pracovní terapeutky. Pokud jejich zranění souvisí s jejich pracovní činností, náklady na pracovní rehabilitaci jsou hrazeny z pojištění nebo sociálního zabezpečení a zaměstnanec může požadovat úhradu od svého zaměstnavatele. Rostoucí počet zaměstnavatelů v současné době platí za pracovní rehabilitaci svých zaměstnanců, resp. má dokonce interní specialisty na pracovní rehabilitaci (Bezzina, 2020).

- **Bezplatné služby charitativních organizací a nevládních organizací**

Třetí možností je financování pracovní rehabilitace prostřednictvím grantů, soukromých darů nebo charitativních organizací. Očekává se, že tyto organizace budou mít zaměstnance akreditované dle Employment Related Services Association. Tyto služby jsou většinou zaměřené na dlouhodobě nezaměstnané nebo nikdy nezaměstnané klienty (Bezzina, 2020).

Access to Work je úspěšný vládní program určený pro podporu OZP a jejich zaměstnavatelů při návratu klienta do práce. Prostřednictvím *Jobcentre Plus* (vládní pracovní agentura VB) vyplácí grant na náklady na zaměstnání v důsledku zdravotního postižení. Používá se pro širokou škálu znevýhodněných pracovníků. Příkladem je poskytování telefonů kompatibilních s naslouchadly nebo hrazení jízdy taxíkem do práce, pokud únava (např. u roztroušené sklerózy) znemožňuje cestu jedinci cestovat co práce veřejnou dopravou (GOV.UK, 2023; Frank, 2016). V důsledku nedostatku poradenství v oblasti pracovního lékařství zřídila vláda webovou stránku, která nabízí bezplatné zdravotní a pracovní poradenství a také telefonní linku, která nabízí pomoc s prevencí pracovní neschopnosti v důsledku nevhodných pracovních podmínek (Frank, 2016).

Pro představu nákladnosti, cena vyšetření funkční kapacity klienta, takzvaného Functional Capacity Evaluation (dále FCE) se liší případ od případu, ale může se pohybovat kolem 990 GBP což je přibližně 26 000 Kč (Healthywork, 2021).

3.4 Průběh pracovní rehabilitace a ergodiagnostiky ve Velké Británii

Program pracovní rehabilitace je řízen specialistou. Jedná se o součinnost lékaře, klienta, zaměstnavatele a sociálního pracovníka. Jádrem pracovní rehabilitace je plánovaný a koordinovaný postup podporovaný všemi zúčastněnými, kteří pracují s klientem na rozšíření jeho pracovní schopnosti (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021). Pracovní rehabilitace zahrnuje tyto služby: posouzení a hodnocení stavu; stanovení cílů a plánování intervencí; poskytování zdravotního poradenství; podporu návratu do práce; snižování negativního dopadu postižení na psychiku; case management, doporučení a koordinace služeb; psychosociální intervenci; kariérní poradenství, pracovní analýzu; hodnocení funkční a pracovní kapacity (Bezzina, 2020).

Lidem, kteří se chtějí vrátit po delší pracovní neschopnosti do původního zaměstnání, by mělo být obvykle nabídnuto hodnocení jejich pracovních schopností odborníkem. Úspěch

nezávisí pouze na klientovo vzdělání, ale také na předchozích pracovních zkušenostech klienta (Frank, 2016). Metodika pracovní rehabilitace vydaná British Society of Rehabilitation Medicine v roce 2021 obsahuje doporučený postup pracovní rehabilitace a skládá se z následujících hlavních prvků:

- **Vstupní vyšetření a odebrání anamnézy**

Stěžejními informacemi jsou: zdravotní stav, pracovní stav, historie zaměstnání, kvalifikace a jiné schopnosti, funkční vyšetření, kognitivní a behaviorální vyšetření, sociální stav. Zjištěné informace slouží k posouzení, zdali je klient připraven na pracovní rehabilitaci a je ochoten se jí aktivně účastnit, jelikož aktivní účast klienta je jedním z předpokladů úspěšné pracovní rehabilitace (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

- **Poskytnutí informací klientovi**

Důležitou součástí je poskytnutí informací klientovi. Je nutné ho obeznámit s možností zapojení zaměstnavatele do procesu pracovní rehabilitace. To může významně napomoci k udržení stávajícího zaměstnání. Další položkou je definice životního plánu. Klient by měl být odkázán na konzultaci s ostatními odborníky např. se zdravotním poradcem, neuropsychologem, specializovanou sestrou, ergoterapeutem, fyzioterapeutem a logopedem (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

- **Osvojování všeobecných pracovních dovedností**

Pomocí individuálních nebo skupinových sezení lze identifikovat obtíže, které mají dopad na chování na pracovišti. Vhodnými intervencemi k odstranění potíží jsou terapie zaměřené na řízení únavy, upevňování pracovních návyků, budování zevnějšku, zvládání vztahů, schopnost komunikovat a zvládání úzkostí (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

- **Specifikování pracovních schopností**

Je vhodné provést podrobné hodnocení práce s podporou relevantních odborníků (ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog), klientem, jeho kolegy a nadřízeným. Jednotlivými oblastmi mohou být: analýza práce, simulace práce a

procvičování jednotlivých úkonů se stupňováním obtížnosti a komplexnosti, odhad rizika (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

- **Hledání vhodné pracovní pozice**

Hledání vhodné pracovní pozice s přihlédnutím k jeho potřebám, preferencím a schopnostem zahrnuje individuální odborné poradenství a tzv. *job match*. Specializované pracovní-rehabilitační programy, které podporují opětovné umístění do zaměstnání nebo identifikaci potencionálních pracovních míst by měla nabízet: kariérní poradenství, *job hopping* (zkoušení různých povolání) a podporované pracovní stáže. Ty by měly být velmi dobře naplánované, aby se předešlo negativnímu dopadu na klienta v případě, že by na stáži klient nebyl úspěšný z důvodu nevhodného zvolení povolání (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

- **Schopnost zažádat o práci**

Specializované programy by měly nabízet trénink dovedností souvisejících s žádostí o práci. Jednotlivými intervencemi může být tvorba životopisu, příprava na pracovní pohovor a prvotní reakce na pracovní nabídku (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

- **Propojení s pracovištěm**

Provedení podrobného posouzení pracoviště zahrnuje tyto intervence: navštívení pracoviště, setkání s přímým nadřízeným, podpora od kolegů a personálního oddělení (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

- **Návrat do práce**

Konečnou fází je úspěšný návrat do zaměstnání. Klientovo očekávání je konfrontováno s proměnlivými podmínkami, a proto je nutné ho neustále podporovat. Pracovní rehabilitace pokračuje ještě dalších 3-6 měsíců po úspěšném nástupu do zaměstnání (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

3.5 Role ergoterapeuta v ergodiagnostice

Ergoterapeuti jsou specialisté na hodnocení, léčbu a rehabilitaci OZP. Při tom zohledňuje fyzické, psychické a sociální potřeby jednotlivce (The OT Practice, 2023). Jejich úkolem v pracovní rehabilitaci je vyšetřit funkční kapacitu jedince (Gibson, 2003). Další oblastí jejich působnosti je analýza činnosti, jejíž interpretace poté slouží zaměstnavatelům při úpravách pracovních úkolů pro klienta. (Healthywork, 2021). Ergoterapeuti zúčastňující se pracovní rehabilitace musí být kvalifikovaní a státem registrovaní (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021).

Dle NHS studium ergoterapie ve Velké Británii obvykle trvá 3 roky (na plný úvazek) nebo až 6 let (na částečný úvazek). V postgraduálním studiu je možné získat magisterský titul během jednoho roku až dvou let. Po úspěšném zakončení studia je nutné se zaregistrovat u Health and Care Professions Council před tím, než začnete vykonávat praxi (NHS, 2023).

3.6 Ergodiagnostika u různých cílových skupin

Nejčastějšími diagnózami, které zapříčiňují pracovní neschopnost ve Velké Británii, jsou muskuloskeletární poruchy, respirační poruchy, zranění a traumata, duševní poruchy, poruchy krevního oběhu a trávicí poruchy. Mezi muskuloskeletární poruchy patří bolest zad, jenž je příčinou pracovní neschopnosti 642 tisíc osob ve Velké Británii (Madan, 2015). Vzhledem k tomu, že u mnohých muskuloskeletárních poruch existuje souvislost s prací, může se zdát, že návrat do zaměstnání je vyloučen. Práce však nemusí být nutně vždy primární příčinou obtíží. Není reálné ani užitečné setrvat v pracovní neschopnosti až do vymizení všech příznaků, proto je nutné klientovi pomoci a umožnit mu vrátit se do zaměstnání co nejdříve. Z dostupných důkazů se odhaduje, že pouze přibližně třetina lidí v produktivním věku se po poranění míchy ve Velké Británii vrací do práce. Míra zaměstnanosti osob po poranění míchy je ale ve VB nižší, než v jiných evropských zemích (Waddell, 2013).

Až třetina pracujících populace trpí nějakou formou příznaků poruchy duševního zdraví, jako jsou únava, podrážděnost nebo obavy. Nejčastější mentální poruchou je deprese, úzkost nebo kombinace obojího. Poruchy duševního zdraví jsou největší a nejrychleji rostoucí příčinou pracovní neschopnosti v UK (Waddell, 2013).

3.7 Ergodiagnostická centra ve Velké Británii

Modely pro poskytování pracovní rehabilitace se liší podle místní politiky, geografie a služeb, které už v daném místě existují. (British Society of Rehabilitation Medicine, 2021). Vocational Rehabilitation Association nabízí na svých webových stránkách www.vrassociationuk.com možnost najít si vhodného experta na pracovní rehabilitaci dle místa bydliště a konkrétního požadavku. Nabízenými službami jsou například hodnocení funkční kapacity, hodnocení pracoviště, plánování a podpora návratu do práce a mnoho dalších. Klient si poté může vybrat ze seznamu nabízených pracovišť přesně dle předem určených parametrů.

3.8 Ergodiagnostické testové metody

Hodnocení funkční kapacity jedince (FCE) slouží k určení momentální fyzické schopnosti jedince vykonávat fyzicky aktivní pracovní povinnosti. Z výsledků hodnocení lze určit, které pracovní úkoly zvládne jedinec vykonávat bezpečně a zdali se může do své stávající práce vrátit nebo je nutné najít práci novou. Pomocí standardizovaného přístupu založeného na aktivitě klienta a zaměřeného spíše na jeho schopnosti než na jeho omezení, lze identifikovat, zdali klient splňuje požadavky práce. Jedná se o jeho mobilitu, zdatnost, vytrvalost, sílu, obratnost a koordinaci. K posouzení klienta jsou potřeba 2-4 hodiny v závislosti na souvisejících úkolech. Hodnocení se provádí na klinice, pracovišti nebo v domácím prostředí. Shromažďují se informace, jako jsou základní lékařské informace, současné příznaky nemoci a její léčba, aktuální denní režim a podrobnosti o pracovní pozici klienta. Hodnocení se zaměřuje na to, jak klient vykonává jednotlivé pohyby a polohy, které jeho práce vyžaduje. Dále na jeho fyzické schopnosti jako je použití náradí v poloze, která je vyžadována, např. elektrikář musí být schopen pracovat na nízké úrovni – u podlahy, ale i na vyšší úrovni – na žebříku (Healthywork, 2021). FCE jsou testovací baterie, které poskytují systematické, komplexní a na výkonu založené měření k určení fyzických schopností jednotlivce provádět úkoly související s prací. (Mitchel, 2016). Existuje řada komerčně dostupných a používaných FCE systémů. Testy jsou voleny na základě jejich relevance a stavu pacienta a jeho pracovních nároků (Hunter, 2017).

Zde jsou uvedeny standardizované hodnotící nástroje využívané ve Velké Británii: Arcon, Ergoscience, FitHaNSA test, GAPP Functional Capacity Evaluations (Gibson and Strong), Hanoun Medical and BTE, Jamar Grip 5 position strength test, Jobfit, Jtech Medical, Key, Matheson, Minnesota Dexterity Test, Perdue Pegboard, Physical Work Performance

Evaluations, Progressive Isoinertial Lift Evaluation, Saunders Functional Capacity Evaluation, Valpar (VCWS, Joule, Pro3000), EPIC Lift Capacity Test, Workhab, Workwell (dříve Isernhagen Work System), Blankenship system, Ergos Work Simulator, Ergo-kit (Hunter, 2017). Níže jsou stručně popsány vybrané testové metody.

3.8.1 FitHaNSA test

Celým názvem the Functional Impairment Test-Hand and Neck/Shoulder/Arm slouží k hodnocení osob s postižením ramene. Zkoumá výkon horních končetin během opakovaných úkolů, které kladou důraz na rozsah pohybu ramenních kloubů a statické držení těla. Test se skládá z 3 dílčích úkolů. Každý úkol lze provádět až 5 minut, ale ukončení závisí na několika pravidlech. Důvodem pro ukončení může být například bolestivost nebo nestabilita trupu při provádění pohybu (Prajyot, 2012). Příkladem jednoho ze subtestů je přemísťování tří kilogramových nádob ze spodní police na horní v pravidelném intervalu. Výška police, hmotnost břemen i časové intervaly jsou standardizovány (MacDermid, 2012).

3.8.2 EPIC Lift Capacity Test

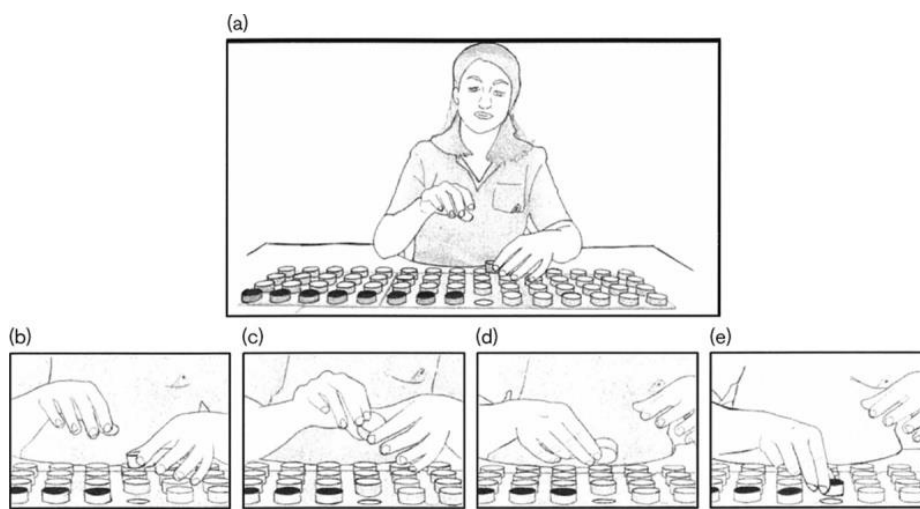
EPIC Lift Capacity Test je nedílnou součástí hodnocení funkční kapacity. Tento test slouží ke zjištění informací o tom, jakou hmotnost břemena může pracovník bezpečně zvednout, do jaké výšky, jak často, po jakou dobu. Jedná se o šestistupňový progresivní test zdvihové kapacity jedince vyvinutý týmem vedeným Leonardem Mathesonem, PhD, a je speciálně navržen pro hodnocení osob se zdravotním postižením. V Severní Americe, Asii, Austrálii a Evropě je více než 1400 certifikovaných hodnotitelů tohoto testu. Hmotnost zvedaného břemena začíná na 10 librách a stupňuje se přidáváním 10 librových závaží. Hodnocený není informován o počátečním a přírůstkovém zatížení. Test začíná jedním zdvihem pro každý ze tří vertikálních rozsahů a stupňuje se na čtyři zdvihy pro každý rozsah, dokud je toho hodnocený schopen. Test je k dispozici prostřednictvím poskytovatelů schválených společností EpicRehab a obsahuje: rám s nastavitelnými policemi, 14 závaží, monitor srdečního tepu, návod k testování, záznamové listy, atd. Jeho cena je 6000 dolarů. Testování pomocí EPIC Lift Capacity Test vyžaduje certifikovaný kurz. Možností je jednodenní prezenční kurz, který stojí 450 dolarů nebo distanční samostudijní program dostupný za 350 dolarů (Epicrehab, 2023).

3.8.3 Minnesota Dexterity Test

Minnesota Dexterity Test je jedním z nejstarších testů zabývajících se manuální zručností. Spočívá v různých formách umístění a otáčení dřevěných nebo plastových

válců daných rozměrů do příslušných otvorů. Původně vychází z testu Minnesota Rate of Manipulation Test z roku 1931. Nynější verze testu – Complete Minnesota Dexterity Test je o něco složitější než původní, jelikož otvory pro vkládání válce jsou menší (Tesio, 2016). Je to jednotný test, který se využívá pro hodnocení schopnosti pohybovat malými předměty na různé vzdálenosti. Měří schopnost klienta rychlé koordinace oko-ruka a obratnosti paže-ruka (Kasprzik, 2021).

Obrázek 5 – Minnesota Dexterity Test



Zdroj: National Library of Medicine. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900427/>

3.8.4 Blankenship System

Blankenship System obsahuje 3 hodnotící komponenty a 7 komponent pro funkční testování. Hodnotící komponenty se provádějí před funkčním testováním. Mezi 7 komponent funkčního testování patří například testy opakovaných pohybů, statické testy pevnosti a testy manipulace s materiálem (Brubaker, 2007).

3.8.5 Ergo-Kit

Ergo-Kit je baterie 55 testů. Využívá se například k hodnocení dynamické nosnosti pomocí stojanu se dvěma nastavitelnými policemi, schůdkem a krabicí. Pro dynamické zvedání ve spodní pozici je využita spodní police na stojanu a schod. Pro horní pozici se využívá horní police. Umístění polic závisí na antropometrii klienta. Klient opakovaně zvedá krabici ze spodní do horní pozice a postupně se stupňuje zátěž až do momentu, kdy klient zátěž neuzvedne (Rustenburg, 2004).

3.8.6 Ergos Work Simulator

ERGOS Work Simulator se skládá z pěti panelů, které slouží k měření silových faktorů, včetně statické a dynamické síly při zvedání. Krabice se stanovenými rozměry a bočními úchyty se zvedá buďto do nízké pozice na úroveň lavičky (0,83 m) nebo do vyšší pozice na úroveň police (1,71 m). Tyto činnosti se opakují v různých intervalech (Rustenburg, 2004).

3.8.7 Jobfit

Skóre testu Jobfit se určuje porovnáním schopností pracovníka s pracovními požadavky. Hlavní oblastí hodnocení je schopnost pracovníka manipulovat s materiálem a jeho posturální tolerance (Legge, 2007).

3.8.8 Valpar

Pracovní vzorky se často používají k měření pracovního zájmu, dovedností a výkonu klientů tím, že hodnotí jejich kompetence v situacích, které se blíží skutečným pracovním podmínkám. Výzva a herní umění, které jednotlivé pracovní příklady představují, stimulují klienta k tomu, aby vynaložil maximální úsilí. Požadavky na jazyk a čtení jsou nízké, takže při provádění testu nepředstavují překážku. Výsledky testu se interpretují různými způsoby (Deltason, 2023). Valpar Pro 3000 je hodnotící systém, který zahrnuje psychometrické testování, analýzu práce a pracovních vzorků, vyhodnocení znalostí, dovedností a zájmů klienta přidružené ke konkrétní práci. Test obsahuje 15 modulů s odlišnými funkcemi (Ngai, 2011).

3.8.9 Workhab

WorkHab se skládá z fyziologických měření, včetně srdeční frekvence, pozorování biomechaniky klienta a hodnocení vnímané námahy, při různých činnostech. Mezi testované oblasti patří například zvedání, držení, tažení, tlačení, táhnutí, stání, sezení, šplhání, chůze apod. (James, 2019).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je porovnat ergodiagnostiku v České republice a Velké Británii z pohledu ergoterapeuta

4.2 Dílčí cíle

1. Dozvědět se, jaký je systém pracovní rehabilitace v obou zemích.
2. Zjistit, jak probíhá ergodiagnostiky v obou zemích.
3. Zjistit, jaké jsou ergoterapeuty nejčastěji využívané ergodiagnostické testovací metody v obou zemích.
4. Zjistit, jaké možnosti vzdělávání mají ergoterapeutů v ergodiagnostice v obou zemích.

