

**PRIROČNIK**  
**Zgodnja poklicna**  
**in zaposlitvena**  
**rehabilitacija**  
**v procesu vračanja**  
**na delo**

**PRIROČNIK**  
**Zgodnja poklicna**  
**in zaposlitvena**  
**rehabilitacija**  
**v procesu vračanja**  
**na delo**

# ZGODNJA POKLICNA IN ZAPOSLOVNA REHABILITACIJA V PROCESU VRAČANJA NA DELO – PRIROČNIK

Spletna izdaja:	Dostopno na: <a href="https://www.uri-soca.si/sl/spletne-publikacije/">https://www.uri-soca.si/sl/spletne-publikacije/</a>
Avtorji:	Metka Teržan, Valentina Brecelj, Gaj Vidmar
Založnik:	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana
Vodja projekta:	Metka Teržan, dr. med., specialistka medicine dela, prometa in športa
Jezikovni pregled:	Darja Tasič
Naslovnica in oblikovanje:	Ana Destovnik

Ljubljana, marec 2023

Priročnik je nastal na podlagi projekta Zgodnja poklicna in zaposlitvena rehabilitacija v procesu vračanja na delo

Trajanje projekta: od 1. maja 2020 do 31. marca 2023

Naložbo sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO,  
SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI



EVROPSKA UNIJA  
EVROPSKI  
SOCIALNI SKLAD  
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST



**ZPZR**

Zgodnja poklicna in  
zaposlitvena rehabilitacija  
v procesu vračanja na delo



Univerzitetni  
rehabilitacijski inštitut  
Republike Slovenije Soča

V besedilu uporabljeni izrazi, zapisani v moški oziroma ženski slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtrarno poimenovanje za oba spola.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 146975235

ISBN 978-961-7043-09-9 (PDF)

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>SISTEM POKLICNE IN ZAPOSLOVNE REHABILITACIJE TER ZAPOSLOVANJA OSEB Z ZDRAVSTVENIMI TEŽAVAMI V SLOVENIJI</b>	<b>10</b>
2.1	POKLICNA REHABILITACIJA (ZPIZ-2)	12
2.2	ZAPOSLOVNA REHABILITACIJA (ZZRZI)	16
2.3	CELOSTNA REHABILITACIJA S POKLICNO IN ZAPOSLOVNO REHABILITACIJO NA URI Soča	21
2.4	GLAVNE ZNAČILNOSTI SLOVENSKEGA SISTEMA POKLICNE REHABILITACIJE	23
<b>3</b>	<b>SISTEMSKA UREDITEV POKLICNE REHABILITACIJE V IZBRANIH ČLANICAH EU – V NEMČIJI IN NA NIZOZEMSKEM</b>	<b>25</b>
3.1	NEMČIJA	25
3.1.1	Zakonodajne spremembe	25
3.1.2	Bolniška odsotnost in vračanje na delo	26
3.1.3	Proces poklicne rehabilitacije	27
3.1.4	Prednosti in pomanjkljivosti nemškega državnega modela poklicne rehabilitacije	28
3.2	NIZOZEMSKA	29
3.2.1	Zakonodajne spremembe, socialna država in »nizozemska bolezen«	29
3.2.2	Prednosti in slabosti nizozemskega modela poklicne rehabilitacije	31
<b>4</b>	<b>PREDSTAVITEV PROJEKTA ZPZR</b>	<b>33</b>
4.1	OZADJE IN IZHODIŠČA ZA NASTANEK PROJEKTA ZPZR	33
4.2	NAMEN, CILJI IN AKTIVNOSTI PROJEKTA ZPZR	34
4.3	CILJNE SKUPINE PROJEKTA	35