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké jsou rozdíly v systému pracovní rehabilitace v České republice a Velké Británii?
2. Jaké jsou zásadní rozdíly v průběhu procesu ergodiagnostiky v České republice a Velké Británii?
3. Které ergodiagnostické testovací metody jsou v obou zemích nejvyužívanější?
4. Jaké jsou rozdíly v možnostech vzdělávání ergoterapeutů v ergodiagnostice v České republice a Velké Británii?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Prvním kritériem pro výběr respondenta pro výzkumnou část této práce bylo jeho povolání. Pro účely výzkumu bylo nutné, aby respondentem byl ergoterapeut.

Dle České asociace ergoterapeutů (2023) je povolání ergoterapeuta vymezeno §7 zákona č. 96/2004 Sb, tzv. zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních. Ergoterapeut v České republice musí splňovat některou z následujících podmínek:

- absolvoval akreditované bakalářské studium oboru pro přípravu ergoterapie
- absolvoval tříletý studijní obor diplomovaný ergoterapeut na vyšší zdravotnické škole, přičemž první ročník tohoto studia musel být zahájen nejpozději ve školním roce 2004/2005
- absolvoval střední zdravotnickou školu v oboru ergoterapeut, přičemž první ročník tohoto studia musel být zahájen nejpozději ve školním roce 1998/1999
- absolvoval pomaturitní specializační studium léčba prací, přičemž první ročník tohoto studia musel být zahájen nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Dle NHS (2023) je pro to stát se ergoterapeut ve Velké Británii nutný titul z oboru ergoterapie. Získání tohoto titulu obvykle trvá tři až šest let. Po dokončení studia je nutné se registrovat u Rady zdravotnických a pečovatelských profesí.

Další podmínkou bylo, aby ergoterapeut pracoval v zařízení poskytující služby spojené s ergodiagnostikou a aktivně se podílel na ergodiagnostice. Vzhledem k tématu této práce a jejímu cíli bylo následujícím kritériem místo vykonávání profesní činnosti ergoterapeuta. Nutností bylo, aby jeden z respondentů vykonával svojí profesní činnost na území České republiky a druhý na území Velké Británie. Národnost respondenta nebyla rozhodujícím faktorem. Dále podmínkou nebyl věk ani pohlaví respondenta. Taktéž nebylo rozhodující, jak dlouho se ergoterapeut ergodiagnostice věnuje, jaká je rozsah jeho pracovního úvazku, ani jaké je jeho vzdělání nad rámec již zmíněných podmínek pro odbornou způsobilost v obou zemích. Výběr vhodných respondentů probíhal v únoru 2023.

Elektronickou poštou byla kontaktována zařízení, poskytující ergodiagnostiku v obou zemích s žádostí o kontakt na ergoterapeuta. V případě Velké Británie byl seznam těchto zařízení nalezen na internetových stránkách Vocational Rehabilitation Association

(www.vrassociationuk.com). Seznam ergodiagnostických pracovišť v České republice byl nalezen na internetových stránkách Asociace pracovní rehabilitace České republiky (www.aprcr.cz). Ergoterapeuti byli kontaktováni elektronickou poštou. Pomocí elektronické korespondence byly od nich získány základní informace, na jejichž základě, dle stanovených kritérií, bylo možné posoudit, zdali jsou vhodnými respondenty. Výběr respondentů probíhal v únoru 2023. Pro výzkumnou část této bakalářské práce byli vybráni 2 vhodní respondenti.

7 METODIKA PRÁCE

Metodologie této bakalářské práce spočívala v nastudování odborné literatury, která se zabývá danou problematikou, výběrem výzkumného vzorku, samotným sběrem dat, jejich kódováním a jejich následnou interpretací.

Pro načerpání dat týkajících se problematiky ergodiagnostiky v České republice a Velké Británii byly nastudovány české i zahraniční studie, články a metodiky. Nejvíce využívanou platformou pro vyhledávání odborné literatury použité v této bakalářské práci byl PubMed. Na základě načerpaných dat o dané problematice byl stanoven hlavní cíl práce, její dílčí cíle a následně byly položeny výzkumné otázky.

Pro splnění cíle autorka zvolila kvalitativní výzkum za účelem hlubšího proniknutí do problematiky a porozumění dané problematice. Vybranou technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor těží z výhod a eliminuje nevýhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Jeho velkou výhodou je možnost nejen se držet předem daných otázek, ale i podávat doplňující otázky. Tím můžeme dosáhnout vyšší výtěžnosti a přesnosti (Milovský, 2006). Otázky do polostrukturovaného rozhovoru byly konstruovány tak, aby zodpověděly výzkumné otázky.

S využitím načerpaných znalostí z odborné literatury a s ohledem na stanovené cíle, bylo zkonstruováno 13 otázek, které byly využity ve dvou polostrukturovaných rozhovorech. Pro rozhovory s anglickými respondenty byly otázky přeloženy do anglického jazyka. Znění otázek je následovné:

1. Kdo ergodiagnostiku indikuje?
2. Kdo zprostředkovává ergodiagnostiku?
3. Kdo hradí náklady spojené s ergodiagnostikou?
4. Kdo je součástí týmu zajišťujícího ergodiagnostiku?
5. Jaká je Vaše role v ergodiagnostice?
6. Jak probíhá ergodiagnostika z Vašeho pohledu?
7. S jakými diagnózami se setkáváte nejčastěji?
8. Jaká kritéria musí klient splňovat?
9. Jsou vaši klienti spíše ti, kteří vstupují do pracovního procesu nebo ti, kteří již mají nějaké pracovní zkušenosti?

10. Setkali jste se někdy s tím, že jste nebyl/a schopen/a provést testování pacienta z důvodu nedostatečného testového vybavení pracoviště?
11. Které testové metody využíváte nejčastěji?
12. Kolik klientů k Vám chodí na ergodiagnostiku?
13. Kdo se podílí na závěrečném hodnocení?
14. Jak je nakládáno s výsledky z ergodiagnostiky?
15. Jaké vzdělání je pro ergoterapeuty nutné pro výkon ergodiagnostiky?
16. Jaké jsou další možnosti vzdělávání v oblasti pracovní rehabilitace pro ergoterapeuty?

Následovalo stanovení kritérií pro výběr vhodných respondentů. Kritéria pro výběr respondentů a následný postup oslovování a výběru respondentů jsou podrobněji popsány v kapitole Charakteristika sledovaného souboru. Následně byl s vybranými respondenty dohodnut termín uskutečnění rozhovoru. Samotným rozhovorům předcházelo seznámení respondenta s účelem rozhovoru, s jeho možnostmi a s následným zpracováním a zabezpečením dat. Poté byl elektronicky podepsán informovaný souhlas.

Původně bylo osloveno několik desítek respondentů. Naprostá většina z nich na žádost o podílení se na výzkumné části této práce nereagovala. Z České republiky 2 oslovení respondenti, kteří souhlasili s podílením se na výzkumu, odpovídali stanoveným kritériím. Jeden z možných respondentů nakonec nesouhlasil se způsobem vedení rozhovoru. Z Velké Británie na žádost o participaci ve výzkumné části odpověděl pouze 1 respondent, který splňoval předem daná kritéria.

Pro zodpovězení výzkumných otázek byl polostrukturovaný rozhovor proveden s ergoterapeuty z obou zemí. Obě respondentky byly ženy v produktivním věku ve věkovém rozmezí 30-40 let. Pro lepší přehlednost byli respondenti označeni jako respondent ČR a respondent VB. Respondentem ČR je ergoterapeut z České republiky a respondent VB je z Velké Británie. Respondent ČR vykonával ergodiagnostiku v severovýchodních Čechách. Bližší specifikace místa výkonu práce není možná z důvodu zachování anonymity. Respondent VB vykonával svoji pracovní činnost ve Velké Británii v oblasti Glasgow. Nejvyšší dosažené vzdělání obou respondentek bylo magisterské. Respondent ČR pracoval ve státním zařízení, respondent VB v soukromém. Obě respondentky splňovaly všechna předem stanovená kritéria detailně popsaná v kapitole Charakteristika sledovaného souboru.

Rozhovoru předcházelo sepsání informovaného souhlasu. Informovaný souhlas zajišťuje anonymitu respondenta s ohledem na etický kodex ergoterapeutů. Obsahuje informace o účelu zjišťování informací, způsobu zpracování informací, dodržení anonymity a možnosti odstoupení od rozhovoru. Tento souhlas byl ještě před zahájením samotného rozhovoru opatřen podpisem respondenta. Respondent svým podpisem souhlasil se spoluprací s autorem bakalářské práce. Podepsané informované souhlasy jsou uloženy u autorky práce. Jelikož byly rozhovory odebírány v českém a anglickém jazyce, v přílohách F a G jsou přiloženy tiskopisy v obou variantách. Respondentům bylo, v případě jejich zájmu, přislíbena poskytnutí přístupu k této bakalářské práci, po jejím dokončení.

Rozhovory byly z důvodu distanční vzdálenosti, po domluvě s respondenty, realizovány telefonickou formou. Uskutečnily se v 1. týdnu měsíce března a jejich audiozáznamy byly nahrávány na diktafon mobilního telefonu autorky. Tímto způsobem byla zajištěna ochrana dat, jelikož mobilní telefon je zabezpečen heslem a bez vědomí autorky není možné se k audiozáznamům dostat. Dále bylo zajištěno soukromé a klidné prostředí ze strany autorky, při odebírání rozhovoru. Následoval doslovný přepis rozhovorů a v případě anglických rozhovorů i jejich překlad do českého jazyka.

Pro kódování rozhovorů byl využit jejich doslovný přepis, jenž zahrnuje i nespisovná slova, která zajistí autentičnost rozhovoru. Transkripce obou rozhovorů jsou součástí této práce jako příloha B a příloha C. Jeden z rozhovorů byl proveden v anglickém jazyce a pro zachování významu všech informací byla jeho transkripce provedena v anglickém jazyce. Ve zbytku práce bylo pracováno s jeho doslovným českým překladem, který je přílohou D. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 20-40 minut. Následovalo kódování dat interpretace, které jsou blíže popsány v kapitole Kódování a interpretace výsledků. Poté byly oba rozhovory shrnuty a výsledky byly diskutovány.

8 KÓDOVÁNÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány. Poté bylo nutné získaná data zredukovat a ponechat pouze data vztahující se k dané problematice. Bylo využito metody otevřené kódování a zvolenou technikou byl papír-tužka. Rozhovory byly rozděleny na významové jednotky, které obsahovaly slova nebo věty související s danou problematikou. V přepsaných vytištěných rozhovorech byly významové jednotky barevně označeny a následně pojmenovány shrnujícím názvem pro dané téma. Jinou barvou byly označeny části pro stanovení tématu a další barvou byly označeny dodatky a doplňující, zajímavé myšlenky. Ukázka kódování rozhovoru s respondentkou z ČR je k nalezení v příloze E.

V rozhovoru s respondentkou ČR bylo celkem 22 kódů, v rozhovoru s respondentkou VB jich bylo 21. Poté byla vytvořena tabulka v Microsoft Excelu, kde byly vypsány jednotlivé kódy pro jednotlivé rozhovory. Témata, která se opakovala v obou rozhovorech, byla označena a následně z nich byla vytvořena tabulka s odpověďmi. Témat bylo 19. Pro lepší přehlednost byla témata rozřazena ještě do dalších 5 hlavních témat.

Tabulka 2: Přehled společných témat z kódování rozhovorů

Téma	Podtéma	Respondent ČR	Respondent VB
systém ergodiagnostiky	indikace ergodiagnostiky	ÚP, posudkový lékař	case manager, pojišťovny, zaměstnavatel
	způsob hrazení	ÚP, posudkový lékař	není systém, způsob hrazení dle poskytovatele: NHS, charitativní organizace, soukromá zdravotní péče, podnikové systémy ochrany zdraví při práci, pojišťovny

	role ergoterapeuta v ergodiagnostice	testování pacienta	hodnocení pracovního potenciálu, testování, hodnocení pracoviště, hodnocení pozice
	ergodiagnostický tým	fyzioterapeut, psycholog, lékař, ergoterapeut	ergoterapeut, fyzioterapeut, profesní poradce, psycholog, další poradci dle potřeby
vlastní ergodiagnostika	průběh ergodiagnostiky	<p><u>Den 1-</u> informovaný souhlas, převléknutí, sporttest, měření pulzu, test sezení, test bolesti, PACT, režim dne, přání a předtavy klienta, testy zvedání a přenášení břemen, subjektivní hodnocení pacienta,</p> <p><u>Den 2-</u> opakování zvedacích testů, testy jemné motoriky, chůze, schody, žebřík, rovnováha, výdrž ve stoji, PACT, WHODAS, pracovní křivka</p>	<p>setkání v blízkosti bydliště, představení, informovaný souhlas, zjištění překážek testování, odebrání anamnézy, klinický rozhovor, odebrání pracovní anamnézy, skóre bolesti, vyšetření rozsahu pohybu, rovnováhy, pohyblivosti, chůze, fyzického a duševního zdraví, testování úchopů, testování manipulace s předmětem,</p>

			monitorování pacienta
	nejvyžívanější testové metody	Isernhagen Work System, LOTCA, pracovní křivka, WHODAS 2.0, PACT	klinický rozhovor, skóre bolesti, rozsah pohybu, test na polohovou toleranci, dynamometr, DASH, DASS21, MTAP, SORT, BADS, MET, Moberg pick-up kit, test na vytrvalost, testování zdvyhů, Adebrooms, Back Performance Scale
	nedostatečné testové vybavení pracoviště	ne	ne
klient ergodiagnostiky	požadavky na klienta	motivovaný, ne v akutním stadiu	ne v akutní fázi, ochota podstoupit testování, připraven
	nejčastější diagnózy	problémy se zádama	jakákoliv diagnóza omezující schopnost pracovat, fyzická zranění, muskuloskeletální problémy, kombinace s kognitivními a duševními potížemi

	předchozí pracovní zkušenosti klienta	s pracovní zkušeností po úrazu, delší doba v evidenci ÚP	s pracovní zkušeností, po dopravních nehodách, po pracovních úrazech
	počet klientů	jeden měsíčně, mimo to ambulantní ergoterapie	10-15 od case managerů, 60-80 od zaměstnavatelů, 6-8 od pojišťoven
	zpětná vazba klienta	ano, 1x ročně od ÚP	od case managera, recenze od klientů
závěrečné hodnocení	hodnotící tým	nejvíce zpracovávám já, doktorka	celý ergodiagnostický tým
	využití výsledků ergodiagnostiky	zaslání na ÚP, sdělení výsledků klientovi	předání case managerovi
	sdělování výsledků klientovi	klient převezme zprávu sám, poštou	v den hodnocení nepodrobné, poté od case managera
	následný proces po hodnocení	předání výsledků ÚP, výběr vhodného zaměstnání	předání výsledků case managerovi, identifikace 3 potencionálních pracovních míst, v případě nutnosti změnit obor - doporučení školení

vzdělání a vzdělávání v ergodiagnostice	nutné vzdělání ergoterapeutů pro výkon ergodiagnostiky	ukončené vzdělání pro výkon ergoterapie, někteří školení Isernhagen Work System	získání titulu, školení a akreditování dle UK FCE, Mathesonův přístup, většina Mgr. titul
	školení v ergodiagnostice	nejsou	ano, většina školení v hodnocení pracovního potenciálu, analýze pracovní pozice, managmentu bolesti a spánku, honocení kognitivních funkcí
	možnosti dalšího vzdělávání	školení nejsou	možnost zažádat o jakékoliv školení související s jejich pracovní činností

Zdroj: vlastní

9 SYSTÉM ERGODIAGNOSTIKY

Následující podkapitoly se zabývají systémem ergodiagnostiky v České republice a Velké Británii. Cílem této kapitoly bylo zjistit kým je ergodiagnostika klientovi indikována, kdo hradí náklady spojené s ní, kdo se na ní podílí a jakou roli má v ergodiagnostice ergoterapeut.

9.1.1 Indikace ergodiagnostiky

Respondentům byla položena otázka, která si kladla za cíl zjistit, kdo klientům ergodiagnostiku předepisuje. Respondent ČR uvedl, že termín ergodiagnostického vyšetření je stanoven na základě objednávky Úřadu práce. Další možností je indikace ergodiagnostiky posudkovým lékařem a to v případě, že řeší stupeň invalidity klienta a potřebuje zjistit stav jeho pracovního potenciálu. Tato možnost je však méně obvyklá. Respondent VB uvedl, že klienta odesílá k ergodiagnostickému vyšetření case manager, zaměstnavatel nebo pojišťovny. Ve Velké Británii se nachází velké množství společností, zabývajících se case managementem, které zaměstnávají ergoterapeuty a pracovní poradce. Kromě interních pracovníků spolupracují i se soukromými ergoterapeuty, fyzioterapeuty, psychology a jakýmkoliv dalšími odborníky, které klient vyžaduje. Case manager je zodpovědnou osobou celého procesu a koordinuje pracovní rehabilitaci.

9.1.2 Způsob hrazení

Další otázka směřovala na zjištění způsobu financování nákladů spojených s ergodiagnostickým vyšetřením. Respondent ČR uvedl, že náklady spojené s ergodiagnostikou hradí ten, kdo ji objednal. V případě, že klienta odeslal na ergodiagnostické vyšetření úřad práce, hradí ÚP náklady s tím spojené. Na tyto náklady má ÚP vyčleněné finanční prostředky. Pokud o vyšetření žádá posudkový lékař, hradí náklady s tím spojené on. Respondent VB uvedl, že jednotný systém hrazení ergodiagnostiky neexistuje. Ergodiagnostické vyšetření je hrazeno poskytovateli pracovní rehabilitace a tím může být v omezené míře NHS. Jako dalšího možného poskytovatele uvedl respondent VB charitativní organizace, přičemž tento způsob se týká specifických skupin, například paraplegiků nebo vojenských veteránů. Dále bylo uvedeno, že významná část pracovní rehabilitace je poskytována soukromou zdravotní péčí, podnikovými systémy ochrany zdraví při práci nebo pojišťovnami.

9.1.3 Ergodiagnostický tým

Další otázkou bylo zjišťováno složení týmu zajišťujícího ergodiagnostiku. Respondent ČR odpověděl, že ergodiagnostický tým se skládá z fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologa a lékaře. Fyzioterapeut provádí kineziologické vyšetření pacienta. Psycholog je využíván pro hodnocení stavu kognitivních funkcí. Dále respondent uvedl, že za svojí praxe žádné další specializace nevyužil, avšak je v případě potřeby možné doporučit další odborné vyšetření pacienta. Jako hlavní členy ergodiagnostického týmu vyjmenoval respondent VB ergoterapeuty, fyzioterapeuty, profesní poradce, psychology a dle potřeb klienta libovolné odborné poradce.

9.1.4 Role ergoterapeuta v ergodiagnostice

Další otázkou bylo směřováno k vymezení role ergoterapeuta v ergodiagnostice. Respondent ČR uvedl, že hlavní činností ergoterapeuta v ergodiagnostice je testování klienta, jenž je prováděno na základě výsledků vyšetření rehabilitačního lékaře a kineziologického rozboru od fyzioterapeuta. Respondent VB na tuto otázku taktéž odpověděl, že jeho úlohou je pacienta testovat a hodnotit. Kromě toho má ergoterapeut na starost hodnocení pracoviště a pracovního místa. Respondent VB uvedl, že ergoterapeut se zajímá i o jednotlivé úkony spojené s klientovou prací a jejich vhodností vzhledem k jeho stavu a možnostem.

10 VLASTNÍ ERGODIAGNOSTIKA

Následující podkapitoly zjišťují, jak probíhá samotné testování klienta ergoterapeutem a jaké testové metody jsou k tomu využívány nejčastěji.

10.1.1 Průběh ergodiagnostiky

Další otázka zjišťovala, jak probíhá ergodiagnostické vyšetření. Respondent ČR uvedl, že před začátkem vyšetření je nutné, aby se klient převlékl do sportovního úboru. Celý proces pak začíná podepsáním informovaného souhlasu. Následuje sporttest, při kterém je měřen pulz klienta. Jako další uvádí třicetiminutový test sezení, v jehož rámci je proveden i test bolesti. Posledním segmentem v rámci třicetiminutového testu sezení je PACT test. Respondent ČR uvádí, že pokud v rámci sezení zbyde čas, provádí ergoterapeut mapování režimu dne a zjišťuje pracovní přání a představy pacienta. Tím je uzavřen první blok testu. Dále uvádí, že v dalším bloku jsou prováděny testy zvedací a přenášení břemen, u toho je po celou dobu měřen tlak klienta. Výsledky testů jsou spolu se subjektivním hodnocením zaznamenány do protokolu. Ve druhém dnu se zvedací testy břemen opakují, a pokud pacient pociťuje bolesti, jsou mu lékařem podány léky tlumící bolest, což musí být opět zaznamenáno do protokolu. Dále jsou prováděny testy na jemnou motoriku, koordinaci, chůze, schody, žebřík, rovnováha, atd. Při testu výdrže ve stoji klient opět vyplňuje znovu dotazník PACT, WHODAS a pracovní křivku. Dle respondenta VB přijede ergoterapeut do blízkosti klientova bydliště spolu s potřebným vybavením. Následuje podepsání informovaného souhlasu, kdy je klient seznámen s účelem a průběhem testování a zjištěním zdravotních a bezpečnostních limitů pacienta a jeho pracovních cílů. Následuje odebrání anamnézy a zahájení klinického rozhovoru, kterým zjišťujeme informace o subjektivním vnímání zranění, kapacity a schopností. Poté je proveden rozbor jeho pracovních úkolů. Dále přichází zjišťování jeho zájmů, náplně volného času a domácích aktivit. Následuje vyšetření bolesti, vyšetření síly stisku, rozsah pohybu, rovnováhu, pohyblivost, chůzi. Dále provádí řadu testů na vyšetření fyzického a duševního zdraví a kognitivních funkcí, testování síly, úchopů, zvedání a přenášení předmětů se stupňující se zátěží, přičemž výsledky s pacientem diskutuje. Oba respondenti uvádí, že ergoterapeut během testování monitoruje klientovu tepovou frekvenci a tlak.

10.1.2 Nejvyužívanější testové metody

Dle respondenta ČR je nejčastěji využívanou metodou Isernhagen Work System, pracovní křivka, WHODAS 2.0 a PACT. Také uvádí, že LOTCA je jeho nejméně oblíbeným

nástrojem z důvodu jeho časové náročnosti a upřednostnil by využívání pouze některých částí z tohoto testu. Tento test však využívají minimálně a v případě, že potřebují vyšetřit kognitivní funkce, spolupracují s psychologem. Při využití testu LOTCA dochází k rozdílné fakturaci, dle smlouvy s pojišťovnou. Respondent VB vyjmenoval následující metody, jako nejčastěji využívané, a to skóre bolesti, funkční test polohové tolerance, dynamometr k měření síly stisku, DASH (dotazník pro postižení paže a ramena ruky), DASS21 (stupnice deprese, úzkosti a stresu), Back Performance Scale, Adenbrookský test, MTAP (všestranný test schopností klienta), SORT (spinální a ruční funkce), BADS (behaviorální hodnocení dysexekutivního syndromu), MET (test obratnosti) a Moberg pick-up kit. Dle respondenta VB je nejefektivnějším testem MTAP, což je všestranný test schopností klienta vykonávat určité úlohy. Test se skládá z 50 otázek, které poukazují na schopnost klienta vykonávat běžné denní aktivity. Stojí kolem 400 liber a to v papírové verzi. Další možností je i elektronická verze. Mezi jednotlivé testované oblasti patří například skládání a věšení prádla, natírání a tesařství. Další oblíbenou testovou metodou je Back Performance Scale. Jedná se o jednoduchý test, ke kterému není potřeba žádné vybavení. Skládá se z pěti podtestů jako je například test ponožek a zvedací test. V případě zvedacího testu stojí klient bez bot na podlaze a jeho úkolem je zvednout ze země zmačkaný papír. Tento úkol musí provést třikrát, třemi různými způsoby. Hodnotí se způsob provedení úkolu, například pokud klient ke zvedání potřebuje vnější oporu nebo tento test vůbec neprovede, získává za tento úkol 3 body. Pokud tento úkol vykoná bez obtíží, obdrží 0 bodů.

10.1.3 Nedostatečné testové vybavení pracoviště

Otázka cílila na zjištění míry vybavenosti pracoviště a na to, zdali se respondenti někdy setkali s problémem, že by nebylo možné provést u daného klienta ergodiagnostické vyšetření, z důvodu nedostatečné testové vybavenosti pracoviště. Oba respondenti se shodli, že se nenacházeli v situaci, kdy by pocítili nedostatečnost testové vybavenosti pracoviště.

11 KLIENT ERGODIAGNOSTIKY

Následující podkapitoly se zabývají charakteristikou klientů. Obsahují otázky týkající se nejčastějších diagnóz, se kterými se ergoterapeuti při ergodiagnostice setkávají a požadavků, které by měl klient při ergodiagnostickém testování splňovat. Dále zjišťují, kolik klientů k ergodiagnostice přichází a zdali mají většinově již nějaké pracovní zkušenosti nebo se jedná o jedince vstupující do pracovního procesu.

11.1.1 Požadavky na klienta

Oba respondenti se shodli na tom, že klient musí být motivovaný získat zaměstnání a nesmí být v akutní fázi onemocnění.

11.1.2 Nejčastější diagnózy

Respondent ČR uvádí, že nejčastější diagnózy, se kterými přichází do styku jsou jednoznačně problémy se zády. Respondent VB pracuje s jakoukoliv diagnózou, která ovlivňuje schopnost člověka udržet si práci nebo se navrátit do práce. Nejčastěji se jedná o zranění nebo muskuloskeletární potíže, často kombinované s kognitivními a duševními potížemi.

11.1.3 Předchozí pracovní zkušenosti klienta

Další oblastí zájmu bylo zjistit, zdali k nim na ergodiagnostiku přichází spíše klienti, kteří již mají nějaké pracovní zkušenosti nebo spíše klienti, kteří teprve do pracovního procesu vstupují. Oba respondenti se shodli, že nejčastějšími pacienty, se kterými přichází do styku, jsou pacienti po úrazu s již existující pracovní zkušeností. Respondent ČR navíc uvádí, že se někdy jedná o pacienty, kteří jsou dlouhodobě evidováni na úřadu práce, což v důsledku vede ke ztrátě jejich pracovních návyků a poklesu motivace.

11.1.4 Počet klientů

Další otázkou se snažila autorka zjistit, jaké je množství klientů, kteří přicházejí k ergodiagnostice za určité časové období. Respondent ČR uvedl, že z důvodu limitovaných kapacit pracoviště zvládá jedno až maximálně dvě ergodiagnostická testování měsíčně. Ročně se tedy jedná přibližně o deset pacientů. To je způsobené tím, že je ergoterapeut na pracovišti sám a jeho hlavní pracovní náplní je ambulantní ergoterapie v nemocnici. Respondent VB uvedl, že case manager jim ke kompletnímu vyšetření pracovního potenciálu posílá přibližně 10 až 15 klientů měsíčně a v případě žádosti přímo od pojišťovny se jedná o 6 až 8 klientů měsíčně. Kromě kompletního hodnocení pracovního potenciálu na žádost case managera nebo pojišťovny, se dále v tomto zařízení zabývají hodnocením

funkční kapacity dle specifických požadavků zaměstnavatelů. Takovýchto případů je přibližně 40-60 za měsíc. Celkem se tedy jedná o přibližně 80 až 90 klientů měsíčně. Dále uvedl, že ergoterapeutů se nachází na pracovišti pět a ještě existuje možnost najmutí dalších externích ergoterapeutů.

11.1.5 Zpětná vazba klienta

Respondenti byli dotázáni, jestli vůbec a popřípadě jakým způsobem získávají informace o klientech a o tom jak se jim daří. Respondent ČR uvedl, že přibližně jednou ročně dochází k setkání s ÚP, kde se dozvídá informace o klientech. Tato setkání jsou oboustranně velmi žádaná. Respondent VB uvádí, že zpětná vazba o stavu klienta je získávána z recenzí klientů nebo od case managera, který je s klientem v nejužším kontaktu.

12 ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ

V podkapitolách týkajících se závěrečného hodnocení bylo zjištěno, kdo se podílí na závěrečném hodnocení klienta, jak je s těmito výsledky nakládáno, jak jsou následně využity a jakým způsobem jsou sdělovány samotnému klientovi.

12.1.1 Hodnotící tým

Cílem otázky bylo zjistit, kdo se podílí na závěrečném hodnocení pacienta. Protokoly z testování a přípravu závěrečného hodnocení, dle respondenta ČR, zpracovává především ergoterapeut. Samotné závěrečné hodnocení pak vypracovává rehabilitační lékař. Dle respondenta VB se na závěrečném hodnocení podílí celý ergodiagnostický tým.

12.1.2 Využití výsledků ergodiagnostiky

Po závěrečném hodnocení jsou výsledky ergodiagnostického šetření dle respondenta ČR odesílány na ÚP konkrétnímu pracovníkovi, který má na starost daného klienta. V případě potřeby je možné, aby se pracovník ÚP obrátil na ergodiagnostický tým s jakýmkoli nejasnostmi. Respondent VB uvedl, že závěrečná zpráva od celého ergodiagnostického týmu je předávána case managerovi.

12.1.3 Sdělování výsledků klientovi

Respondent ČR uvedl, že vyhotovenou závěrečnou zprávu poskytují klientovi buď osobním převzetím, nebo v případě větší vzdálenosti centra od bydliště zasláním poštou. Výsledky testování může pacient konzultovat s lékařem a v případě nesouhlasu společně s lékařem upravit. Dle respondenta VB jsou nepodrobné výsledky testování sděleny klientovy ještě v tentýž den, aby celistvý výsledek pro pacienta nebyly úplným překvapením.

12.1.4 Následný proces po hodnocení

Další otázka byla položena z důvodu zjištění toho, co se děje po ukončení celého ergodiagnostického procesu. Dle respondenta ČR je závěrečné hodnocení odesláno na úřad práce konkrétnímu pracovníkovi, který má klienta na starost. Tam je mu následně na základě výsledků z hodnocení vybíráno vhodné pracovní místo. Dle respondenta VB je závěrečná zpráva předávána case managerovi spolu se 3 návrhy potencionálně vhodného pracovního místa, v případě že se klient nemůže vrátit na své původní pracoviště. Dále je v případě nového pracovního místa klientovi doporučeno školení v novém oboru.

13 VZDĚLÁNÍ A VZDĚLÁVÁNÍ V ERGODIAGNOSTICE

Otázky v této kapitole cílí na zjištění nutnosti vzdělání ergoterapeutů, kteří se podílí na ergodiagnostice. Kromě nutného vzdělání dále zjišťuje, jaká jsou nutná školení pro výkon ergodiagnostiky, popřípadě jaké jsou další možnosti dalšího vzdělávání v tomto oboru.

13.1.1 Nutné vzdělání ergoterapeutů pro výkon ergodiagnostiky

Otázka byla položena se záměrem zjistit, jaké vzdělání musí ergoterapeut mít pro to, aby mohl vykonávat ergodiagnostiku. Na tuto otázku odpověděl respondent ČR, že ergoterapeut musí mít řádně ukončené vzdělání v oboru ergoterapie. Dále uvádí, že alespoň někteří členové týmu ze zařízení by měli být proškoleni na Isernhagen Work System. Jako základní požadavek na ergoterapeuta, který se věnuje ergodiagnostice, je dle respondenta VB také ukončené vzdělání v oboru ergoterapie. Uvádí, že na jeho pracovišti má většina ergoterapeutů i magisterské vzdělání.

13.1.2 Školení v ergodiagnostice

Dalším cílem této kapitoly bylo zjistit, jaké jsou další nutná školení v oblasti ergodiagnostiky, popřípadě jak jsou pravidelná. Respondent ČR uvedl, že žádné další nutné školení, kromě Isernhagen Work System, které musí mít absolvované alespoň nějaký z členů ergodiagnostického týmu, pro výkon ergodiagnostiky není. Respondent VB uvedl, že v jejich zařízení všichni ergoterapeuti zabírající se hodnocením pracovního potenciálu musí být školeni a akreditováni dle UK FCE, využívajícím Mathesonův přístup.

13.1.3 Možnosti dalšího vzdělávání

Poslední otázka cílila na zjištění, zdali mají ergoterapeuti možnosti dalšího vzdělávání nad rámec nutných požadavků pro výkon jejich práce. Respondent ČR uvedl, že nejsou možnosti dalších školení, ale velmi by je uvítal. Příčinu tohoto problému vidí v tom, že v České republice nejsou lektori zabývající se tímto tématem. Školení, které respondent ČR doporučuje a znalosti z něj ve své praxi hojně využívá, je školení ergonomie práce. Dle respondenta VB je možné získat další školení dle svých zájmů a vzdělání v určitém oboru, jako je například terapie ruky, neurologie, atd. Většina ergoterapeutů z jeho zařízení již absolvovala další akreditovaná školení, jako jsou hodnocení funkční kapacity, analýza požadavků pracovní pozice, management bolesti a spánku a hodnocení kognitivních funkcí. Dále uvedl, že každé dva týdny prezentují a diskutují společně na pracovišti témata relevantní pro jejich praxi, jako například autismus, duševní zdraví, stavy rukou a horních končetin, dyslexie, atd. Respondent VB navíc uvádí, že ergoterapeuti v jejich zařízení můžou

požádat o jakékoliv školení související s jejich povoláním, přičemž zařízení vše hradí a má na tyto účely vyhrazené prostředky.

11 SOUHRN ROZHOVORŮ

Z rozhovorů vyplynula skutečnost, že systém ergodiagnostiky je v České republice a Velké Británii odlišný a to hned v několika oblastech. Prvním rozdílem, je způsob zajišťování a hrazení ergodiagnostiky v obou zemích. Zatímco v České republice je ergodiagnostika zajišťována a taktéž i hrazena Úřadem práce nebo v méně častém případě posudkovým lékařem, ve Velké Británii má zajišťování a s tím i spojené hrazení ergodiagnostiky hned několik způsobů. Ve Velké Británii může být ergodiagnostika poskytována a hrazena buďto Národním zdravotnickým systémem (NHS), prostřednictvím charitativních organizací, soukromou zdravotní péčí, podnikovými systémy ochrany zdraví při práci nebo soukromými pojišťovnami. Odlišný je v obou zemích, dle výpovědí respondentů, i způsob odesílání klienta k ergodiagnostice. Zatímco v České republice indikuje klientovi ergodiagnostické vyšetření pracovník Úřadu práce nebo posudkový lékař, ve Velké Británii je case manager tím, kdo klienta k ergodiagnostice odesílá. Kromě case managera může být k ergodiagnostice odeslán klient pojišťovnou nebo zaměstnavatelem. Z výpovědí respondentů je zřejmé, že jsou drobné odlišnosti i ve složení týmu, který se podílí na ergodiagnostice. Kromě ergoterapeutů, fyzioterapeutů a psychologů, kteří jsou součástí ergodiagnostického týmu v obou zemích, je dalším členem týmu lékař, ale to pouze v České republice. Ve Velké Británii se na ergodiagnostice navíc podílí ještě profesní poradce a dle potřeb klienta i další poradci. Rolí ergoterapeuta v ergodiagnostice je v obou zemích, dle výpovědí respondentů, testování pacienta a hodnocení jeho pracovního potenciálu. Ve Velké Británii má navíc ergoterapeut na starost ještě hodnocení klientovo pracoviště a jeho pracovní pozice.

Rozhovory poukazují i na odlišnosti v samotném průběhu ergodiagnostiky, ale v některých krocích se průběhy v obou zemích shodují. Zatímco v České republice klient dojíždí za vyšetřením do ergodiagnostického centra, ve Velké Británii se ergoterapeut přesouvá společně s veškerým vybavením do blízkosti bydliště klienta. V obou zemích začíná seznámením klienta s následným procesem a ujištěním se, zdali mu jsou vysvětleny všechny nejasnosti. V České republice předchází samotnému testování převlečení klienta do sportovního úboru. Celý proces začíná podepsáním informovaného souhlasu. Dále už se proces liší a taktéž se liší i využívané testové metody. Dle výpovědí respondenta, v České republice následuje sporttest, třicetiminutový test sezení, test bolesti a PACT test. Dále je prováděn rozhovor s pacientem, kde se zjišťují jeho pracovní cíle a režim dne a je odebírána

pracovní anamnéza. Zatímco ve Velké Británii informovanému souhlasu následuje zkoumání, fyzických limitů pacienta, které by případně bránily vyšetření. Poté stejně jako v České republice ergoterapeut zjišťuje pracovní cíle a přání klienta. Rozhovory poukazují na to, že v obou zemích jsou prováděny zvedací testy, testy rovnováhy, pohyblivosti a chůze, testy bolesti, přenášení břemen a testování úchopů. Ve Velké Británii je navíc vyšetřováno duševní zdraví pacienta. V obou zemích je po dobu vyšetřování monitorován pulz klienta. Co se týče využívaných testových metod, ty se dle rozhovorů neshodují. Zatímco v České republice jsou nejvyužívanějšími testovými metodami Isernhagen Work System, LOTCA, pracovní křivka, WHODAS 2.0 a PACT, ve Velké Británii je to například dynamometr, test na polohovou toleranci, DASH, DASS21, MTAP, SORT, BADS, MET, Minesota dexterity test, Back Performance Scale, Moberg pick-up kit a Adenbrooks. Za nejefektivnější test označil respondent VB MTAP.

Ke shodě dochází i v případě požadavků na klienta, které je pro ergodiagnostiku nutné, aby splňoval. V obou zemích je od klienta, který přichází na ergodiagnostiku vyžadováno, aby se zrovna nenacházel v akutní fázi svého onemocnění a aby u něj byla motivace vrátit se do pracovního procesu. Z rozhovoru vyplývá, že ve Velké Británii se ergoterapeut při ergodiagnostice setkává se širokou škálou diagnóz, které mají společné to, že omezují klientovu schopnost pracovat. Nejčastěji se jedná o muskuloskeletární potíže, které velmi často bývají v kombinaci s kognitivními a duševními poruchami. V České republice se ergoterapeuti nejčastěji setkávají s klienty s bolestí zad, přičemž stejně jako ve Velké Británii se jedná převážně o klienty s již existující pracovní zkušeností. V obou zemích se dle výpovědí respondentů liší i počet klientů přicházejících k ergodiagnostice na konkrétní pracoviště. Více klientů mají za jeden měsíc k ergodiagnostice, v pracovní rehabilitaci v zařízení ve Velké Británii a to mezi deseti až patnácti klienty od case managera a šesti až osmi od pojišťoven. Dalších 40 až 60 pacientů podstupuje hodnocení pracovního potenciálu v menším rozsahu, pro potřeby zaměstnavatele. V zařízení v České republice je tento počet zřetelně nižší a to přibližně jeden až dva pacienti k ergodiagnostice měsíčně. Toto je zapříčiněno personální kapacitou testovacích center. V tomto zařízení se nachází pouze 1 ergoterapeut, který se zabývá ergodiagnostikou, jehož hlavní pracovní náplní je ambulantní ergoterapie. V případě respondenta VB se nachází v zařízení pět ergoterapeutů a dále existuje možnost externích ergoterapeutů. Personální kapacita je v obou případech odlišná.

Možnost získat informace o dalším průběhu pracovní rehabilitace a zpětnou vazbu dostávají ergodiagnostická centra v obou zemích. V České republice přichází zpětná vazba od Úřadu práce, zatímco ve Velké Británii získávají informace od samotných klientů formou recenzí nebo od case managera.

Další rozdíly shledává autorka práce z výpovědí respondentů i v závěrečném hodnocení. Zatímco v České republice podklady pro závěrečné hodnocení zpracovává ergoterapeut a následné závěrečné hodnocení píše lékař, ve Velké Británii se na tom podílí celý ergodiagnostický tým. Vzhledem k rozdílnosti systému pracovní rehabilitace je odlišný i způsob nakládání s těmito výsledky. V České republice je závěrečné hodnocení odesíláno konkrétnímu pracovníkovi ÚP, který má možnost kontaktovat ergodiagnostické centrum, v případě nejasností. Následně je klientovi na základě výsledků Úřadem práce vybíráno vhodné pracovní místo. Zatímco ve Velké Británii je závěrečné hodnocení společně s nabídkou tří vhodných potencionálních pracovních pozic, předáno case managerovi. V obou zemích jsou výsledky klientovi poskytnuty a to v České republice osobním převzetím nebo poštovním doručením. Ve Velké Británii klient dostává od ergodiagnostických center nepodrobné výsledky ještě v tentýž den vyšetření.