<b>5</b>	<b>ANALIZA PILOTNEGA PROJEKTA</b>	<b>37</b>
5.1	DINAMIKA VKLJUČEVANJA IN DEMOGRAFSKI PODATKI	37
5.1.1	Dinamika vključevanja	37
5.1.2	Podatki o zavarovancih, vključenih v projekt	38
5.1.3	Delovna anamneza	39
5.1.4	Bolniški stalež in diagnoze po 10. izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10)	40
5.2	POTEK PROCESA VRAČANJA NA DELO	45
5.2.1	Začetek obravnave pri imenovanem zdravniku ZZS in na VIK točki	45
5.2.2	Obravnava pri specialistu MDPŠ in strokovnem timu	45
5.2.3	Sodelovanje delodajalcev	47
5.2.4	Izidi iz pilotnega projekta	47
5.2.5	Korelacija med demografskimi podatki in izidi iz pilotnega projekta	48
5.2.6	Stanje zavarovancev po pilotnem projektu	49
5.3	RAZPRAVA	50
5.4	PREDSTAVITEV NEKATERIH PRIMEROV OBRAVNAVE	56
<b>6</b>	<b>EVALVACIJA PROJEKTA ZPZR</b>	<b>61</b>
6.1	METODOLOGIJA	61
6.2	POROČILO O OPRAVLJENIH AKTIVNOSTIH	63
<b>7</b>	<b>EVALVACIJA REZULTATOV</b>	<b>65</b>
	Upravljanje, vodenje in koordinacija projekta (Aktivnost 1)	65
	Informiranje in obveščanje (Aktivnost 2)	65
	Analiza stanja in primerjalni pravno-strokovni pregled dobrih praks v državah članicah EU (Aktivnost 3)	69
	Predlog modela izvajanja poklicne rehabilitacije (Aktivnost 4)	69

	Vzpostavitev vstopne informacijsko-koordinacijske točke – VIK točka (Aktivnost 5)	70
	Pilotno testiranje predloga modela v praksi (Aktivnost 6)	71
<b>8</b>	<b>PREDLOG REŠITEV IN SPREMEMB – OPTIMIZACIJA PROCESA ZGODNJEGA VRAČANJA NA DELO</b>	<b>83</b>
	1. Poenotenje definicije invalidnosti	83
	2. Enoten izvedenski organ	83
	3. Obravnava zavarovancev v dolgotrajnem bolniškem staležu	84
	4. Poklicna rehabilitacija	84
	5. Širitev pravic iz naslova poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2	85
	6. Sodelovanje delodajalcev	86
	7. Vloga zdravnikov in drugih strokovnih delavcev	86
<b>9</b>	<b>RAZUMEVANJE KOMPLEKSNIH KLINIČNIH PRIMEROV V MEDICINI DELA</b>	<b>88</b>
<b>10</b>	<b>KLINIČNA POT ZA OBRAVNAVO ZAVAROVANCEV, KI SO DOLGOTRAJNO ODSOTNI Z DELA</b>	<b>92</b>
	Začetna obravnava zavarovanca	92
	Obravnava kompleksnih primerov zavarovancev v bolniškem staležu	93
<b>11</b>	<b>ZAKLJUČNE UGOTOVITVE PROJEKTA ZPZR</b>	<b>95</b>
<b>12</b>	<b>LITERATURA IN VIRI</b>	<b>98</b>

## KAZALO SLIK

Slika 1:	Postopek obravnave invalida na ZRSZ in pri izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije	20
Slika 2:	Izobrazbena struktura vključenih zavarovancev	38

## KAZALO TABEL

Tabela 1:	Dinamika vključevanja zavarovancev	37
Tabela 2:	Velikost podjetja, v katerem so bili zaposleni v projekt vključeni zavarovanci	40
Tabela 3:	Število zavarovancev glede na trajanje bolniškega staleža	41
Tabela 4:	Število zavarovanih oseb (ZO) v Sloveniji glede na trajanje bolniškega staleža (2015, 2022)	41
Tabela 5:	Diagnoze po MKB-10 v pilotni projekt vključenih zavarovancev in delež bolniškega staleža po MKB-10 v Sloveniji za leto 2021	42
Tabela 6:	Izidi iz projekta ZPZR	47
Tabela 7:	Stanje zavarovancev po koncu vključenosti v projekt ZPZR	49

# 1 UVOD

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti RS (*v nadaljevanju: MDDSZ*) je že leta 2017 dalo pobudo za projekt, ki bi povečal obseg in razširil vsebino poklicne rehabilitacije kot pravice po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (*v nadaljevanju: ZPIZ-2*). V 70. členu tega zakona je poklicna rehabilitacija opredeljena kot »celostni proces, v katerem se zavarovanca strokovno, fizično in psihosocialno usposobi za drug poklic ali delo, tako da se lahko ustrezno zaposli in ponovno vključi v delovno okolje, oziroma se ga usposobi za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se mu prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki«. Čeprav je ta pravica v ZPIZ-2 zapisana že od leta 2012, pa v praksi ni dovolj zaživel, saj je število uspešno izvedenih procesov poklicne rehabilitacije pri nas precej manjše kot v drugih državah EU.