Z rozhovorů vyplývá, že požadavky na nutné vzdělání ergoterapeutů provádějících ergodiagnostiku jsou shodné. V obou zemích je nutné, aby ergoterapeut byl řádně vystudovaný v oboru ergoterapie. Ve Velké Británii je navíc nutností absolvovat akreditované školení UK FCE. V České republice je nutností, aby alespoň někteří členové ergodiagnostického týmu podstoupili školení na Isernhagen Work System. Další školení v ergodiagnostice nejsou v České republice nutná ani dostupná, na rozdíl od Velké Británie, kde mají ergoterapeuti možnosti školení široké a to například v hodnocení pracovního potenciálu, managementu bolesti a spánku, hodnocení kognitivních funkcí a analýze pracovní pozice. Také mají možnost absolvovat libovolné dostupné školení související s jejich pracovní náplní, na náklady zaměstnavatele.

14 LIMITY PRÁCE

Limitujícím prvkem této práce autorka sledává nízkou míru odezvy na žádost o participaci ve výzkumné části od britských i českých ergoterapeutů. V případě hledání vhodného respondenta pro část výzkumu zabývající se danou problematikou ve Velké Británii, přistoupil na rozhovor pouze jeden vhodný eventuální respondent, který splňoval všechny předem stanovené podmínky.

Za další limit autorka považuje poměrně malé množství české i zahraniční literatury, týkající se ergodiagnostiky v České republice i Velké Británii, mladší deseti let. Popřípadě omezený přístup k novější literatuře.

Limitem byla sledána autorkou práce i nejednotnost a nesyستémovost pracovní rehabilitace ve Velké Británii. Z toho důvodu výzkumný vzorek není zcela reprezentativní a vzhledem k různorodosti pracovní rehabilitace ve Velké Británii nelze v této práci určit vhodný počet respondentů, potřebných k vytvoření reprezentativního vzorku.

DISKUZE

Již z teoretické části této práce je zřejmé, že existují značné rozdíly v systému pracovní rehabilitace mezi oběma zeměmi. Na otázku „*Kdo indikuje pacienta na ergodiagnostiku?*“ odpověděl respondent ČR ve smyslu, že většina jeho pacientů přichází z Úřadu práce, který i ergodiagnostiku hradí. Tato odpověď potvrzuje, že rozvoj a fungování systému pracovní rehabilitace je v ČR realizován dominantně pod vedením státních institucí tzv. systémem „zhora-dolů“ a tento způsob indikace odpovídá i Metodice standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi (2016). V průběhu zpracování rešerše, ani při rozhovoru autorka nezaznamenala žádné alternativní kanály rozvoje a financování pracovní rehabilitace v České republice.

System pracovní rehabilitace ve Velké Británii se zásadně odlišuje od toho českého ve všech ohledech. Snaha navrátit osoby se zdravotním znevýhodněním do zaměstnání, a tedy rozvoj pracovní rehabilitace, se dle Franka (2016) datuje minimálně od 20. století. V důsledku společenských změn v 80. letech však postupně kompetence v oblasti znovu navrácení osob se zdravotním znevýhodněním upadaly, čehož následkem byl nárůst osob pobírajících určitou formu sociální dávky. Situace vyústila v stav, kdy NHS ztratila veškeré schopnosti a kompetence v oblasti pracovní rehabilitace. Nedostatek rehabilitačních služeb NHS vedl k rozvoji soukromých rehabilitačních služeb hrazených ze soukromých pojištění. Dle BSRM (2021) se modely služeb poskytujících pracovní rehabilitaci liší podle místní politiky, geografie a stávajících poskytování služeb.

Z výše uvedeného shrnutí vyplývá, že na rozdíl od ČR, neexistuje systémové financování pracovní rehabilitace skrze státní instituce. V souladu s tímto je i odpověď respondentky z Velké Británie na otázku „*Chtěla bych se zeptat, jaký je ve vaší zemi systém pracovní rehabilitace?*“ respondentka uvedla: „*No, nemá to moc systém...jsou poskytována prostřednictvím vládou financovaného NHS, ale to je omezené. ...takových není mnoho... některé jsou poskytovány prostřednictvím charitativních organizací ... některé charitativní organizace zaměstnávají ergoterapeuty a fyzioterapeuty pro své rehabilitační programy, významná část je však poskytována prostřednictvím soukromé zdravotní péče, podnikových systémů ochrany zdraví při práci nebo pojištění, ať už firemního pojištění společnosti...*“

Tato odpověď potvrzuje tvrzení výše zmíněných autorů. Autorka považuje za pozitivní fakt, že do pracovní rehabilitace se Velké Británii zapojují i zaměstnavatelé.

Domnívá se, že se jedná o pozitivní jev, výhodný pro všechny zúčastněné subjekty. Dále se autorka domnívá, že pro zaměstnavatele je to významný benefit, který pomáhá udržet zaměstnance v práci. Taktéž přísun prostředků z většího množství zdrojů umožňuje intenzivnější rozvoj pracovní rehabilitace a její rozšíření do povědomí lidí. Na systémovou chybu v České republice v tomto směru upozorňuje ve své studii například Rychtář (2016), který uvádí, že podpora zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají OZP, je ze strany Úřadu práce nedostatečná. Autorka práce se dále přiklání k názoru, že standardizace systému pracovní rehabilitace v České republice má velký benefit pro pacienta. Vyšší míra standardizace by měla zaručovat to, že pracovní rehabilitace proběhne v požadované kvalitě, bez ohledu na region nebo kvalitu instituce/pracovníka, čemuž tak v případě Velké Británie není. Výstupy ergodiagnostiky by díky standardizaci měli být validní a teda vzájemně porovnatelné. Dle Maršálka (2016) mezi základní vlastnosti standardizovaných testů patří validita, proporcionalita a reliabilita. Ačkoliv ve Velké Británii také existují metodiky pro praktikování pracovní rehabilitace (např. BSMR Guideline), autorka je dle jejího názoru shledává méně rozsáhlými a konkrétními na technické úrovni než v České republice. Z tohoto důvodu bylo pro autorku náročné i vypracování teoretického podkladu této práce, týkajícího se právě systému a průběhu ergodiagnostiky ve Velké Británii.

V otázce financování ergodiagnostiky lze na základě rozhovorů konstatovat, že zdroj financování se v obou zemích shoduje se subjektem nebo objektem, který pacientovi indikoval ergodiagnostiku. Konkrétně respondent z České republiky na otázku: „...víte, jestli si ten klient platí tu ergodiagnostiku sám nebo jestli mu to zajišťuje někdo jiný?“ Odpověděl: „Ne, vždycky ta faktura jde na Úřad práce, ... a pokud to byl pacient, kterýho nám poslal posudkový lékař, tak tam si hradí tadyto vyšetření právě posudkový lékař.“ Na stejnou otázku odpověděl respondent z Velké Británie, že pracovní rehabilitace je hrazena výše zmíněnými (pozn. autora NHS, charitativní organizace, pojišťovny, zaměstnavatelé) poskytovateli nebo individuálně.

Z porovnání výpovědí respondentů vyplývá, že za největší a nejzásadnější rozdíl v průběhu ergodiagnostického vyšetření můžeme považovat používání odlišných testovacích metod. Respondent z České republiky uvedl jako nejčastější používané testové metody Isernhagen Work System, LOTCA, Pracovní křivku a WHODAS 2.0. Tyto testy jsou v dle Maršálka (2016) definovány jako základní a patří mezi povinné testové vybavení každého ergodiagnostického pracoviště v ČR.

Je možné konstatovat, že pracoviště respondenta z České republiky splňuje požadavky uvedené v metodice. Ve Velké Británii, v důsledku už zmiňované nižší míry standardizace, nejsou stanovené povinné testové vybavení každého pracoviště. I když respondent vyjmenoval používané testové metody, není možné v rámci rozsahu této práce odvodit, zda se tyto testy využívají ve větší míře v celé Velké Británii. Je však možné konstatovat, že existuje rozdíl ve využívání testových metod na pracovištích respondenta z České republiky a respondenta z Velké Británie. Testové vybavení jim však v obou případech přijde dostatečné.

Za další zásadní rozdíl v průběhu ergodiagnostiky v obou zemích, lze považovat místo testování klienta. V případě České republiky, dle Sládkové (2021) probíhá ergodiagnostika v ergodiagnostických centrech, kterých je v České republice 13. Výpověď respondenta VB poukazuje na odlišnost. Ten popisuje, jak začíná ergodiagnostika. Uvádí: „*Klient je pozván, aby dorazil na místo v blízkosti svého domova. My využíváme velkou místnost. Ergoterapeut, tedy já, tam přinese veškeré vybavení a dotazníky.*“ To poukazuje na fakt, že ergoterapeut za klientem dojíždí do blízkosti jeho bydliště.

Na otázku kolik klientů k nim přichází na ergodiagnostiku, respondent z České republiky uvedl: „*Oni by nám dávali hodně klientů, ale problém je v personálu...já jsem na to zůstala sama...jedno testování za měsíc, maximálně dvě.*“ respondent ČR dále uvedl, že jeho hlavní pracovní náplní je ambulantní ergoterapie, nikoli ergodiagnostika. Respondent z Velké Británie konstatoval, že na jejich pracovišti vyšetřují 80 až 100 klientů měsíčně. Na pracovišti se ale nachází 5 ergoterapeutů a ještě existuje možnost externích ergoterapeutů.

V této práci se dále autorka zabývala otázkou: „*Které ergodiagnostické testovací metody jsou v obou zemích nejvyužívanější?*“ Hledáním odpovědi na tuto otázku v teoretické části je možné dospět k závěru, že dle Svěčené (2019) byly metodiky rozdělené na základní doporučené a speciální, přičemž dle Maršálka (2016) by měli být minimálně základní metodiky na každém pracovišti. Na základě odpovědi respondenta ČR můžeme prohlásit, že respondent využívá, ze základních testů minimálně testovou metodu Isernhagen Work System. Dle respondentky ČR se taky jedná i o nejvyužívanější metodu v její praxi. Respondentka ČR ještě dodala, že nerada využívá test LOTCA. Jako důvod uvedla: „*Já tu LOTCU nemám ráda, protože je zdouhavá.*“ Dle McDermott (2011) trvá administrace tohoto testu přibližně 45 minut. Dle Bieniek (2015) je metoda Isernhagen Work System nejvyužívanějším nástrojem i v rehabilitačních centrech v Německu. Dle Brunclíkové

(2007) je nutné k testování metodou Isernhagen Work System, aby ergoterapeut nebo fyzioterapeut z pracoviště prošel školením. Respondent ČR uvedl, že také prošel školením. Dále uvedl, že v České Republice nejsou žádná další školení ergodiagnostice, přičemž uvádí: „*Ne nejsou žádná další pravidelná školení, bohužel nejsou, ale myslím si, že by to bylo dobrý.*“ Respondentka uvedla, že neabsolvovala školení ani na žádné používání jiných testových metod.

Hunter (2017) uvádí standardizované hodnotící nástroje, které se využívají ve Velké Británii. Respondent VB však jako nejvyužívanější metody uvedl metody, lišící se od těch, které popisuje výše zmíněný Hunter. Autorka se domnívá, že rozdílnost by mohla být způsobena faktem, že pracoviště respondentky VB je vyškolené a využívá přístup dle Mathesona. Tuto domněnku dokazuje výpověď respondentky VB: „*Všichni ergoterapeuti zabývající se hodnocením pracovního potenciálu, kteří pracují v naší společnosti, jsou školeni a akreditováni UK FCA akreditovaným školitelem využívajícím Mathesonův přístup.*“ Dle Verna (2019) patří MTAP, který je dle výpovědi respondentky VB nejefektivnějším testem, mezi testy Mathesonského přístupu. To je zřejmé z odpovědi: „*Myslím, že nejefektivnějším a jedním z mých nejoblíbenějších testů, je určitě MTAP.*“ Jeho efektivitu potvrdil ve své práci i Verna (2019).

Přístup k dalšímu profesnímu rozvoji nad rámec povinných kritérií, je ve VB dle odpovědi respondenta rozdílný. Respondent uvádí, že mají k dispozici i další školení: „*Většina našich ergoterapeutů absolvovala další akreditovaná školení v hodnocení funkční kapacity.*“ Jako zajímavost uvedla fakt, že ergoterapeuti v jejím zařízení mohou zažádat o jakékoliv školení, které je relevantní pro jejich práci a toto školení je propláceno zaměstnavatelem. To poukazuje i na rozdílech v možnostech vzdělávání ergoterapeutů v ergodiagnostice v obou zemích.

ZÁVĚR

Přestože je obecnou podstatou ergodiagnostiky zjistit pracovní potenciál jedince, jehož výsledky budou následně využity pro další průběh pracovní rehabilitace, je možné, že se ergodiagnostické procesy budou v některých aspektech napříč zeměmi odlišovat.

Tato bakalářská práce vznikla za účelem porovnat ergodiagnostiku v České republice a Velké Británii z pohledu ergoterapeuta. Jejními dílčími cíli bylo dozvědět se jaký je systém pracovní rehabilitace, jaký je průběh ergodiagnostiky, jaké nejčastější testové metody jsou při ergodiagnostice nejvíce využívány a jaké mají ergoterapeuti možnosti vzdělání v ergodiagnostice v obou zemích.

V teoretické části byla přiblížena problematika týkající se ergodiagnostiky a to jak obecně, tak konkrétně v České republice a ve stejné struktuře i ve Velké Británii. Popisovanými tématy byla historie ergodiagnostiky, systém pracovní rehabilitace a způsoby jejího hrazení, průběh ergodiagnostiky a mimo jiné její testové metody. Praktická část této práce si kladla za cíl porovnat ergodiagnostiku v obou zemích z pohledu ergoterapeuta a zjišťovala, jaké jsou hlavní rozdíly v jejím systému, průběhu, v nejčastěji využívaných testových metodách a ve vzdělání ergoterapeutů, kteří ergodiagnostiku provádějí. Toho bylo dosaženo kvalitativním výzkumem, a to dvěma rozhovory s ergoterapeuty z obou zemí. Zjištěné rozdíly v ergodiagnostice v obou zemích byly popsány a následně diskutovány a proto lze konstatovat, že hlavní cíl i dílčí cíle byly splněny.

Výsledky této práce by mohly být přínosné pro pracovní rehabilitaci v České republice a mohly by sloužit jako inspirace pro další rozvoj tohoto oboru v naší zemi. Příkladem by mohlo být vyzkoušení některých ergodiagnostických metod, využívaných ve Velké Británii, při ergodiagnostice v České republice, jelikož bylo zjištěno, že v obou zemích se využívají jiné testové metody.

Taktéž by tato práce mohla být podnětem pro zkoumání ergodiagnostiky v dalších zemích s následným přenesením rozdílných postupů a dalších poznatků do naší země. Autorka této práce by se tomuto tématu ráda dále hlouběji věnovala.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALMOMANI, Fidaa, Tamara AVI-ITZHAG, Naor DEMETER, Naomi JOSMAN a Murad O AL-MOMANI. Construct validity and internal consistency reliability of the Loewenstein occupational therapy cognitive assessment (LOTCA). *BMC Psychiatry*. č. 18, [online] 2018, [cit. 2023-2-25]. doi 10.1186/s12888-018-1776-x. Dostupné z: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1776-x>

ARTILHERIO, Mariana, Francis FAVERO, Fatima CAROMANO, Acari DE SOUZA BULE OLIVEIRA, Nelson CARVAS JR., Mariana CALIO VOOS, Cristina DOS SANTOS a Cardoso DE SÁ. Reliability, validity and description of timed performance of the Jebsen-Taylor Test in patients with muscular dystrophies. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. č.22, [online] 2017, doi 10.1016/j.bjpt.2017.09010. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29292138/>

ASOCIACE PRACOVNÍ REHABILITACE ČR. Pracovní rehabilitace. *APRČR: Asociace pracovní rehabilitace ČR*, [online] 2022. [cit. 2022-12-30]. Dostupné z: <http://www.aprcr.cz/pracovni-rehabilitace/>.

BEZZINA, Lara. Quality Services for Social Inclusion: Mapping Quality Regulations, Requirements and Trends in Vocational Rehabilitation for Persons with Disabilities. *epr.eu*. [online] 2020. [cit. 2023-2-2]. Dostupné z: <https://www.epr.eu/wp-content/uploads/QUALIT1.pdf>.

BIENIEK, Sebastian a Matthias BETHGE. An investigation of the inter-rater reliability of the Valpar Joule functional capacity evaluation in healthy adults. *BMC Musculoskeletal Disorders*. [online] 2015, [cit. 2023-3-26]. doi 10.3233/WOR152154. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26409397/>

BIENIEK, Sebastian a Matthias BETHGE. The reliability of WorkWell Systems Functional Capacity Evaluation: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. č.15, [online] 2014, [cit. 2023-2-15]. doi 10.1186/1471-2474-15-106. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24674029/>

BRITISH SOCIETY OF REHABILITATION MEDICINE. Vocational assessment and rehabilitation after acquired brain injury. *BSRM: British Society of Rehabilitation Medicine*. [online] 2004. [cit. 2023-2-22]. Dostupné z: <https://www.bsrn.org.uk/downloads/vocational-assessment-rehabilitation-abi.pdf>.

BRITISH SOCIETY OF REHABILITATION MEDICINE. Vocational Rehabilitation: BSRM brief guidance. *BSRM: British Society of Rehabilitation Medicine*. [online] 30. 12. 2021. [cit. 2023-2-3]. Dostupné z: <https://www.bsrn.org.uk/downloads/bsrmvocorehab-finaldraftv6-7-9-21.pdf>.

BRUBAKER, Perry, Frank FEARON, Stephen SMITH, Richard MCKIBBEN, James ALDAY, Stacy ANDREWS, Everald CLARKE a George SHAW. Sensitivity and specificity of the blankenship FCE system's indicators of submaximal effort. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. [online] 2007, [cit. 2023-1-2]. doi 10.2519/jospt.2007.2261. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17469668/>

BRUNCLÍKOVÁ, M., A. VÁVRA, A. KARNETOVÁ a P. BOSÁK. Vyšetření pracovního potenciálu podle Iserngahen Work System FCE (Popis podle dostupné literatury). *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. č. 14 [online] 2007, [cit. 2023-3-26]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2007-2/vysetreni-pracovniho-potencialu-podle-isernhagen-work-systems-fce-popis-podle-dostupne-literatury-1837>

CURTIN, Michael, Jo ADAMS a Mary EGAN. Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment. Edinburgh : *Elselveir*, 2017. ISBN 978-0-720-5446-4.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. O profesi. *ČAE: Česká asociace ergoterapeutů*. [online]. ČAE, ©2023. [cit. 2023-3-10]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/o-profesi/>.

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Invalidní důchod [online]. ČSSZ, ©2022. [cit. 2022-12-29.] Dostupné z: <https://www.cssz.cz/invalidni-duchod>.

DELTASON. Valpar. *Deltason* [online] ©2023. [cit. 2023-3-1]. Dostupné z: http://www.deltason.com/products/rehabilitation/valpar_overview.html.

EDOST. Rehabilitace-Aktivace-Práce. *Edost*. [online] ©2015. [cit. 2023-3-11]. Dostupné z: <http://www.edost.cz/projekty/realizovane-projekty/rehabilitace-aktivace-prace/>

EPICREHAB. EPIC Lift Capacity Test (ELC). *Epicrehab*. [online] 2023. [cit. 2023-3-10]. Dostupné z: <https://www.epicrehab.com/products/products-background/epic-lift-capacity-test-elc/>.

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ. Ceník zdravotních služeb. *FN Plzeň*. [Online] 1. 1. 2023. [cit. 2023-1-26]. Dostupné z: https://www.fnplzen.cz/sites/default/files/dokumenty/ceniky/cenik_vest.pdf.

FLANDERKA, Miroslav, Petr HLAVÁČEK, Jaromíra KOTÍKOVÁ a Jaromír LICEK. Kvantitativní a kvalitativní analýza systému služeb pracovní rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením. *Sociální agentura o.s.* [online]. 2008. [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: <https://adoc.pub/rehabilitace-aktivace-pracee1fdd67ca6ed26c720c4879b7ad503af41942.html>.

FRANK, Andrew. Vocational Rehabilitation: Supporting Ill or Disabled Individuals in (to) Work: A UK Perspective. *Healthcare*. [online] 2016, [cit. 2023-3-6] doi 10.3390/healthcare4030046. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27438864/>

GBELEK, Ondřej. RAP – Rehabilitace-aktivace-práce. *Svaz průmyslu a dopravy České republiky*. [online] SPCR, 4. 9. 2009. [cit. 2023-1-5]. Dostupné z: <https://www.spcr.cz/projekty/realizovane-projekty/2861-rap>.

GIBSON, Libby a Jenny STRONG. A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*. roč. 50, č. 7, s. 64-71 [online] 2003. [cit. 2023-3-3]. doi 10.1046/j.1440-1630.2993.00323.x . Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1630.2003.00323.x>

GOV.UK. Looking for work if you're disabled. *GOV.UK* [online] 2023, [cit. 2023-3-1]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/looking-for-work-if-disabled>.

HEALTHYWORK. Functional Capacity Evaluation. *Healthywork* [online] 2021. [cit. 2023-2-10]. Dostupné z: <https://healthywork.org.uk/occupational-health-services/functional-capacity-evaluation/>.

HUNTER, Nicola. Guidelines for Occupational Health Physiotherapists on the use of Functional Capacity Evaluation and Functional Measurement for the Assessment of Fitness for Work. *ACPOHE Guidance on FCE & Assessment of Fitness for Work*. [online] 2017,

[cit. 2023-3-3]. Dostupné z: https://www.csp.org.uk/system/files/documents/2018-07/acpohe_fce_guidance_v1.0_17-4-14.pdf

JAMES, Carole, Lynette MACKENZIE a Mike CAPRA. Content validity of the WorkHab functional capacity evaluation. *Australian Occupational Therapy Journal*. [online] 2019, [cit. 2023-1-12] doi 10.1111/1440-1630.12565. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30671981/>

JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTROVÁ. *Ergoterapie*. Praha : Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KASPRZYK, Maciej, Michal LUCZAK, Nel KACZMAREK, Jakub PSIUK, Marta TWARDOWSKA a Piotr CZARNECKI. Assessment of training and selected factors on speed and quality of performing different tasks on the endoscopic simulator. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. č.16, [online] 2021, [cit. 2023-1-25]. doi10.5114/wiitm.2020.97364. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33786123/>

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

LAFAYETTE INSTRUMENT COMPANY. Purdue Pegboard. *Lafayette evaluation*. [online] 2023. [cit. 2023-3-12] Dostupné z: <https://lafayetteevaluation.com/products/purdue-pegboard/>.

LEGGE, Jenifer a Robin BURGESS-LIMERICK. Reliability of the JobFit System Pre-Employment Functional Assessment Tool. [online] 2007. [cit. 2022-12-12] PMID 17522451. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17522451/>

MACDERMID, Joy C., Myriam GHOBRIAL, Karine Badra QUIRION, Melanie ST-AMOUR, Tanya TSUI, Dave HUMPHREYS, John MCCLUSKIE, Eddy SHEWAYHAT a Vickie GALEA. Validation of a new test that assesses functional performance of the upper extremity and neck (FIT-HaNSA) in patients with shoulder pathology. *BMC Musculoskeletal Disord*. [online] 2007, [cit. 2023-2-26] doi 10.1186/1471-2474-8-42. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17509150/>

MADAN, Ira a Paul Robert GRIME. The management of musculoskeletal disorders in the workplace. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. č.29, [online] 2015, [cit. 2023-

1-25]. doi 10.1016/j.berh.2015.03.002. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26612234/>

MARŠÁLEK, Pavel. Ergodiagnostika. Ústí nad Labem : *Krajská zdravotní, a.s.*, [online] 7.4.2016. [cit. 2023-3-3]. Dostupné z: https://www.sancenavzdelani.org/assets/Prezentace-Pavel-Mar%C5%A1%C3%A1lek-MN-%C3%A9AnL_Ergodiagnostika.pdf.

MCDERMOTT, Annabel. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA). *Strokeengine*, [online] 2011, [cit. 2023-3-26]. Dostupné z: <https://strokeengine.ca/en/assessments/loewenstein-occupational-therapy-cognitive-assessment-lotca/>

METODIKA STANDARDŮ A POSTUPŮ PRACOVNÍ REHABILITACE V PRAXI, MPSV, [online] 2016 [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <https://esf2014.esfcr.cz/dap/LW/Views/Core/Detail?action=get&id=8a000000-0000-0000-0000-000000017744&idForm=72365cd6-f664-4c8f-8b75-c637c9bfc32b&idbo=f42266a2-71fa-4be1-8242-eda4dd92cb4c>

METODIKA STANDARDŮ ERGODIAGNOSTIKY PRO ÚČELY HODNOCENÍ PRACOVNÍHO POTENCIÁLU OZP. MPSV, [online] 2016. [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <https://esf2014.esfcr.cz/dap/LW/Views/Core/Detail?action=get&id=8A000000-0000-0000-0000-000000017743&idForm=72365cd6-f664-4c8f-8b75-c637c9bfc32b&idbo=f42266a2-71fa-4be1-8242-eda4dd92cb4c>

MIKICIN, Miroslaw, Grzegorz ORZECOWSKI, Katarzyna JUREWICZ, Katarzyna PALUCH, Marek KOWALCZYK a Andrzej WROBEL. Brain-training for physical performance: a study of EEG-neurofeedback and alpha relaxation training in athletes. *Neurobiologiae experimentalis*. č.75, [online] 2015. [cit. 2023-3-15]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26994421/>

MÍKOVÁ, V., A. KUČEROVÁ, S. MICHÁLKOVÁ a I. MANSFELDOVÁ Zjišťování pracovního potenciálu jedince. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. č.14, [online] 2007, [cit. 2023-2-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2007-2/zjistovani-pracovniho-potencialu-jedince-1838>

MILOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. O MPSV. *MPSV* [online] 20. 12. 2021. [cit. 2023-3-11]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/o-mpsv>.

MITCHEL, Dawn, Elizabeth HANCOCK a Lindsay ALEXANDER. An investigation of the inter-rater reliability of the Valpar Joule functional capacity evaluation in healthy adults. *Robert Gordon University Open Access Institutional Repository*, [online] 2016. [cit. 2023-3-3]. doi 10.3233/WOR-152154. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26409397/>

MUTALIB, Sarah Abdul, Michael MACE, Chloe SEAGER, Etienne BURDET, Virgil MATHIOWETZ a Nicola GOLDSMITH. Modernising grip dynamometry: Inter-instrument reliability between GripAble and Jamar. *BMC Musculoskelet Disorders*. [online] 2022, [cit. 2023-3-11]. doi 10.1186/s12891-022-05026-0. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35073887/>

NATIONAL HEALTH SERVICE. About the NHS. *NHS:National Health Service*. [online] ©2023. [cit. 2023-2-2]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/>.

NGAI, Elena, Andrew MH SIU a Bacon NG. Reliability of the Chinese VALPAR Pro3000 Modular Assessment System for Assessing Persons with Mental Illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. [online] 2011. [cit. 2023-3-1] doi 10.1016/j.hkjt.2011.10.001, Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/251694487_Reliability_of_the_Chinese_VALPAR_Pro3000_Modular_Assessment_System_for_Assessing_Persons_with_Mental_Illness

PRAJYOT, Kumta, Joy C. MACDERMID, Saurabh P. MEHTA a Paul W. STRATFORD. The FIT-HaNSA demonstrates reliability and convergent validity of functional performance in patients with shoulder disorders. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. č.42, [online] 2012, [cit. 2023-3-10]. doi 10.2519/jospt.2012.3796. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22281818/>

PREGNET. Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci. *EDOST*, [Online] 2014a. [cit. 2022-12-16]. Dostupné z: <http://pregnet.pracovnirehabilitace.cz/cs/popis-projektu>.

PREGNET. Zpravodaj projektu Pregnet. č. 3. *Pregnet*. [online] 2014b. [cit. 2023-1-3]. Dostupné z: <http://pregnet.pracovnirehabilitace.cz/vhost/pregnet.pracovnirehabilitace.cz/upload/3.%20Zpravodaj%20projektu%20PREGNET.pdf>.

RUSTENBURG, G., P.P.F.M. KUIJER a M.H.W. FRINKS-DRESEN. The Concurrent Validity of the ERGOSTM Work Simulator and the Ergo-Kit With Respect to Maximum Lifting Capacity. *Journal of Occupational Rehabilitation*. [online] 2004, [cit. 2023-1-5]. doi 10.1023/B:JOOR.0000018327.27554.58. Dostupný z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15074363/>

RYCHTÁŘ, Karel a Tomáš SOKOLVSKÝ. Osoby se zdravotním postižením na trhu práce v ČR. Ostrava: *Centrum vizualizace a interaktivity vzdělávání*, [online] 2016, [cit. 2023-3-26]. Dostupné z: https://ipodpora.odborny.info/soubory/dms/wysiwyg_uploads/013c67c033b59c8c/uploads/Odborn%C3%A1_studie_OZP_na_trhu_pr%C3%A1.pdf

SLÁDKOVÁ, Petra. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha : Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4986-3.

STRINI, Veronica, Novella PIAZZETTA, Andrea GALLO a Roberta SCHIAVOLIN. Barthel Index: creation and validation of two cut-offs using the BRASS Index. *Acta Biomedica*, [online] 2020. [cit. 2023-3-1] doi 10.23750/abm.v91i2-S.9226. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32168309/>

SVĚCENÁ, Kateřina a Petra SLÁDKOVÁ. Ergodiagnostika jako součást pracovní a sociální rehabilitace. *Revizní a posudkové lékařství*. 2019, 22, č. 3, s. 64-70. ISSN 1214-3170.

TESIO, Luigi, Anna SIMONE, Giuliano ZEBELLIN, Viviana ROTA, Calogero MALFITANO a Laura PERUCCA. Bimanual dexterity assessment: validation of a revised form of the turning subtest from the Minnesota Dexterity Test. *International Journal of Rehabilitation Research*. č.39, [online] 2016. [cit. 2023-1-25]. doi 10.1097/MRR.000000000000145. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900427/>

THE OT PRACTICE. What is vocational rehabilitation? *The OT practice*. [online] ©2023. [cit. 2023-3-1]. Dostupné z: <https://www.theotpractice.co.uk/how-we-help/specialisms/vocational-rehabilitation>.

ÚŘAD PRÁCE ČR. O Úřadu práce České republiky. *Úřad práce ČR* [online] 30. 12. 2022. [cit. 2023-3-11]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/o-uradu-prace>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online] 2023 [cit. 2023-3-9]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule#o-dotazniku>

VACKOVÁ, Jitka a kol. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace*. Praha : Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-2434-3.

VERNA, Joe, Leonard N MATHESON, Sharon SCHERER a John M Mayer. Validity of the Multidimensional Task Ability Profile. *J Occup Rehabil.* č. 4, [online] 2019. [cit. 2023-3-28]. doi 10.1007/s10926-019-09842-5. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31201594/>

VOCATIONAL REHABILITATION ASOCIATION. The Proces of VR. Vocational Rehabilitation Association. [online] 2020. [cit. 2022-12-29]. Dostupné z: <https://vrassociationuk.com/about/process-vr/>.

WADDELL, Gordon, Kim BURTON a Nicholas AS KENDALL. *Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when?* London : TSO, 2013. ISBN 978-0-11-703861-5.

ZVONÍKOVÁ, A. a J. WERNEROVÁ. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. *Revizní a posudkové lékařství.* č.2, s.60-64 [online] 2017. [cit. 2023-3-11]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/medical-revision/2017-2/zamestnavani-osob-se-zdravotnim-postizenim-62504>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Formulář pro žádost o pracovní rehabilitaci v ČR
- Příloha B – Protokol rozhovoru s ergoterapeutem z České republiky
- Příloha C – Protokol rozhovoru s ergoterapeutem z Velké Británie
- Příloha D – Překlad rozhovoru s ergoterapeutem z Velké Británie
- Příloha E – Ukázka kódování 1. rozhovoru technikou papír-tužka
- Příloha F – Informovaný souhlas v českém jazyce
- Příloha G – Informovaný souhlas v anglickém jazyce

PŘÍLOHY

Příloha A – Formulář pro žádost o pracovní rehabilitaci v ČR

Obrázek 6 – Formulář pro žádost o pracovní rehabilitaci v ČR, 1. strana

PRACOVNÍ REHABILITACE

Úřad práce ČR - krajská pobočka v: _____

Registrační číslo ÚP: _____

VC – S15

Žádost o pracovní rehabilitaci

§ 69 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o zaměstnanosti“)

A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :				
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:	Státní občanství:			
Místo narození ⁴⁾ :						
Trvalý pobyt ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:	Ulice:	Č. p. ⁶⁾ :	Č. orient.:	PSČ:
Adresa místa obvyklého pobytu v ČR ⁷⁾ :	Obec:	Část obce:	Ulice:	Č. p. ⁶⁾ :	Č. orient.:	PSČ:
Adresa pro doručování v ČR ⁸⁾ :	Obec:	Část obce:	Ulice:	Č. p. ⁶⁾ :	Č. orient.:	PSČ:
Telefon:	E-mail:					

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uveďte v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

4) Vyplňte, nebylo-li Vám přiděleno rodné číslo.

5) Do kolonky **Trvalý pobyt** vyplňte:

- u státního občana ČR adresu místa trvalého pobytu na území ČR,

- u cizince, který je občanem EU nebo jeho rodinným příslušníkem anebo rodinným příslušníkem občana ČR, adresu trvalého nebo přechodného pobytu na území ČR, a pokud takový pobyt nemá, adresu místa, kde se na území ČR obvykle zdržuje,

- u cizince, který není občanem EU ani jeho rodinným příslušníkem ani rodinným příslušníkem občana ČR, adresu místa trvalého pobytu na území ČR, je-li držitelem modré karty, adresu uvedenou jako místo pobytu v agendovém informačním systému cizinců.

6) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

7) **Jste-li státním občanem ČR, vyplňte Adresu místa obvyklého pobytu v ČR** pouze v případě, kdy žádáte o pracovní rehabilitaci pracoviště Úřadu práce ČR mimo místo svého trvalého pobytu.

8) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s adresou trvalého pobytu nebo s adresou místa obvyklého pobytu v ČR.

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/zadost-o-pracovni-rehabilitaci>

Obrázek 7 – Formulář pro žádost o pracovní rehabilitaci v ČR, 2. strana

B. Zdravotní omezení:

Zaškrtněte jednu z uvedených možností. Pokud zvolíte první možnost, upřesněte ji v dalších volbách.

- jsem osobou se zdravotním postižením
- invalidní ve třetím stupni (§ 39 odst. 2 písm. c) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, dále jen „zákon o důchodovém pojištění“⁹⁾
 - invalidní ve třetím stupni a schopen(a) výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek (§ 39 odst. 4 písm. f) zákona o důchodovém pojištění⁹⁾
 - invalidní ve druhém stupni (§ 39 odst. 2 písm. b) zákona o důchodovém pojištění¹⁰⁾
 - invalidní v prvním stupni (§ 39 odst. 2 písm. a) zákona o důchodovém pojištění¹⁰⁾
 - zdravotně znevýhodněnou osobou (§ 67 odst. 2 písm. c) zákona o zaměstnanosti¹¹⁾
- jsem osobou uznanou za dočasně neschopnou práce - pracovní rehabilitaci mi doporučuje ošetřující lékař¹²⁾
- jsem osobou, která přestala být invalidní - pracovní rehabilitaci mi doporučuje okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ)¹³⁾
- jsem osobou, které byla odejmuta invalidita v posledních 12 měsících (§ 67 odst. 6, zákona o zaměstnanosti)¹⁴⁾

Tyto skutečnosti v příloze dokládám.

C. Udělení souhlasu:

Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů pro účely zprostředkování zaměstnání a pro poskytování dalších služeb podle zákona o zaměstnanosti.

- Potvrzuji, že jsem se seznámil(a) s poučením účastníka pracovní rehabilitace platným ode dne 1. 1. 2018.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

V	dne	. . 20	Podpis žadatele:
---	-----	--------	------------------

Totožnost žadatele za Úřad práce ČR ověřil podle dokladu:	Dne	Podpis zaměstnance:
---	-----	---------------------

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <https://www.mpsv.cz/web/cz/formulare> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

- 9) Dokládá se posudkem, potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Plná invalidita, která trvá ke dni 31. 12. 2009, se považuje od 1. 1. 2010 za invaliditu třetího stupně. Za fyzickou osobu, která je invalidní ve třetím stupni a je schopna výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek, se považuje od 1. 1. 2010 též fyzická osoba, která byla ke dni 31. 12. 2009 plně invalidní podle § 39 odst. 1 písm. b) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.
- 10) Dokládá se posudkem, potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Částečná invalidita, která trvá ke dni 31. 12. 2009, se považuje od 1. 1. 2010 za invaliditu druhého stupně, byl-li důvodem částečné invalidity pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 50 %, a za invaliditu prvního stupně v ostatních případech.
- 11) Dokládá se potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení, případně rozhodnutím úřadu práce o uznání zdravotně znevýhodněnou osobou.
- 12) Dokládá se doporučením ošetřujícího lékaře vydaného jménem poskytovatele zdravotních služeb.
- 13) Dokládá se doporučením okresní správy sociálního zabezpečení vydaným v rámci kontrolní lékařské prohlídky.
- 14) Dokládá se rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení.

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/zadost-o-pracovni-rehabilitaci>

Příloha B – Protokol rozhovoru s ergoterapeutem z České republiky

E = ergoterapeut, T = tazatel

březen 2023, Česká republika

T: Já bych tedy začala. Zajímalo by mě jaká je vaše role v tý ergodiagnostice, co vy vlastně děláte.

E: No, tak moje profese je ergoterapeut a já mám na starost přímo testování toho pacienta v rámci těch devětadvaceti subtestů. Takže u nás nejdřív rehabilitační lékař vyšetří pacienta, potom provede kineziologický rozbor fyzioterapeut a já na základě tadytěch zpráv potom vím, s čím můžu pracovat, co dělat nemůžu a vlastně provádím to samotný testování.

T: A kdo teda toho pacienta na tu ergodiagnostiku indikuje? Jak vlastně se k tomu ten pacient dostane vůbec?

E: Tak ten pacient k nám jde na základě objednávky úřadu práce, se kterým vždycky máme domluvený nějaký termín, takže oni vždycky mají termín a vytipujou klienta, u kterého chtějí provést tu ergodiagnostiku, a může se stát, že nám vlastně pošle objednávku i posudkový lékař pokud se mu nezdá nějaký...mmm...většinou když řeší stupeň invalidity a není mu něco jasný, tak na základě tadytoho provedeme ergodiagnostiku a on vlastně potom se může vyjádřit i k tomu stavu toho pacienta. Ale je to vyjímečný, posudkový lékař nás nevyhledává tak často, s úřadem práce máme trvalou spolupráci.

T: Aha, a víte, jestli si ten klient platí tu ergodiagnostiku sám nebo jestli mu to zajišťuje někdo jinej?

E: Ne, vždycky ta faktura jde na úřad práce, oni na to maj vymezený finance, a takže pacient si nehradí vůbec nic a pokud to byl pacient, kterýho nám poslal posudkový lékař, tak tam si hradí tadyto vyšetření právě posudkový lékař.

T: Vy jste teda říkala, že tam se na tom podílí nějaký lékař, vy jako ergoterapeut, jsou ještě nějaký další profese, co se podílí na tý ergodiagnostice?

E: No potom je to fyzioterapeut, který provede to kineziologický vyšetření a může se stát, že třeba potřebujeme ještě zhodnotit třeba kognitivní funkce, takže tam potom s námi spolupracuje paní psycholožka a zatím za mojí praxe jsme nevyužili další specializace, spíš jsme to řešili tak, že jsme na základě toho doporučili třeba další vyšetření toho pacienta.