Za vodenje projekta je MDDSZ predlagalo Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča (*v nadaljevanju: URI Soča*), ki ima dolgoletno izkušnje s poklicno rehabilitacijo kot pravico po ZPIZ-2 in z zaposlitveno rehabilitacijo, ki jo ureja Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (*v nadaljevanju: ZZRZI*). V okviru celostne rehabilitacije, ki jo izvaja URI Soča že od leta 1984, poteka poleg tega še program za osebe s kompleksnimi zdravstvenimi težavami, usmerjen v njihovo postopno vračanje na trg dela.

URI Soča je začel 1. maja 2020 izvajati projekt Zgodnja poklicna in zaposlitvena rehabilitacija v procesu vračanja na delo (*v nadaljevanju: projekt ZPZR*). **Njegov namen je bil preoblikovati sedanji model poklicne rehabilitacije kot pravice po ZPIZ-2 v model celostne zgodnje poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v procesu vračanja na delo, s poudarkom na spodbujanju medsebojnega sodelovanja vseh, ki se vključujejo v procese vračanja na delo.**

Že ob pripravi dokumentacije za ta projekt pa je postalo jasno, da pomembnih sprememb na področju poklicne rehabilitacije kot pravice po ZPIZ-2 ne bo mogoče doseči brez tesnega sodelovanja Ministrstva za zdravje (*v nadaljevanju: MZ*) in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (*v nadaljevanju: ZZZS*). Ugotavljali smo, da so za poklicno rehabilitacijo ustrezni tisti zavarovan-



vanci v bolniškem staležu, pri katerih je prišlo do trajne spremembe zmožnosti za delo. Dolgotrajna bolniška odsotnost, to je, ko začasna nezmožnost za delo traja več kot eno leto, predstavlja pri nas več kot 25 odstotkov celotnega zdravstvenega absentizma, to je števila vseh izgubljenih delovnih dni zaradičasne nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov (Prijon, 2022). Leta 2022 je bilo v Sloveniji odsotnih z dela več kot eno leto okrog 8.500 zavarovancev, število letno obravnavanih zavarovancev za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (*v nadaljevanju: ZPIZ*) pa se v zadnjih letih giblje med 200 in 300. V letu 2022 je bila možnost poklicne rehabilitacije predstavljena 659 zavarovancem, na strokovno obravnavo k izvajalcem zaposlitvene rehabilitacije je bilo napoteni 392 zavarovancev, 31. decembra 2022 je bilo v poklicno rehabilitacijo vključenih 211 zavarovancev.

Že te osnovne številke nakazujejo, da je treba s strokovnimi ukrepi pospešiti vključevanje dolgotrajno odsotnih oseb v procese vračanja na delo in predvsem v vse oblike poklicne rehabilitacije, ki jih omogoča ZPIZ-2. Tako je bilo jasno, da je treba ta proces pospešiti in ga poenostaviti, predvsem pa da je treba zagotoviti tudi hitro in preprosto povezovanje ključnih institucij, to sta ZZS in ZPIZ.

Pri iskanju najustreznejših rešitev za spremembo sedanjega modela poklicne rehabilitacije smo se seznanili s praksami in modeli vračanja na delo v Nemčiji in na Nizozemskem ter jih primerjali s sistemsko ureditvijo v Sloveniji. Izkušnje tujih praks so nam potrdile pravilnost predlaganega novega pristopa vračanja na delo. Postopno vračanje na delo in poklicna rehabilitacija s strokovno podporo sta v tujini ustaljena praksa, ki je že desetletja uspešna.

Osrednji del projekta je bil pilotni preizkus modela celostne zgodnje poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v procesu vračanja na delo. V projekt so bili vključeni zavarovanci, ki so bili v bolniškem staležu več kot 3 mesece in so imeli kompleksne zdravstvene težave, ki so jih pri vračanju na delo ovirale.

V procesu obravnave zavarovancev je bila s celostnim pristopom izdelana timska ocena. V pripravo ocene smo poskusili vključiti izvajalce medicine dela pri delodajalcu posameznega vključenega zavarovanca. Izvajalec medicine dela je zavarovanca po prvi obravnavi predal timu izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije, ki imajo dolgoletne izkušnje na področju zaposlitvene rehabilitacije za brezposelne osebe z invalidnostmi po ZZRZ in v poklicni rehabilitaciji kot pravici po ZPIZ-2.

V teh strokovnih timih so poleg zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa (*v nadaljevanju: specialist MDPŠ*) še psiholog, socialni delavec, delovni terapevt, rehabilitacijski tehnolog in drugi sorodni strokovnjaki. Izvajalec medicine dela in strokovnjaki tima izvajalca zaposlitvene rehabilitacije so pripravili analizo stanja (ocena funkcije zavarovanca, vzpostavitev kontakta z delodajalcem, iskanje ustrezne rešitve v delovnem okolju) in individualni načrt vračanja na delo. V tem načrtu je bilo predvideno strokovno vodenje osebe v bolniškem staležu do njene vrnitve na delo na isto delovno mesto s polnim delovnim časom ali pa do pridobitve pravice do poklicne rehabilitacije in drugih pravic po ZPIZ-2.

Izvedba pilotnega projekta je bila velik organizacijski in strokovni izziv, analiza in evalvacija projekta pa sta pokazali kar nekaj ovir in težav pri preizkušanju modela v praksi. Kljub temu pa prevladuje ocena zavarovancev, da je bila zanje podpora strokovnega tima ključna, tudi če z izidom procesa niso bili vsi zadovoljni. Poudarjali so pomen vodenja in usmerjanja z aktivnostmi, ki pospešujejo vračanje na delo, izpostavljen je bil tudi pomen sodelovanja z delodajalci, ti pa so se kljub svoji aktivni vlogi v pilotnem projektu počutili še vedno premalo vključene v kreiranje rešitev in v končne odločitve.

Cilj pilotnega projekta je, kot smo napovedali, predlog novega načina celostne obravnave zavarovancev v dolgotrajnem bolniškem staležu, da bi se jim zagotovilo čim učinkovitejše vračanje na delo oziroma pri trajnih okvarah uveljavljanje pravice do poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2.

Te spremembe pa ne bodo mogoče brez sprememb zakonodaje za to področje, zato je bila za potrebe projekta pripravljena tudi poglobljena analiza sedanje zakonodaje, s predlogi za njene spremembe. V nadaljevanju bomo predstavili le predlagane ključne spremembe, to je tiste, brez katerih procesa zgodnjega vračanja na delo s poklicno in zaposlitveno rehabilitacijo ne bo mogoče zagotoviti.

Največji izziv pa ostaja ozaveščanje strokovne in laične javnosti. V okviru projekta so člani vodstva projekta in strokovni sodelavci v timih predstavljali izkušnje iz primerov naših obravnav in tujih praks, a smo kljub temu vedno znova ugotavljali, da smo pri ozaveščenosti še na začetku prizadevanj. Implementacija ideje bo v naši državi vsekakor terjala postopen razvoj tega področja.

## 2 SISTEM POKLICNE IN ZAPOSLOTVENE REHABILITACIJE TER ZAPOSLOVANJA OSEB Z ZDRAVSTVENIMI TEŽAVAMI V SLOVENIJI

Med ključnimi ukrepi za zaposlovanje invalidov v Sloveniji sta poklicna in zaposlitvena rehabilitacija. Pravica do poklicne in pravica do zaposlitvene rehabilitacije pa sta ločeni pravici in sta opredeljeni v dveh različnih zakonih.

**Poklicna rehabilitacija** je opredeljena v **Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – ZPIZ-2**; del zakona ureja namen in pogoje za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije, pa tudi obveznosti in pravice, ki iz te pravice izhajajo (prilagoditev prostorov in delovnih sredstev, praktično usposabljanje za delo, izobraževanje, nastanitev in nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije). Za izvajanje teh pravic je po ZPIZ-2 pristojen ZPIZ.