T: Jestli byste mi mohla teda popsat, jak teda vypadá konkrétně ta vaše role, ten proces ergodiagnostiky. Jak to vypadá, když ten klient přijde, co se děje.

E: Takže, až když přijde ke mně, myslíte?

T: No, k vám když přijde.

E: Tak, takže já s ním projdu ještě informovaný souhlas, že může zpracovávat jeho data. Vlastně úplně první co, tak pacient se vždycky musí dostavit i s nějakými sportovním tílkem, kraťasama, sportovní obuví, takže to chceme, aby se převlíkl. Já mu dávám sporttest, protože tam zároveň i mapujeme pulz u toho pacienta, jestli stoupá, nestoupá a když je takhle připravenej ten pacient, tak já si ho posadím a začíná mi vlastně první test, to je ten třiceti minutový test sezení a v rámci toho já s ním projdu informovaný souhlas, že můžu

zpracovávat ty jeho data a můžu dál s nimi pracovat i ve spolupráci s úřadem práce, potom v rámci toho testu sezení ještě projdeme test bolesti, kdy já mapuju jaký jsou bolesti v posledních dnech, jaký jsou největší bolesti a tak dál, v jakých místech jsou lokalizovaný. No a ještě v rámci toho třiceti minutového testu ten pacient vyplňuje PACT, kdy vlastně má vyplnit těch padesát činností, jak by je provedl nebo neprovedl. Většinou nám to na nějakých třicet minut vyjde, pokud je tam nějaký čas, tak já už zároveň i si mapuju třeba režim dne toho pacienta, jaký má nebo jaký má přání a tak, co by chtěl dělat, kam by chtěl sám jít do zaměstnání a nebo kde pracoval a podobně. No, takže tímhle máme hotovej jeden test a potom podle toho seznamu testů postupujeme vlastně v té souvislosti tak, jak máme ty protokoly, takže tam potom jsou testy zvedací, přenášení břemen a vlastně takhle provedeme celý ten první den ty testy. Já si tam zároveň mapuju tlak toho pacienta, jestli stoupá, nestoupá, všechno si to zaznamenávám do těch protokolů a i mě zajímá to subjektivní hodnocení toho pacienta, kdy začne vnímat nějaký problémy nebo bolesti. Takže tohleto probíhá ten první den. No a druhý den pacient přichází, když je nějaký problém tak volám lékaře, kterej třeba změří tlak nebo dá třeba léky na bolest, když u toho pacienta v rámci testování se ta bolest zhorší. Doporučíme, že pokud má bolesti, tak ať si veme ten prášek na bolest i další den, což pak zase zaznamenáváme do toho protokolu, když už je to pod analgetiky. No a druhý den se opakují ty zvedací testy těch břemen a potom následují další testy, který tam jsou, což je včetně té jemné motoriky, kde řešíme koordinaci, pak tam je chůze, schody, žebřík, rovnováha a tak. No a při tom posledním testu, kdy ten pacient je testovanej na výdrž ve stoji, tak tam zase pacient vyplňuje ten druhý PACT, takže druhý den vlastně ten druhý pak vyplňuje znovu, vyplňuje nám otázky WHODAS a potom ještě tam vlastně máme tu pracovní křivku a vychází nám to přibližně na těch třicet minut, kdy pacient musí vydržet ve stoji.

T: Super, jsou nějaké konkrétní požadavky, které musí ten klient splňovat, aby k vám mohl jít?

E: No my žádáme po úřadu práce, aby to byl pacient zaprvé, který je motivovaný, který chce jít pracovat a potom aby tam vopravdu bylo to vyšetření všech jeho zdravotních problémů, protože pokud je to pacient s nějakými akutními problémy, tak ten by neměl být testovaný. To jsou takový dva požadavky, který mi opravdu chceme a na kterejch to hodně závisí.

T: A chodí k vám spíš pacienti, kteří teprve vstupují do toho pracovního procesu nebo po nějakém úrazu spíš?

E: K nám se většinou dostávají pacienti, kteří jsou buď po nějakém úrazu, měli jsme například pacienta, kterej přišel o část dolní končetiny, měl bérceovou amputaci a tam jsme teda řešili právě kam by mohl jít do zaměstnání, ale většinou k nám bohužel přicházejí pacienti, kteří už jsou delší dobu v evidenci úřadu práce, což vidím jako problém, že ti pacienti ztrácí ty pracovní návyky a z mého pohledu né vždycky jsou motivovaný, takže většinou pak s Úřadem práce my se setkáváme jednou za rok přibližně, na nějakým setkávání, kde probíráme ty pacienty, takže my pak máme i zpětnou vazbu o tom, jestli ten pacient byl dál nějakým způsobem vyšetřenej, jestli se pro něj našla nějaká práce, ale právě tam řešíme to, jestli nějaký pacienti, který k nám přišli, tak opravdu nebyli motivovaný k té práci.

T: A který ty diagnózy byste řekla, že jsou u vás nejčastější? Dá se to nějak sesumarovat nebo je to úplně různý?

E: No nejčastější jsou to obecně problémy se zádama. Jak jsou po operaci páteře nebo tam jsou třeba pacienti, co měli výhřez plotýnky, měli jsme pána, kterej to měl v rámci

pracovního úrazu nebo to jsou dlouhodobý chronický lumbalgie a podobně. Takž nejčastěji jsou to opravdu problémy se zády.

T: A nesetkali jste se s nějakým pacientem, u kterého jste nebyli schopný tu ergodiagnostiku provést? Že byste třeba neměli dostatečný vybavení nebo...

E: No měli jsme... Úplně že bysme nebyli schopný tu ergodiagnostiku provést, to ne. Pokud některý ty testy nešly udělat z nějakýho důvodu, měli jsme paní, která měla opravdu postiženou jednu horní končetinu, ale ve smyslu že ona jí opravdu úplně ztratila používat. Tam byly náznaky toho pohybu, ale ta paní vůbec nepoužívala, takže pak nemohla zvedat třeba ty břemena, takže jsme museli nějaký ty testy vyloučit. Nebo jsme měli paní, kde byla porucha zraku, zase jsme museli nějaký testy vyloučit, ale že bysme úplně nebyly schopný udělat žádný test, tak to ne.

T: A který ty testy teda využíváte nejčastěji?

E: No tak nejčastěji je to ten Isernhagen, celá ta baterie, můžeme využít i LOTCU, ale LOTCU využíváme minimálně, spíš jdeme do spolupráce s paní psychologkou, která nám zmapuje ty kognitivní funkce a pravidelně využíváme tu pracovní křivku, WHODAS a ten PAC. My to máme totiž nasmlouvaný takhle s pojišťovnou, vlastně nějaký dvě varianty s tou, LOTCOU a bez LOTCY. A takhle máme dvě varianty, který můžeme fakturovat. To takhle připravilo naše ekonomický oddělení.

T: A co se týče nějakýho vašeho pohledu, jsou nějaký testy, kerý třeba nemáte ráda z nějakýho důvodu? Který nerada používáte?

E: Já si myslím, že asi ne, mě to asi tím že to je všechno... Musím říct, že vlastně LOTCA. LOTCA je pro mě test, nebo ta baterie celá, je zdlouhavá. Já bych třeba u tý LOTCY využívala jenom část těch testů, ale pokud byste měla použít celou LOTCU, tak já tu LOTCU právě třeba nemam ráda, protože je hodně zdlouhavá.

T: Chápu, je to na dlouho. Tak teď by mě zajímalo, to závěrečný hodnocení, kdo se na tom teda všechno podílí, na tom vyhodnocení?

E: No, tak nejvíc to zpracovávám já a vlastně připravuju... Viděla jste ty protokoly někdy?

T: Viděla, viděla

E: Takže takový ty dva protokoly, vyšetření, to zpracovávám já a potom co tam máme takový to závěrečný hodnocení, který dává naše paní doktorka, tak já jí ho vlastně předpřipravuju. Tam vlastně udávám cestu do práce, ty hlavní pozice, vedlejší pozice a paní doktorka to potom jako se mnou projde a doplní to vlastně, jestli tam ještě potřebuje něco doplnit.

T: A to vám teda ještě zabere nějaký čas nad rámec těch dvou dnů toho testování?

E: No musím říct, že vyplnit tyhle tři formuláře mi dá minimálně pět, šest hodin. Protože nad tím fakt člověk přemýšlí, než spočítáte třeba tu koordinaci rukou, uděláte si tam tu křivku, uděláte si průměry těch stisků, tak když člověk tohle prochází, tak ono to dá opravdu nějakých pět, šest hodin.

T: A víte potom, kam pokračují ty výsledky? Jak je s nima nakádáno?

E: My ty výsledky posíláme na úřad práce, druhý výsledek dostává sám pacient a úřad práce pak s tím dál pracuje. Takže mně to asi dá hodně práce, protože já mám pocit, že ty pracovnice z úřadu práce ne vždy umějí číst tak, jak my to napíšeme, takže já se snažím to hodně rozepisovat, abych jakoby šla do takových jednodušších a konkrétnějších věcí, aby to pro ně bylo jednodušší, se v tom orientovat.

T: A ten výsledek toho vyšetření je teda klientovi sdělený u vás přímo lékařem nebo až na úřadě?

E: No, buď si může klient převzít tu zprávu sám, nebo mu jí potom posíláme poštou. Tohle záleží na dohodě, protože mi to děláme pro celý kraj a ty pacienti jsou někdy třeba z daleka, nějakých 60 kilometrů a tak, takže oni si pro to nepřijedou a je pro ně jednodušší, když jim to pošleme. Ale mají na výběr, že můžou přijít, můžou to prokonzultovat s lékařem a měli jsme i pacienta, kterému se tam nelíbily některý naše výrazy, a musela paní doktorka to upravit. Ona to upravila tím způsobem, že napsala, že pacient tady s tím nesouhlasí a podepsala se pod to.

T: A potom teda ten klient jde na úřad práce a tam s ním pracují a vybírají mu to zaměstnání?

E: Přesně tak, ono totiž ten druhý protokol jde na úřad práce ke konkrétní pracovníci, protože nám když přijde objednávka, tak tam máme teda, že je to objednávka z úřadu práce a i kdo to vyřizuje. Takže tam máme konkrétní pracovníci, ke který patří tadyten klient. Takže jde to přímo jí do ruky a někdy se i stane, že nám volá a ještě s náma třeba diskutuje nějaký problém kolem toho pacienta, když třeba chce konkrétně něco navrhnout, tak nám zavolá, jestli si myslíme, že tohle by bylo dostatečný.

T: A vy potom dostanete nějakou zpětnou vazbu třeba, jak se tomu klientovi daří, jestli našel nějaký zaměstnání, nebo to už jde mimo vás?

E: Tu zpětnou vazbu dostáváme právě, jak se setkáváme přibližně jednou za rok, teďka se máme setkat v dubnu a musím říct, že třeba Úřad práce o tohle setkání společný hodně stojí.

T: To je super. A těch klientů jsou třeba desítky ročně?

E: Oni by nám dávali hodně klientů, ale problém je v personálu. Protože já jsem to dřív dělala se svojí kolegyní, že jsme byly dvě ergoterapeutky, obě proškolený v rámci tý ergodiagnostiky, nicméně kolegyně odešla a já jsem na to zůstala sama a v jednom člověku je náročný to dělat, takže my děláme jedno to testování za měsíc, maximálně dva, ale spíš se držíme toho jednoho testování, protože dokud já nebudu mít kolegyni, tak je to fakt časově náročný.

T: Takže třeba kolem nějakých deseti, patnácti za rok, klientů. Takže to asi není vaše hlavní náplň práce. Co tedy děláte, když neprovádíte ergodiagnostiku?

E: Jo, v podstatě jo, kolem deseti. No já pracuju jako ergoterapeut v nemocnici na ambulanci a chodí ke mně pacienti na ergoterapii.

T: Mě by teda ještě zajímalo, jaký musí bejt vzdělání pro tu práci. Samozřejmě teda asi vysoká škola nebo vyšší odborná dřív?

E: Buď to může dělat ergoterapeut, nebo to může dělat fyzioterapeut, to vlastně není stanovený, že to musí bejt jenom ergoterapeut. Nicméně, musíte mít ukončený tohleto

vzdělání a zároveň byste měla mít, nebo aspoň někteří členové by měli mít, ten kurz na ten Isernhagen test.

T: A jsou potom ještě třeba nějaký pravidelný školení? Nebo stačí jen to jednorázový školení?

E: Ne, nejsou další pravidelný školení, bohužel nejsou, ale myslím si, že by to bylo dobrý. Ten kurz pořádali vlastně kolegové z Německa, takže možná že je problematika i v tom, že jsou to vlastně zahraniční lektori.

T: A co se týče těch ostatních test jako je LOTCA nebo pracovní křivka, k tomu jste nedostali žádný školení?

E: Ne, k tomu jsme nedostali. U ty LOTCY je k tomu i návod, takovej podrobnej v angličtině i češtině, takže tam je to hodně o prostudování a není na to potřeba speciální školení.

T: A vy se ještě nějak vzděláváte ohledně ty ergodiagnostiky z periodik akonferencí?

E: Ohledně ty ergodiagnostiky tam nějaký extra školení nejsou, myslím si, že co je pro ergodiagnostiku hodně dobrý, tak je zaměřit svoje vzdělání na ergonomii práce. Tohle mi třeba hodně pomáhá. Pak můžu učit pacienty jak třeba správně manipulovat s břemeny. Ale v rámci ergodiagnostiky, nějaký další proškolení není.

T: Na závěr mam otázku, jestli shledáváte nějaký nedostatky ohledně ty ergodiagnostiky, jestli máte nápad na nějaký zlepšení nebo co vám nevyhovuje úplně?

E: Já vidím jako nedostatek, no ta spolupráce s úřadem práce je dobrá, ale jsou to dvě různý oblasti. Ten úřad práce pracuje přece jenom v jiný oblasti a my pracujeme v oblasti zdravotnictví a mam pocit, že my jsme proškolený pro udělání toho kurzu, ale kolegyně úplně nejsou z mýho pohledu proškolený pro čtení těch prací. Protože když vy vemete třeba ty tabulky, kde jsou ty maximální zatížení, trvalý zatížení, když se to všechno vyplní, tak já si nejsem vždycky jistá, jestli ty kolegyně v tom umí číst. My jsme je sice měli u nás na pracovišti, když jsme začínali, ukazovali jsme jim ty testy, ale to ukazujete jen tak orientačně, ale mam pocit, že tam bych ještě viděla ten formulář buď trochu ještě zjednodušit pro ty pracovnice anebo je proškolit. Protože myslím, že v těch číslech oni se moc neorientujou. A nevim, jestli oni umí vždycky říct, že ten pacient může nosit trvale pět kilo, tak prostě jestli s tímhle umí pracovat dál při hledání ty práce.

T: Tak mě to takhle úplně stačí, moc vám děkuju a ráda se s váma podělím o výsledky.

E: To budu moc ráda, to mě zajímá. Ať vám vše dobře dopadne. Nashledanou

T: Mějte se moc hezky, nashledanou.

Příloha C – Protokol rozhovoru s ergoterapeutem z Velké Británie

E = ergoterapeut, T = tazatel

březen 2023, Velká Británie

T: So, I think we can start with my first question. I would like to ask you, what is the system of vocational rehabilitation in your country. I mean who provides, who pays, etc.

E: : OK, let's get into it. Well, it doesn't have much of a system. Some vocational rehabilitation in the UK is provided through the government funded NHS, but this is limited. This is provided by OTs and physios working for the NHS, but there are not many of these. Some is provided through charities, usually for specific groups or conditions, such as paraplegics or military veterans. Some charities employ OTs and physios for their rehab programmes. However, a significant amount is provided through private healthcare, company occupational health schemes, or insurance, either the company insurance of the company that the person works for, or motor insurance if the person has been involved in a road traffic accident. There are a number of case management companies in the UK who either employ OTs and vocational consultants for vocational rehabilitation, and who also contract to private physios, OTs, psychologists, counsellors etc for any assistance that the person requires. Proclaim care is one of these companies. Who pays? Well, simply, vocational rehabilitation is paid by providers or by individuals. ... If this is enough?

T: Sure, and who sends the clients to you?

E: Client has his own case manager and he decides where client should go based on his needs. So we get clients from case managers. Or there is possibility, that we have our clients from insurers or employers. But those FCEs are less time demanding and outputs of this are mainly only answering the questions, if person can get back to work or what can person help to stay in work. They are less focused on the rehabilitation and more on the adjustments and equipments they may need.

T: I would like to ask you about your role in prevocational assessment.

E: Well, as you already know, I'm an OT. In general, OTs do the FCE. That means that we test the client. Also we do for example evaluation of workplace and we assess the worksite of the client and also observe other employees doing the job. We are interested in components of work which is or is not suitable for the client. Of course we consult everything with the rest of our VR team.

T: And who else is part of VR?

E: So it's of course OTs, PTs, vocational consultants, psychologists. Those are the main ones. Just a counsellors for any assistance that person requires.

T: Okay, can you please describe how does your part of work look like? What is the process of Functional Capacity Evaluation step by step? I mean what happens when client comes to your clinic?

E: Alright, I'll try to take it in the right order. The person... or the client, is invited to attend a venue close to their home and we use a large room. The OTs, me, bring all the equipment

and questionnaires. We do introductions and we ensure the person understands what they are there for and what is going to happen. We answer any questions the client has and we take the consent. Before we start, we have to ensure that there are no red flags or other safety or health issues. Then we take a medical history and start a clinical interview. Then it is analysing their job tasks with them.

T: I'm sorry to interrupt you, but what is a part of clinical interview?

E: That is completely fine. With the interview we want to find out information about the person's perception of their injury, his capacity and his abilities and concerns. And what are their aims. What would he like to achieve. Yea, that's it.

T: Okay thank you. Can you please continue with the proces?

E: Of course. I think I stopped at analysing their job tasks. Well, in general, I'm interested in what they are currently doing. What are their activities at home, what they do in free time and what are their hobbies. Oh, and I want to know about any support or equipment they have. Also we take their work history, so what are their work experience, we do a job task analysis with them, so what does he care about, in which positions, etc. And...check out his progress towards returning to work, or their concerns and also we take pain scores. Then we will test the grip strength, for the reliability of the results also the gross grip strength, pinch grip, if necessary, manual handling testing of the object, lifting and carrying objects, which is also graded by the number of repes of the movements. Throughout the examination, we monitor the heart rate and BP to establish the limit where the ten clients are at their maximum limit. We always adapt the selection of those tests directly to the client, so we do more of the testing and sometimes less. If it's enough for you like this.

T: Perfect. You said that you adapt the tests to the client. So which diagnoses do you work with the most?

E: We work with any diagnosis which affects the person being able to sustain work or return to work. Mostly these are physical injuries or musculo skeletal issues, but often these are combined with cognitive and mental health difficulties too. We would work with all these conditions.

T: And what standardised tests do you use the most?

E: We use a standard clinical interview, pain scores, range of motion, functional positional tolerance testing which includes sitting, standing, walking, climbing stairs or ladders, balance, bending, kneeling, crouching, reaching, lifting, carrying, manual handling, dexterity, sensation and I think that's it. We also use a dynamometer to measure gross grip strength and pinch grip strengths. We will use a range of standardised tests, depending on the person's presenting condition or difficulties. These can include the DASH which is Disability of Arm, Shoulder, and Hand questionnaire, the Addenbrookes which is cognitive questionnaire, the DASS 21 which is Depression, anxiety, and stress scale and its for mental health. Then the MTAP. It's Multi-dimensional Task Ability profile, Spinal and Hand function SORTs, BADS which is behavioural assessment of the dysexecutive syndrome and the Back Performance Scale. We will use testing equipment such as MET, the Minnesota dexterity test, a Moberg pick-up kit, we may do metabolic endurance testing, depending on the job role, using a step and heart rate monitor. We use a lifting box with graduated weights

to test a variety of lifts from knee height or floor height to table height or shoulder height or above shoulder height. We test carry weight and distance. We test push and pull, mobility over distance and ground, of course depending on what the person's job tasks require. We monitor the person's blood pressure and heart rate throughout testing. We look at repetition and stamina and whether the person could do this on an occasional frequent constant basis. We think about how could they work full time or part time, what can they do, what can they not do, what could they do occasionally, what equipment or recommendations for changes to their work, or their workplace, or home would they require.