**Zaposlitvena rehabilitacija** je opredeljena v **Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov – ZZRZI**. Z njim se urejajo pravica do zaposlitvene rehabilitacije in nekatera vprašanja zaposlovanja invalidov ter se določajo druge oblike, ukrepi in spodbude za njihovo zaposlovanje in način financiranja. Namen ZZRZI je povečati zaposljivost invalidov in vzpostaviti pogoje za njihovo enakovredno vključevanje na trg delovne sile tudi z materialnimi spodbudami za zaposlovanje invalidov, ki jih prejmejo delodajalci za to iz javnih virov. Za izvajanje večine pravic v zvezi z vračanjem na delo je pristojen Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (*v nadaljevanju: ZRSZ*), za zagotavljanje pravic invalidov pri zaposlovanju pa se pristojnost razširi na delodajalce, med njimi tudi na te, ki izvajajo prilagojene oblike zaposlovanja (zaposlitveni centri, invalidska podjetja, podporno zaposlovanje), ter na preostale institucije za spodbujanje zaposlovanja invalidov (Javni študentski, razvojni, invalidski in pokojninski sklad, URI Soča).

*Tako poklicna kot zaposlitvena rehabilitacija sta v osnovi namenjeni reševanju zaposlitvene problematike zaposlenih in brezposelnih invalidov oziroma njihovem vračanju na trg dela, razlikujeta pa se glede posameznih pravic in storitev, do katerih je posameznik upravičen, ter po pogojih za pridobitev posamezne pravice. Do obeh*

*pravic so upravičene osebe, ki imajo zaradi (trajnih) sprememb v zdravstvenem stanju bistveno manjše možnosti za zaposlitev ali ohranitev zaposlitve oziroma napredovanje v zaposlitvi – po katerem zakonu je takšna oseba upravičena do pravic, je odvisno od njenega statusa ob nastanku invalidnosti. Do pravic po ZPIZ-2 so upravičene osebe, ki izpolnjujejo pogoje glede delovne oz. zavarovalne dobe po ZPIZ-2. Če teh pogojev ne izpolnjujejo, so upravičeni do pravic po ZZRZI. Poklicno rehabilitacijo financira ZPIZ, zaposlitvena rehabilitacija pa je delno financirana iz proračuna in delno iz Javnega študentskega, razvojnega, invalidskega in preživninskega sklada (prilagoditev delovnega mesta in sredstev za delo, storitve podpornega zaposlovanja, subvencija plače).*

V naslednjih dveh podglavljih predstavljamo strnjen pregled urejanja pravic do poklicne in zaposlitvene rehabilitacije po omenjenih zakonih. Vir podatkov so interna gradiva in oba omenjena zakona, zato teh dveh v nadaljevanju ne navajamo posebej.

Pri zaposlovanju invalidov in v procesu vračanja na delo pa je treba poleg ZPIZ-2 in ZZRZI upoštevati še **drugo relevantno zakonodajo s področja zaposlovanja** – v nadaljevanju izpostavljamo elemente, ki so bistveni za zaposlovanje oseb z zmanjšano zmožnostjo za delo, in to po posameznih zakonih.

**Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1)** opredeljuje razloge za redno odpoved pogodbe o zaposlitvi invalidu v primeru njegove nezmožnosti za opravljanje dela pod pogoji iz pogodbe o zaposlitvi zaradi invalidnosti v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma zaposlitveno rehabilitacijo in zaposlovanje invalidov (89. člen). Vendar sama invalidnost še ni dovoljšen razlog za odpoved delovnega razmerja – pogodbo o zaposlitvi lahko delodajalec odpove brez ponudbe nove pogodbe o zaposlitvi le, če so podani resni utemeljeni razlogi za to in če utemeljenost teh razlogov potrdi tudi Komisija za ugotovitev podlage za odpoved pogodbe o zaposlitvi (ZZRZI, 40. člen) in če hkrati s tem delodajalec invalidu objektivno ne more zagotoviti drugega ustreznega dela.

**Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1)** opredeljuje kot odgovorne za zagotavljanje zdravstvenih ukrepov v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu izvajalce medicine dela. Med njihove naloge pa spada tudi sodelovanje v procesu poklicne rehabilitacije in svetovanje pri izbiri drugega ustreznega

dela. Izvajalec medicine dela sodeluje »z izbranim osebnim zdravnikom delavca in z izvedenskimi organi invalidskega in zdravstvenega zavarovanja zaradi izmenjave podatkov o zdravstvenem stanju delavcev ter zaradi pomoči pri ugotavljanju upravičenosti do začasne oziroma trajne zadržanosti z dela in ocenjevanja delovne zmožnosti« (ZVZD-1, 2011, 33. člen).

**Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)** opredeljuje med drugim rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih kot eno od aktivnosti, ki se izvajajo po tem zakonu (ZZVZZ, 1992, 1. člen). V poglavju *Pravice iz obveznega zavarovanja* je po 23. členu, ki opredeljuje plačilo zdravstvenih storitev za zavarovane osebe, razvidno, da je strošek za zdravljenje in rehabilitacijo zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu v celoti pokrit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZVZZ, 1992, 23. člen). V 31. členu so opredeljena nadomestila v zvezi z začasno zadržanostjo z dela. Za poklicne bolezni in poškodbe pri delu (tudi za vojaške invalide in civilne invalide vojne) je predvidena 100-odstotna osnova;<sup>1</sup> in to prvih 90 dni nadomestila (ZZVZZ, 1992, 31. člen). Po 34. členu »pripada zavarovancu nadomestilo tudi po prenehanju delovnega razmerja, in sicer dokler ni spet zmožen za delo«, če je zadržanost od dela posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni (ZZVZZ, 1992, 34. člen).

## **2.1 POKLICNA REHABILITACIJA (ZPIZ-2)**

Poklicna rehabilitacija je opredeljena kot »celosten proces, v katerem se zavarovanca strokovno, fizično in psihosocialno usposobi za drug poklic ali delo, tako da se lahko ustrezno zaposli in ponovno vključi v delovno okolje, oziroma se ga usposobi za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se mu prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki«.

Po ZIPZ-2 je invalid oseba, ki se ji je zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, ki jih z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije ni mogoče odpraviti, ugotovljene pa so v skladu s tem zakonom, zmanjšala zmožnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

---

1 Osnova za nadomestilo je povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela. Osnove za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka 55.a člena tega zakona se ne vštejejo v osnovo za nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela (ZZVZZ, 1992, 31. člen).

Do pravice do poklicne rehabilitacije je upravičen zavarovanec, pri katerem je nastala invalidnost II. kategorije in ki na dan nastanka invalidnosti:

- še ni dopolnil 55 let in se glede na preostalo delovno zmožnost lahko usposobi za drugo delo, ki ga bo opravljal s polnim delovnim časom, ali
- še ni dopolnil 50 let in se glede na preostalo delovno zmožnost lahko usposobi za drugo delo, ki ga bo opravljal s krajšim delovnim časom od polnega, najmanj 4 ure dnevno (ZPIZ-2, 2013, 72. člen).

Poklicna rehabilitacija je lahko tudi izbirna pravica, ki jo invalid lahko uveljavlja namesto premestitve ali dela s krajšim delovnim časom najmanj štiri ure dnevno:

- če je oseba invalid II. kategorije s preostalo delovno zmožnostjo tudi po 50. oziroma 55. letu starosti,
- če je oseba invalid III. kategorije in še ni dopolnila starosti 65 let.

Možni sta dve obliki poklicne rehabilitacije:

1. prilagoditev z ustreznimi tehničnimi pripomočki, ki invalidu omogočajo opravljanje istega dela ali poklica, kot ga je opravljal pred nastankom invalidnosti in ga zaradi sprememb v zdravstvenem stanju ne more več opravljati,
2. usposobitev za drug poklic ali delo, če prilagoditev s tehničnimi pripomočki ni možna; za drug poklic ali delo se lahko usposobi na načine, kot so:
  - kratkotrajno usposabljanje in izobraževanje,
  - praktično delo na ustreznem delovnem mestu pri delodajalcu oziroma v drugih oblikah delovnega usposabljanja,
  - izobraževanje na ustreznih šolah in druge oblike izobraževanja,
  - izobraževanje ob delu s soglasjem zavarovanca, ki se bo usposabljal za drugo delo, ki ga bo opravljal polni delovni čas.

Postopek ugotavljanja invalidnosti se lahko začne na pobudo izbranega osebnega zdravnika, zavarovane osebe ali njenega zakonitega zastopnika oziroma na pobudo zdravnika medicine dela v sodelovanju z izbranim osebnim zdravnikom.<sup>2</sup> Predlog za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja se pošlje na ZPIZ. Ko ta prejme zahtevo za postopek z vso dokumentacijo, začne teči rok štirih mesecev, v katerem mora izdati odločbo. V tem postopku invalidska komisija ZPIZ dokumentacijo pregleda in na tej podlagi ugotavlja invalidnost (ZPIZ, 2020a).