T: And which standardised test do you see as most beneficial in Functional Capacity Evaluating? And how do they work and where can I find them?

E: Well, it depends on what diagnose client has. I think the most effective and one of my favourites is definitely the MTAP. It's Multi-dimensional Task Ability profile. I think it costs around 400 pounds, if you want the paper version. You can also have a computerised version of the test. It consists of 50 questions which evaluates client's capacity to perform work tasks. It focus on activities of daily life like laundry folding, hanging clothes or painting or carpentry. The output is a protocol which consists of evaluation of persons physical function score on scale from zero to two hundred points. The other one i like is Back Performance Scale. Its a subjective scale, which we use for measuring of patient's physical function after low back pain. It is i think the most common test we use for lower back pain. It's quite a simple test which needs no special equipment. It compare of five subtests as a sock test, pick-up test, roll-up test, fingertip-to-floor test and lift test. We need the client to wear loose fit clothes and no shoes. For example, the pick-up test is performed in standing position. The person is standing on the floor with no shoes and his aim is to pick up a piece of curled paper three times in different positions from the floor. You have to get an instruction like „, can you please pick up the paper from the floor?“ And than we have to score it depending on the patients abilities do the task. If he needs some external support or cannot perform the task, than he gets 3 points. On the other side, If he can perform the task without problém in varied ways, he gets 0 points, Actually, the test is free and you need no special equipment and it is really reliable and valid measurment of activity limitation.

T: Have you ever been in situation that tests which are at your disposal were not sufficient to perform vocational assesment?

E: No, we have enough tests to perform prevocational assesment and I have never been in such a situation. Only the health conditions of individual were the limitations.

T: And how are the results of these evaluations dealt with? Do you communicate them to the patient?

E: Yes, we provide feedback to the person on the day. It's not detailed but we want them not to be surprised by the report. Than we, as the VR team, write report, which is passed to the case manager and also we do make recommendations. We also work with a vocational consultant and do another evaluation for people who will not be returning to their original workplace. For this evaluation, we do an FCE, then the vocational consultant looks at their skills, experience, training and interests, and the current job market, and we identify three potential jobs options which would be within their capacity and would match with their skills, interests and experience, although we can also recommend further training in a new area of work if that is suitable. If we want a feedback of how is client doing after our VR we

can get from the case management if we requested it or often the clients write a review by themselves.

T: And what conditions must the client meet?

E: As I already said, his medical condition must not be in an acute stage and he must be ready and willing for that process.

T: And do you often get clients who are entering the work process or clients who are after the injury but already has some work experience?

E: Most of our clients have been involved in a road traffic accident, or workplace accident. I guess, the majority of clients is already with some work experience.

T: And approximately, how many clients do you have per year?

E: The numbers of referrals we get in our company does vary from month to month. Generally, we would probably receive 40 to 60 occupational health referrals, each month, plus 10 to 15 for full FCE from the case managers, plus maybe 6 to 8 from insurance companies directly. There are 5 OTs employed by the company, and we use a team of 'Associate OTs', who are OTs who are self-employed and will take referrals from us for an assessment and will be paid a fee for that work.

T: What are the requirements regarding the education of the OTs who works in field of VR?

E: Basic requirement for OT is to get a proper degree in occupational therapy. All the occupational therapists who work in our company, who carry out the FCE, are trained and accredited by a UK FCE accredited trainer, using the Matheson approach.

T: What are the other possibilities for professional development? Do you participate in professional conferences? Or are there any journals, courses, etc.?

E: Yes, we have additional training. All our OTs have their OT degree, and most have a Master's degree too. Most of our OTs have additional accredited training in: Functional Capacity Evaluation; Job Demands Analysis; pain management; sleep management; cognitive assessment. Then we have people with special interests and training in a particular field, such as hand therapy, or neurology etc. We have in-service training every two weeks, presenting and discussing topics which are relevant to our referrals, such as autism, mental health, hand and upper limb conditions, dyslexia, etc. Our OTs can apply for funding to attend training which is relevant to their work, and we have an annual budget for that.

T: Alright, that's all. I don't have any more questions. I would like to thank you so much for your answers. I really appreciate your time and I will be happy to share the results with you.

E: It was my pleasure. I wish you the best with your studies and I will be very happy to see the results. Have a nice day.

Příloha D – Překlad rozhovoru s ergoterapeutem z Velké Británie

E = ergoterapeut, T = tazatel

březen 2023, Velká Británie

T: Tak já si myslím, že můžu začít s první otázkou. Chtěla bych se zeptat, jaký je ve vaší zemi systém pracovní rehabilitace. Kdo jí poskytuje, kdo jí hradí...?

E: Dobře, jdeme na toho. No, nemá to moc systém. Některá pracovní rehabilitace ve Spojeném království je poskytována prostřednictvím vládou financovaného NHS, ale to je omezené. Tu poskytují ergoterapeuti a fyzioterapeuti pracující pro NHS, ale takových není mnoho. Některé jsou poskytovány prostřednictvím charitativních organizací, obvykle pro specifické skupiny, jako jsou paraplegici nebo vojenští veteráni. Některé charitativní organizace zaměstnávají ergoterapeuty a fyzioterapeuty pro své rehabilitační programy. Významná část je však poskytována prostřednictvím soukromé zdravotní péče, podnikových systémů ochrany zdraví při práci nebo pojištění, ať už firemního pojištění společnosti, pro kterou osoba pracuje, nebo pojištění motorových vozidel, pokud byla osoba účastníkem dopravní nehody. Ve Spojeném království existuje řada společností zabývajících se Case managementem, které zaměstnávají ergoterapeuty a odborné konzultanty pro pracovní rehabilitaci, a které také uzavírají smlouvy se soukromými fyzioterapeuty, ergoterapeuty, psychology, poradci v jakémkoliv oboru, ve kterém klient potřebuje pomoc. Jednou z těchto společností je i právě ta naše. A kdo to platí? No, jednoduše, pracovní rehabilitace je hrazena výše zmíněnými poskytovateli nebo individuálně. ... Jestli to stačí?

T: Ano, a kdo k vám klienty posílá?

E: Klienta zastupuje case manager, který na základě jeho potřeb rozhodne, za kým bude klient odeslán. Dále to mohou být pojišťovny nebo zaměstnavatelé.

T: Určitě. Teď bych se chtěla zeptat, jaká je vaše role v té předpracovní rehabilitaci?

E: Tak, jak už víte, já jsem ergoterapeut. Obecně ergoterapeuti provádí hodnocení pracovního potenciálu. To znamená, že my toho pacienta testujeme. Taky děláme například hodnocení pracoviště a hodnotíme pracovní místo toho klienta a taky pozorujeme ostatní zaměstnance při práci. Zajímáme se složky té práce, co je pro klienta vhodné a co ne. Samozřejmě všechno konzultujeme s ostatními členy týmu.

T: A kdo další je součástí toho týmu?

E: Tak samozřejmě ergoterapeuti, fyzioterapeuti, profesní poradci, psychologové. To jsou ti hlavní. Prostě jakýkoliv poradci, které klient potřebuje.

T: Dobře, mohla byste mi prosím popsat, jak tedy vypadá vaše práce? Jak probíhá to hodnocení pracovního potenciálu. Co se vlastně stane, když k vám klient přijde?

E: Pokusím se to vzít ve správném pořadí. Klient je pozván, aby dorazil na místo v blízkosti svého domova. My využíváme velkou místnost. Ergoterapeut, tedy já, tam přinese veškeré vybavení a dotazníky. Představíme se a vysvětlíme klientovi, proč u nás je a co se bude dít. Odpovíme na jeho případné dotazy a podepíšeme souhlas. Než začneme, musíme se ujistit, že zde nejsou nějaké překážky, které by bránily vyšetření, bezpečnostní nebo zdravotní

problémy. Poté odebereme anamnézu a zahájíme klinický rozhovor. Poté s nimi analyzujeme jejich pracovní úkoly.

T: Promiňte za vyrušení, ale zajímalo by mě, co je součástí toho klinického rozhovoru?

E: Nic se neděje, tím rozhovorem chceme zjistit informace o tom, jak vnímá své zranění, jaká je jeho kapacita a schopnosti a obavy. A také jaké jsou jeho cíle, čeho by chtěl dosáhnout. Asi tak.

T: Děkuji, můžete prosím pokračovat s tím procesem?

E: Samozřejmě, myslím, že jsem skončila u té analýzy jejich pracovních úkolů. No, dalo by se říct, že mě zajímá, co ten člověk vlastně dělá. Jaké jsou jeho domácí činnosti, co dělá ve volném čase, jaké má zájmy. A taky mě zajímá, jaké využívá kompenzační a podpůrné pomůcky. Odebereme si jeho pracovní anamnézu, takže jaké má pracovní zkušenosti, uděláme společně analýzu jejich pracovních úkolů, takže co má na starost, v jakých pozicích a tak dále. A probereme, jaký udělal pokrok k tomu, aby se mohl vrátit do práce, nebo jaké má obavy z návratu do práce. A zjistíme skóre bolesti. Dále si vyšetříme rozsahy pohybů, rovnováhu, pohyblivost, chůzi, provedeme řadu testů a dotazníků na vyšetření fyzického a duševního zdraví a stav kognitivních funkcí a ty výsledky s nimi diskutujeme. Pak provedeme testování síly úchopu, pro spolehlivost výsledků taky i hrubou sílu úchopu, špetkový úchop, pokud je to nutné, testování manipulace s předmětem, zvedání a přenášení předmětů, které se stupňuje zátěží i počtem opakování pohybů. Celou dobu toho vyšetření monitorujeme srdeční tep a krevní tlak a podle toho vlastně poznáme, kde je ten klientův maximální limit. Výběr těch testů přizpůsobujeme přímo klientovi, takže někdy jich děláme více a někdy méně. Pokud to takto stačí.

T: Skvělé, říkáte jste, že výběr testů přizpůsobujete klientům. S jakými diagnózami se setkáváte nejčastěji?

E: My v podstatě pracujeme s jakoukoli diagnózou, která ovlivňuje schopnost člověka udržet si práci nebo se vrátit do práce. Většinou se jedná o fyzická zranění nebo muskuloskeletální problémy, ale často jsou kombinovány s kognitivními a duševními potížemi.

T: A které standardizované testy využíváte nejčastěji?

E: Používáme standardní klinický rozhovor, skóre bolesti, rozsah pohybu, funkční testování polohové tolerance, které zahrnuje sezení, stání, chůzi, lezení po schodech nebo žebříčích, rovnováhu, ohýbání, klečení, přikrčení, dosahování, zvedání, přenášení, ruční manipulaci, obratnost, vyšetření cití a myslím, že to je všechno. Také používáme dynamometr k měření síly stisku. Používáme řadu standardizovaných testů v závislosti na aktuálním stavu nebo obtížích osoby. Ty mohou zahrnovat DASH, což je dotazník pro postižení paže, ramena a ruky, Addenbrookes, což je kognitivní dotazník, DASS 21, což je stupnice deprese, úzkosti a stresu a je pro duševní zdraví. Také MTAP. Jedná se o multidimenzionální profil Task Ability, Spinální a ruční funkce SORTs a BADS, což je behaviorální hodnocení dysexekutivního syndromu a Back Performance Scale. Používáme také testovací zařízení, jako je MET, což je test obratnosti, Moberg pick-up kit, můžeme provést testování vytrvalosti v závislosti na pracovní roli, pomocí krokového a tepového monitoru. Využíváme zvedací box s odstupňovanými závažími k testování různých zdvihů od výšky kolen nebo výšky podlahy až po výšku stolu nebo výšku ramen nebo nad výšku ramen. Testujeme nosnost a vzdálenost. Testujeme tlak a tah, pohyblivost na vzdálenost a zem, samozřejmě v závislosti na tom, co pracovní úkoly dané osoby vyžadují. Po celou dobu testování sledujeme

krevní tlak a srdeční frekvenci osoby. Díváme se na opakování a výdrž a na to, zda by to klient mohl dělat občasně nebo často. Přemýšlíme o tom, zdali by mohl pracovat na plný nebo částečný úvazek, co může dělat, co ne, co by mohl dělat jen příležitostně. Dále, jaké by potřeboval vybavení pro svoji práci nebo jaké měny by byly doma nebo na pracovišti potřeba udělat.

T: A které ty standardizované testy shledáváte nejpřínosnějšími k hodnocení pracovního potenciálu jedince? A jak fungují a kde se dají sehnat?

E: No, to záleží na tom, jakou má klient diagnózu. Myslím, že nejefektivnější a jedním z mých nejoblíbenějších testů je určitě MTAP. Což je všestranný test schopnosti vykonávat úlohy. Cena za testovou baterii je přibližně 400 liber, pokud jí zakoupíte v papírové verzi. Také je možné pořídit elektronickou verzi tohoto testu. Skládá se z 50 otázek, které pouzují klientovu schopnost vykonávat pracovní úlohy. Zaměřuje se na aktivity denního života, jako například skládání a věšení prádla, natírání nebo tesařské práce. Výstupem je protokol, který obsahuje hodnocení pacientových fyzických schopností na hodnotící škále od 0 do 200 bodů. Dalším test, který mám ráda, je Back Performance Scale. Využívá subjektivní škálu, kterou používáme pro měření klientovo fyzického výkonu, při výskytu bolestí spodních zad. Je to jednoduchý test, který nevyžaduje žádné speciální vybavení. Skládá se z pěti podtestů, jak například ponožkový test, zvedací test, rolovací test, test špiček prstů k podlaze a zvedací test. Od klienta potřebujeme, aby měl na sobě oblečení a neměl boty. Například zvedací test je prováděn v pozici ve stoji. Klient bez bot stojí na podlaze a jeho úkolem je zvednout zmuchlaný papír ze země třikrát, třemi různými způsoby. Pacientovi je nutno dát instrukci „Můžete prosím zvednout papír z podlahy?“. Poté tento úkon ohodnotíme dle toho, jak byl schopný ho provést. Pokud pacient ke zvednutí potřebuje vnější oporu, jsou mu zapsány 3 body. V případě, že tento úkon dokáže učinit bez jakýchkoliv obtíží, v různých způsobech, ohodnotí se tato úloha 0 body. Test je v podstatě bezplatný a není potřeba žádné speciální vybavení a je velmi spolehlivým a validním ukazatelem míry omezení aktivity pacienta.

T: Setkali jste se někdy s tím, že testy, které máte k dispozici, nestačily k provedení předpracovního hodnocení?

E: Ne, máme dost testů a nikdy jsem v takové situaci nebyla. Omezením byl pouze zdravotní stav jednotlivce.

T: A jak je s výsledky hodnocení nakládáno? Sdělujete je poté klientovi?

E: Ano, zpětnou vazbu poskytujeme klientovi v daný den. Není to moc podrobné, ale nechceme, aby pro ně pak výsledná zpráva byla úplným překvapením. Na sepsání závěrečné zprávy se podílíme s celým týmem a ta se poté předá Case managerovi. A k tomu vždy dodáme nějaké doporučení. Spolupracujeme také s odborným poradcem a děláme další hodnocení pro klienty, kteří se nebudou vracet na své původní pracoviště. Pro toto hodnocení provedeme ergodiagnostiku, a poté se odborný konzultant podívá na jejich dovednosti, zkušenosti a zájmy a na aktuální trh práce a identifikujeme tři potenciální pracovní možnosti, které by byly v jeho kapacitách a odpovídaly by jejich dovednostem, zájmům a zkušenostem. Pokud to bude pro novu práci potřeba, můžeme doporučit školení v novém oboru. Pokud bychom chtěli zpětnou vazbu od klienta, jak se mu daří po naší intervenci, můžeme kontaktovat Case managera a často také klienti píšou sami recenze a dostáváme od nich zpětnou vazbu.

T: A jaké požadavky musí klient splňovat?

E: Jak už jsem říkala, nesmí být zrovna v akutní fázi onemocnění a musí být připraven na celý proces a být ochotný ho podstoupit.

T: A máte častěji klienty, kteří teprve vstupují do pracovního procesu nebo spíše ty, které jsou po nějakém úrazu a už mají nějaké pracovní zkušenosti?

E: Většina našich klientů byly účastníky nějaké dopravní nehody nebo nehody na pracovišti. Většina z nich je již s pracovní zkušeností.

T: A kolik k vám tak přibližně chodí ročně klientů?

E: Počet doporučení na klienty, která dostáváme v naší společnosti, se měsíc od měsíce liší. Obecně se jedná asi o 40 až 60 klientů, kteří jsou k nám posláni, plus 10 až 15 klientů od Case managerů, plus možná 6 až 8 přímo od pojišťoven. Naše společnost zaměstnává 5 ergoterapeutů, ale využíváme i tým externích ergoterapeutů, kteří od nás přijímají doporučení k posouzení a za tuto práci dostanou zapláceno.

T: Jaké požadavky na vzdělání musí splňovat ergoterapeut zajišťující pracovní rehabilitaci?

E: Základním požadavkem na ergoterapeuta je získat titul z ergoterapie. Všichni ergoterapeuti zabývající se hodnocením pracovního potenciálu, kteří pracují v naší společnosti, jsou školeni a akreditováni UK FCE akreditovaným školitelem, využívajícím Mathesonův přístup.

T: a jaké jsou možnosti dalšího profesního vzdělávání? Účastníte se odborných konferencí? Máte přístup k odborným časopisům, kurzům, atd.?

E: Ano, máme k dispozici i další školení. Všichni naši ergoterapeuti mají titul z ergoterapie a většina má i magisterský titul. Většina našich ergoterapeutů absolvovala další akreditovaná školení v hodnocení funkční kapacity, analýze požadavků pracovní pozice, managementu bolesti; managementu spánku a kognitivních hodnoceních. Pak tu máme ergoterapeuty se speciálními zájmy a vzděláním v určitém oboru, jako je třeba Terapie ruky nebo neurologie atd. Každé dva týdny máme další školení, kde prezentujeme a diskutujeme témata, která jsou relevantní pro naši praxi, jako je autismus, duševní zdraví, stavy rukou a horních končetin, dyslexie atd. Naši ergoterapeuti mohou zažádat o jakékoliv školení, které je relevantní pro jejich práci a následně jim bude propláceno. Pro tyto účely je vyhrazený roční rozpočet.

T: Dobře, to by bylo z mé strany vše. Už nemám žádné další otázky. Chtěla bych vám moc poděkovat za vaše odpovědi a moc si vážím vašeho času. Ráda vám potom poskytnu výsledky této práce.

E: Bylo mi potěšením. Přeji vám mnoho úspěchů ve vašich studiích a ráda uvidím výsledky vaší práce. Přeji hezký den.

Příloha E - Ukázka kódování 1. rozhovoru technikou papír-tužka

- zvyrazněná část pro stanovení tématu

Příloha B - Protokol rozhovoru s ergoterapeutem z České republiky

- vyznamová jednotka

E = ergoterapeut, T = tazatel

- dodatek, zajímavá myšlenka

březen 2023, Česká republika

ROLE ERGOTERAPEUTA V ERGOD.

T: Já bych tedy začala. Zajímalo by mě jaká je vaše role v tý ergodiagnostice, co vy vlastně děláte.

E: No, tak moje profese je ergoterapeut a já mám na starost přímo testování toho pacienta v rámci těch devětatvaceti subtestů. Takže u nás nejdřív rehabilitační lékař vyšetří pacienta, potom provede kineziologický rozbor fyzioterapeut a já na základě tadytěch zpráv potom vím, s čím můžu pracovat, co dělat nemůžu a vlastně provádím to samotný testování.

T: A kdo teda toho pacienta na tu ergodiagnostiku indikuje? ^{INDIKACE ERGODIAGNOSTIKY} Jak vlastně se k tomu ten pacient dostane vůbec?

E: Tak ten pacient k nám jde na základě objednávky Úřadu práce, se kterým vždycky máme domluvený nějaký termín, takže oni vždycky mají termín a vytypují klienta, u kterého chtějí provést tu ergodiagnostiku a může se stát, že nám vlastně pošle objednávku i posudkový lékař pokud se mu nezdá nějaký...mmm...většinou když řeší stupeň invalidity a není mu něco jasný, tak na základě tadytoho provedeme ergodiagnostiku a on vlastně potom se může vyjádřit i k tomu stavu toho pacienta. Ale je to výjimečný, posudkový lékař nás nevyhledává tak často, s Úřadem práce máme trvalou spolupráci.