Za ZPIZ-2 je osnova ocena delovne zmožnosti kot lastne zmožnosti za svoj poklic, podlaga tega pa je Mednarodna klasifikacija bolezni (*v nadaljevanju: MKB*) (Kramžar in drugi, 2010).

Senat invalidske komisije ZPIZ, ki ga sestavljata najmanj dva izvedenca, poda izvedensko mnenje. Delodajalci pa imajo pravico in dolžnost, da sodelujejo v celotnem postopku pred izdajo izvedenskega mnenja. Ko invalidska komisija ZPIZ poda izvedensko mnenje, prejme taka oseba odločbo, v kateri je jasno opredeljeno, ali pri njej obstaja invalidnost ali ne. Če invalidnost obstaja, je oseba uvrščena v eno izmed kategorij. Ob priznani polni invalidnosti ZPIZ o tem obvesti delodajalca, ZZSZ in izbranega osebnega zdravnika. Delodajalec mora tako osebo odjaviti iz obveznega pokojninskega zavarovanja in njeno dokumentacijo posredovati ZPIZ-u, zaposlenemu pa mora na podlagi odločbe, v kateri so mu priznane pravice iz II. ali III. kategorije invalidnosti, in na podlagi pogodbe o zaposlitvi, sklenjeni pred nastankom invalidnosti, predložiti novo pogodbo o zaposlitvi in tudi opis novega delovnega mesta. Če je invalid še vedno vsaj delno zmožen za delo, se to opredeli, opredeli pa se tudi preostalo delovno zmožnost (delo s krajšim delovnim časom, to je najmanj 4 ure dnevno, premestitev na drugo delovno mesto, prilagoditev delovnega mesta, poklicna rehabilitacija).

Način poklicne rehabilitacije je odvisen od zavarovančevih zmožnosti in potreb, to pa se ugotavlja v postopku izdelave mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov, in sicer pri izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije, ki sodeluje v postopku pridobivanja pravice do poklicne rehabilitacije kot zunanja strokovna institucija. Pri tem se upošteva tudi potrebe in možnosti delodajalca.

---

2 Na invalidsko komisijo ZPIZ lahko napoti tudi imenovani zdravnik ZZSZ, in sicer če je oseba dolgo časa v bolniškem staležu.

ZPIZ krije tudi stroške prilagoditve delovnega mesta in sredstev za delo, če se poklicna rehabilitacija ne bi mogla izvesti brez tega.

Medsebojna razmerja med ZPIZ, delodajalcem ali ZRSZ in delovnim invalidom so urejena s pogodbo o poklicni rehabilitaciji ne glede na izbrano obliko in način poklicne rehabilitacije. Pogodba se sklene, ko je invalidu pravica do poklicne rehabilitacije priznana z odločbo ZPIZ. Tak delovni invalid ostane med poklicno rehabilitacijo zaposlen pri delodajalcu, pri katerem je bil zaposlen pred nastankom invalidnosti, a za ta čas od njega ne prejema plače, temveč prejema nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije. Stroške poklicne rehabilitacije krije ZPIZ. V tem času ima zavarovanec pravico do nadomestila za čas poklicne rehabilitacije v višini 130 odstotkov invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala na dan nastanka invalidnosti. Zavarovancu, ki se ob delu izobražuje, pa pripada denarno nadomestilo v višini 40 odstotkov invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala na dan nastanka invalidnosti. Če invalid nima možnosti javnega prevoza do kraja izvajanja poklicne rehabilitacije, krije ZPIZ tudi stroške nastanitve.

Poklicno rehabilitacijo je zavarovancu dolžen zagotoviti delodajalec (pri katerem je bil zaposlen v času nastanka invalidnosti).

Po uspešno zaključeni poklicni rehabilitaciji pridobi invalid pravico do premestitve na drugo delovno mesto, to je mesto v skladu z njegovimi omejitvami – premestitev mu mora zagotoviti delodajalec. Če je mogoča tehnična prilagoditev njegovega delovnega mesta, pa mu mora biti omogočeno, da ostane na tem delovnem mestu.