T: Aha, a víte, jestli si ten klient platí tu ergodiagnostiku sám nebo jestli mu to zajistuje někdo jiný? ^{ZPŮSOB HRAZENÍ}

E: Ne, vždycky ta faktura jde na Úřad práce, oni na to maj vymezený finance, a takže pacient si nehradí vůbec nic a pokud to byl pacient, kterého nám poslal posudkový lékař, tak tam si hradí tadyto vyšetření právě posudkový lékař.

T: Vy jste teda říkala, že tam se na tom podílí nějaký lékař, vy jako ergoterapeut, jsou ještě nějaký další profese, co se podílí na tý ergodiagnostice? ^{ERGODIAGNOSTICKU TÝM}

E: No potom je to fyzioterapeut, který provede to kineziologický vyšetření a může se stát, že třeba potřebujeme ještě zhodnotit třeba kognitivní funkce, takže tam potom s námi spolupracuje paní psycholožka a zatím za mojí praxi jsme nevyužili další specializace, spíš jsme to řešili tak, že jsme na základě toho doporučili třeba další vyšetření toho pacienta.

T: Jestli byste mi mohla teda popsat, jak teda vypadá konkrétně ta vaše role, ten proces ergodiagnostiky. Jak to vypadá, když ten klient přijde, co se děje. ^{PRŮBĚH ERGOD.}

E: Takže, až když přijde ke mně, myslíte?

T: No, k Vám když přijde.

E: Tak, takže já s ním proju ještě informovaný souhlas, že může zpracovávat jeho data. Vlastně úplně první co, tak pacient se vždycky musí dostavit i s nějakými sportovním tílkem, kraťasama, sportovní obuví, takže to chceme, aby se převlíkl. Já mu dávám sporttest, protože tam zároveň i mapujeme pulz u toho pacienta, jestli stoupá, nestoupá a když je takhle připravený ten pacient, tak já si ho posadím a začíná mi vlastně první test, to je ten třicetiminutový test sezení a v rámci toho já s ním proju informovaný souhlas, že můžu zpracovávat

NEDOSTATEČNOST TESTOVÉHO VYBAVENÍ

T: A nesetkali jste se s nějakým pacientem, u kterého jste nebyli schopný tu ergodiagnostiku? Že byste třeba neměli dostatečný vybavení nebo...

PRACOVISŤE

E: No měli jsme... Úplně že bysme nebyli schopný tu ergodiagnostiku provést, to ne. Pokud některý ty testy nešly udělat z nějakýho důvodu, měli jsme paní, která měla opravdu postiženou jednu horní končetinu, ale ve smyslu že ona jí opravdu úplně ztratila používat. Tam byly náznaky toho pohybu, ale ta paní vůbec nepoužívala, takže pak nemohla zvedat třeba ty břemena, takže jsme museli nějaký ty testy vyloučit. Nebo jsme měli paní, kde byla porucha zraku, zase jsme museli nějaký testy vyloučit, ale že bysme úplně nebyli schopný udělat žádný test, tak to ne.

NEVYUŽÍVANĚŠÍ TESTOVÉ METODY

T: a který ty testy teda využíváte nejčastěji?

E: No tak nejčastěji je to ten Isernhagen, celá ta baterie, můžeme využít i LOTCU, ale LOTCU využíváme minimálně, spíš jdeme do spolupráce s paní psychologkou, která nám zmapuje ty kognitivní funkce a pravidelně využíváme tu pracovní křivku, WHODAS a ten PAC. My to máme totiž nasmlouvaný takhle s pojišťovnou, vlastně nějaký dvě varianty s tou, LOTCOU a bez LOTCY. A takhle máme dvě varianty, který můžeme fakturovat. To takhle připravilo naše ekonomický oddělení.

NEOBLÍBENÉ TESTOVÉ METODY

T: A co se týče nějakýho vašeho pohledu, jsou nějaký testy, kerý třeba nemáte ráda z nějakýho důvodu? Který nerada používáte?

E: Já si myslím, že asi ne, mě to asi tím že to je všechno... Musím říct, že vlastně LOTCA. LOTCA je pro mě test, nebo ta baterie celá, je zdoluhavá. Já bych třeba u tý LOTCY využívala jenom část těch testů, ale pokud byste měla použít celou LOTCU, tak já tu LOTCU právě třeba nemam ráda, protože je hodně zdoluhavá.

HODNOTÍCÍ TÍM

T: Chápu, je to na dlouho. Tak teď by mě zajímalo, to závěrečný hodnocení, kdo se na tom teda všechno podílí, na tom vyhodnocení?

E: No, tak nejvíce to zpracovávám já a vlastně připravuju... Viděla jste ty protokoly někdy?

T: Viděla, viděla

E: Takže takový ty dva protokoly, vyšetření, to zpracovávám já a potom co tam máme takový to závěrečný hodnocení, který dává naše paní doktorka, tak já jí ho vlastně předpřipravuju. Tam vlastně udávám cestu do práce, ty hlavní pozice, vedlejší pozice a paní doktorka to potom jako se mnou projde a doplní to vlastně, jestli tam ještě potřebuje něco doplnit.

ČAS POTŘEBNÝ K ZÁVĚREČNĚMU HODNOCENÍ

T: A to vám teda ještě zabere nějaký čas nad rámec těch dvou dnů toho testování?

E: No musím říct, že vyplnit tyhle tři formuláře mi dá minimálně pět, šest hodin. Protože nad tím fakt člověk přemýšlí, než spočítáte třeba tu koordinaci rukou, uděláte si tam tu křivku, uděláte si průměry těch stisků, tak když člověk tohle prochází, tak ono to dá opravdu nějakých pět, šest hodin.

VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ ERGODIAGNOSTIKY

T: A víte potom, kam pokračují ty výsledky? Jak je s nima nakádáno?

E: My ty výsledky posíláme na Úřad práce, druhéj výsledek dostává sám pacient a Úřad práce pak s tím dál pracuje. Takže mně to asi dá hodně práce, protože já mam pocit, že ty pracovnice z Úřadu práce ne vždy umějí číst tak, jak my to napíšeme, takže já se snažim to hodně rozepisovat, abych jakoby šla do takovýh jednodušších a konkrétnějšíh věcí, aby to pro ně bylo jednodušší, se v tom orientovat.

ty jeho data a můžu dál s nimi pracovat i ve spolupráci s Úřadem práce, potom v rámci toho testu sezení ještě projdeme test bolesti, kdy já mapuju jaký jsou bolesti v posledních dnech, jaký jsou největší bolesti a tak dál, v jakých místech jsou lokalizované. No a ještě v rámci toho třiceti minutového testu ten pacient vyplňuje PACT, kdy vlastně má vyplnit těch padesát činností, jak by je provedl nebo neprovedl. Většinou nám to na nějakých třicet minut vyjde, pokud je tam nějaký čas, tak já už zároveň i si mapuju třeba režim dne toho pacienta, jaký má nebo jaký má přání a tak, co by chtěl dělat, kam by chtěl sám jít do zaměstnání, a nebo kde pracoval a podobně. No, takže tímhle máme hotovej jeden test a potom podle toho seznamu testů postupujeme vlastně v té souvislosti tak, jak máme ty protokoly, takže tam potom jsou testy zvedací, přenášení břemen a vlastně takhle provedeme celý ten první den ty testy. Já si tam zároveň mapuju tlak toho pacienta, jestli stoupá, nestoupá, všechno si to zaznamenávám do těch protokolů a i mě zajímá to subjektivní hodnocení toho pacienta, kdy začne vnímat nějaký problémy nebo bolesti. Takže tohleto probíhá ten první den. No a druhý den pacient přichází, když je nějaký problém tak volám lékaře, kterej třeba změří tlak nebo dá třeba léky na bolest, když u toho pacienta v rámci testování se ta bolest zhorší. Doporučíme, že pokud má bolesti, tak ať si veme ten prášek na bolest i další den, což pak zase zaznamenáváme do toho protokolu, když už je to pod analgetiky. No a druhý den se opakují ty zvedací testy těch břemen a potom následují další testy, který tam jsou, což je včetně té jemné motoriky, kde řešíme koordinaci, pak tam je chůze, schody, žebřík, rovnováha a tak. No a při tom posledním testu, kdy ten pacient je testovaný na výdrž ve stoji, tak tam zase pacient vyplňuje ten druhý PACT, takže druhý den vlastně ten druhý pak vyplňuje znovu, vyplňuje nám otázky WHODAS a potom ještě tam vlastně máme tu pracovní křivku a vychází nám to přibližně na těch třicet minut, kdy pacient musí vydržet ve stoji.

POŽADAVKY NA KLIENTA

T: Super, jsou nějaký konkrétní požadavky, který musí ten klient splňovat, aby k vám mohl jít?

E: No my žádáme po úřadu práce, aby to byl pacient zaprvé, který je motivovaný, který chce jít pracovat a potom aby tam vopravdu bylo to vyšetření všech jeho zdravotních problémů, protože pokud je to pacient s nějakými akutními problémy, tak ten by neměl být testovaný. To jsou takový dva požadavky, který mi opravdu chceme a na kterejch to hodně závisí.

PŘEDCHOZÍ PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI KLIENTA

T: A chodí k vám spíš pacienti, který teprve vstupují do toho pracovního procesu nebo po nějakým úrazu spíš?

E: K nám se většinou dostávají pacienti, kteří jsou buď po nějakým úrazu, měli jsme například pacienta, kterej přišel o část dolní končetiny, měl bércovou amputaci a tam jsme teda řešili právě kam by mohl jít do zaměstnání, ale většinou k nám bohužel přicházejí pacienti, kteří už jsou delší dobu v evidenci Úřadu práce, což vidím jako problém, že ti pacienti ztrácí ty pracovní návyky, a z mého pohledu ně vždycky jsou motivovaní, takže většinou pak s Úřadem práce my se setkáváme jednou za rok přibližně, na nějakým setkávání, kde probíráme ty pacienty, takže my pak máme i zpětnou vazbu o tom, jestli ten pacient byl dál nějakým způsobem vyšetřenej, jestli se pro něj našla nějaká práce, ale právě tam řešíme to, jestli nějaký pacienti, který k nám přišli, tak opravdu nebyli motivovaný k té práci.

NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY

T: a který ty diagnózy byste řekla, že jsou u vás nejčastější? Dá se to nějak sesumarovat nebo je to úplně různý?

E: no nejčastější jsou to obecně problémy se zádama. Jak jsou po operaci páteře nebo tam jsou třeba pacienti, co měli výhřez plotýnky, měli jsme pána, kterej to měl v rámci pracovního úrazu nebo to jsou dlouhodobý chronický lumbalgie a podobně. Takž enečastějš jsou to opravdu problémy se zády.

SDĚLOVÁNÍ VÝSLEDKŮ KLIENTŮ

T: A ten výsledek toho vyšetření je teda klientovi sdělen u vás přímo lékařem nebo až na Úřadě?

E: No, buď si může klient převzít tu zprávu sám nebo mu ji potom posíláme poštou. Tohle záleží na dohodě, protože mi to děláme pro celý kraj a ty pacienti jsou někdy třeba z daleka, nějakých 60 kilometrů a tak, takže oni si pro to nepřijedou a je pro ně jednodušší, když jim to pošleme. Ale mají na výběr, že můžou přijít, můžou to prokonzultovat s lékařem a měli jsme i pacienta, kterému se tam nelíbily některý naše výrazy, a musela paní doktorka to upravit. Ona to upravila tím způsobem, že napsala, že pacient tady s tím nesouhlasí a podepsala se pod to.

T: A potom teda ten klient jde na Úřad práce a tam s ním pracují a vybírají mu to zaměstnání? **NÁSLEDNÝ PROCES PO HODNOCENÍ**

E: Přesně tak, ono totiž ten druhý protokol jde na Úřad práce ke konkrétní pracovníci, protože nám když přijde objednávka, tak tam máme teda, že je to objednávka z Úřadu práce a i kdo to vyřizuje. Takže tam máme konkrétní pracovníci, ke který patří tadyten klient. Takže jde to přímo jí do ruky a někdy se i stane, že nám volá a ještě s náma třeba diskutuje nějaký problém kolem toho pacienta, když třeba chce konkrétně něco navrhnout, tak nám zavolá, jestli si myslíme, že tohle by bylo dostatečný.

T: A vy potom dostanete nějakou zpětnou vazbu třeba, jak se tomu klientovi daří, jestli našel nějaký zaměstnání, nebo to už jde mimo vás? **ZPĚTNÁ VAZBA KLIENTA**

E: Tu zpětnou vazbu dostáváme právě, jak se setkáváme přibližně jednou za rok, teďka se máme setkat v dubnu a musím říct, že třeba Úřad práce o tohle setkání společný hodně stojí.

T: To je super. A těch klientů jsou třeba desítky ročně? **MNOŽSTVÍ KLIENTŮ**

E: Oni by nám dávali hodně klientů, ale problém je v personálu. Protože já jsem to dřív dělala se svojí kolegyní, že jsme byly dvě ergoterapeutky, obě proškolený v rámci té ergodiagnostiky, nicméně kolegyně odešla a já jsem na to zůstala sama a v jednom člověku je náročný to dělat, takže my děláme jedno to testování za měsíc, maximálně dva, ale spíš se držíme toho jednoho testování, protože dokud já nebudu mít kolegyni, tak je to fakt časově náročný.

T: Takže třeba kolem nějakých deseti, patnácti za rok, klientů.

E: Jo, v podstatě jo.

T: Mě by teda ještě zajímalo, jaký musí být vzdělání pro tu práci. Samozřejmě teda asi vysoká škola nebo vyšší odborná dřív? **POŽADAVKY NA VZDĚLÁNÍ ERGOTERAPEUTŮ PRO VÝKON ERGOD.**

E: Buď to může dělat ergoterapeut, nebo to může dělat fyzioterapeut, to vlastně není stanovený, že to musí být jenom ergoterapeut. Nicméně, musíte mít ukončený tohleto vzdělání a zároveň byste měla mít, nebo aspoň někteří členové by měli mít, ten kurz na ten Isemhagen test.

T: A jsou potom ještě třeba nějaký pravidelný školení? Nebo stačí jen to jednorázový školení? **ŠKOLENÍ V ERGODIAGNOSTICE**

E: Ne, nejsou další pravidelný školení, bohužel nejsou, ale myslím si, že by to bylo dobrý. Ten kurz pořádali vlastně kolegové z Německa, takže možná že je problematika i v tom, že jsou to vlastně zahraniční lektori.

T: A co se týče těch ostatních test jako je LOTCA nebo pracovní křivka, k tomu jste nedostali žádný školení?

E: Ne, k tomu jsme nedostali. U tý LOTCY je k tomu i návod, takovej podrobnej v angličtině i češtině, takže tam je to hodně o prostudování a není na to potřeba speciální školení.

T: A vy se ještě nějak vzděláváte ohledně tý ergodiagnostiky z periodik akonferenci? *MOŽNOSTI DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ*

E: Ohledně tý ergodiagnostiky tam nějaký extra školení nejsou, myslim si, že co je pro ergodiagnostiku hodně dobrý, tak je zaměřit svoje vzdělání na ergonomii práce. Tohle mi třeba hodně pomáhá. Pak můžu učit pacienty jak třeba správně manipulovat s břemeny. Ale v rámci ergodiagnostiky, nějaký další proškolení není.

T: Na závěr mam otázku, jestli shledáváte nějaký nedostatky ohledně tý ergodiagnostiky, jestli máte nápad na nějaký zlepšení nebo co vám nevyhovuje úplně? *NEDOSTATKY V ERGODIAGNOSTICE*

E: já vidím jako nedostatek, no ta spolupráce s úřadem práce je dobrá, ale jsou to dvě různé oblasti. Ten úřad práce pracuje přece jenom v jiný oblasti a my pracujeme v oblasti zdravotnictví a mam pocit, že my jsme proškolený pro udělání toho kurzu, ale kolegyně úplně nejsou z mýho pohledu proškolený pro čtení těch prací. Protože když vy vezmete třeba ty tabulky, kde jsou ty maximální zatížení, trvalý zatížení, když se to všechno vyplní, tak já si nejsem vždycky jistá, jestli ty kolegyně v tom umí číst. My jsme je sice měli u nás na pracovišti, když jsme začínali, ukazovali jsme jim ty testy, ale to ukazujete jen tak orientačně, ale mam pocit, že tam bych ještě viděla ten formulář buď trochu ještě zjednodušit pro ty pracovnice anebo je proškolit. Protože myslim, že v těch číslech oni se moc neorientujou. A nevim, jestli oni umí vždycky říct, že ten pacient může nosit trvale pět kilo, tak prostě jestli s tímhle umí pracovat dál při hledání tý práce.

T: Tak mě to takhle úplně stačí, moc vám děkuju a ráda se s váma podělím o výsledky.

E: To budu moc ráda, to mě zajímá. At' vám vše dobře dopadne. Nashledanou

T: Mějte se moc hezky, nashledanou.

Příloha F – Informovaný souhlas v českém jazyce

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma bakalářské práce: Porovnání ergodiagnostiky v České republice a Velké Británii z pohledu ergoterapeuta

Autor bakalářské práce: Michaela Tomášová

Období realizace: březen 2023

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci s výzkumem praktické části mé bakalářské práce. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký je rozdíl v ergodiagnostice v České republice a Velké Británii. Tyto informace budou zjišťovány pomocí polostrukturovaného rozhovoru s ergoterapeutem, který se podílí na ergodiagnostice. Všechny informace budou anonymně zaznamenávány na diktafon a využity v bakalářské práci s ohledem na ochranu dat a etický kodex ergoterapeutů. Po transkripci rozhovoru bude zvuková stopa odstraněna. Obsah bude sloužit pouze ke studijním účelům. Z podílení se na této práci pro Vás neplynou žádná rizika. Účast na výzkumu můžete ukončit kdykoliv v jeho průběhu. V případě vašeho zájmu Vám budou zprostředkovány výsledky výzkumu. Pokud souhlasíte s účastí na projektu, připojte podpis k níže uvedenému prohlášení.

Prohlášení

Já.....prohlašuji, že souhlasím s použitím mnou poskytnutých informací do bakalářské práce Michaely Tomášové. Prohlašuji, že jsem byl informován/informována o podstatě práce a jejím cílem. Souhlasím, že všechny poskytnuté informace budou publikovány anonymně a budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Na všechny mé dotazy jsem dostal/a jasnou odpověď a byl/a jsem obeznámen/a s tím, že mohu kdykoliv od spolupráce odstoupit.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech. Každý zúčastněný obdrží jeden originál.

V.....

Dne.....

Podpis.....

Příloha G – Informovaný souhlas v anglickém jazyce

INFORMED CONSENT

Title of the bachelor thesis: Comparison of prevocational assessment in the Czech republic and Great Britain from the perspective of an occupational therapist

Author of the bachelor's thesis: Michaela Tomášová

Implementation date: March 2023

Dear Madam, dear Sir,

I am contacting you with a request for cooperation with the research of the practical part of my bachelor's thesis. The aim of the bachelor thesis is to find out what is the difference in prevocational rehabilitation in the Czech Republic and Great Britain. This information will be obtained using a semi-structured interview with an occupational therapist who participates in the prevocational rehabilitation. All information will be recorded on a dictaphone and anonymously used in the bachelor's thesis with regard to data protection and the code of ethics of occupational therapists. After the interview is transcribed, the audio track will be removed. The content will be used for study purposes only. There are no risks for you from participating in this work. You can stop participating in the research at any time during its course. If you are interested, the results of the research will be communicated to you. If you agree to participate in the project, attach your signature to the declaration below.

Declaration

I..... the undersigned, declare that I agree to the use of the information provided by me for Michaela Tomášová's bachelor's thesis. I declare that I have been informed about the essence of the work and its targets. I agree that all the information provided will be published anonymously and will be used only for the purposes of the bachelor's thesis. I received a clear answer to all my questions and I was informed that I can withdraw from cooperation at any time.

This informed consent is drawn up in two copies. Each participant will receive one original.

In.....

Date.....

Sign.....