Po **končani poklicni rehabilitaciji** pripada osebi z invalidnostjo **začasno nadomestilo**:

1. **če je invalid zaposlen**, mu pripada nadomestilo v višini invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala na dan nastanka invalidnosti, in sicer vse do začetka opravljanja dela na drugem delovnem mestu – izplačuje ga delodajalec;
2. **če je brezposeln ali samozaposlen**, mu pripada nadomestilo v višini 50 odstotkov invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala na dan nastanka invalidnosti – izplačuje ga ZPIZ, vse do prve nove zaposlitve, vendar največ dve leti.



Do **nadomestila za invalidnost** so upravičeni (1) zavarovanec, ki mu je po končani poklicni rehabilitaciji priznana pravica do premestitve, (2) zavarovanec, pri katerem je nastala invalidnost II. kategorije ali invalidnost III. kategorije po dopolnjenem 55. letu starosti, njegova delovna zmožnost za njegov poklic pa je zmanjšana za manj kot 50 odstotkov in (3) če zavarovanec še vedno lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, vendar ni zmožen za delo na delovnem mestu, na katerem je delal pred nastopom invalidnosti. Poleg enega od teh treh pogojev mora oseba z invalidnostjo izpolnjevati še dodatne pogoje, opredeljene v 85. členu ZPIZ-2.<sup>3</sup>

Do **delnega nadomestila** je upravičen zavarovanec s priznano pravico do dela z delovnim časom, krajšim od polnega, najmanj štiri ure dnevno oziroma 20 ur tedensko. V zakonu je natančno opredeljena različna višina nadomestil za različne okoliščine.

## 2.2 ZAPOSILTVENA REHABILITACIJA (ZZRZI)

Zaposlitvena rehabilitacija so storitve, ki se izvajajo s ciljem, da se invalid usposobi za ustrezno delo, se zaposli, zaposlitev obdrži in v njej napreduje ali spremeni svojo poklicno kariero. Po ZZRZI je invalid oseba, ki pridobi status invalida po tem zakonu ali po drugih predpisih oziroma pri kateri so z odločbo pristojnega organa ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni, in ima zato bistveno manjše možnosti, da se zaposli, da ohrani zaposlitev ali da v zaposlitvi napreduje.

Zaposlitvena rehabilitacija se izvaja kot javna služba v okviru mreže izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije, ki jo sestavljajo javni zavodi in druge pravne ali fizične osebe, ki izpolnjujejo predpisane pogoje. V Sloveniji imamo 13 izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije z 18 strokovnimi timi za to rehabilitacijo. Ker izvajajo storitve zaposlitvene rehabilitacije po celotni Sloveniji, je načelu dostopnosti zadoščeno. Strokovni timi so sestavljeni iz strokovnih delavcev z univerzitetno, visoko oziroma višjo strokovno izobrazbo medicinske, psiholo-

---

3 Pogoji za upravičenost do nadomestila – ob nastanku invalidnosti:

- ni bil zaposlen ali ni bil obvezno zavarovan ali
- mu je delovno razmerje prenehalo na podlagi pozitivnega mnenja komisije za ugotovitev podlage za odpoved pogodbe o zaposlitvi ali neodvisno od njegove volje ali krivde ali
- je delovno razmerje prekinil po lastni volji ali krivdi ali
- se je zaposlil na drugem delovnem mestu (ZPIZ-2, 2013, 85. člen).

ške, socialne, delovno terapevtske, pedagoške in druge ustrezne usmeritve in z znanji s področja rehabilitacije, zaposlovanja ali invalidskega varstva.

#### Storitve zaposlitvene rehabilitacije

- A – svetovanje, spodbujanje in motiviranje invalidov k aktivni vlogi;
- B – priprava mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov;
- C – pomoč pri sprejemanju lastne invalidnosti in seznanjanje z možnostmi vključevanja v usposabljanje in delo,
- D – pomoč pri izbiri ustreznih poklicnih ciljev;
- E – razvijanje socialnih spretnosti in veščin;
- F – pomoč pri iskanju ustreznega dela oziroma zaposlitve;
- G – analiza invalidovega konkretnega delovnega mesta in delovnega okolja;
- H – izdelava načrta za prilagoditev invalidovega delovnega mesta in delovnega okolja;
- I – izdelava načrta za potrebno opremo in sredstva za delo;
- J – usposabljanje na konkretnem delovnem mestu oziroma v izbranem poklicu;
- K – spremljanje in strokovna pomoč pri usposabljanju in izobraževanju;
- L – spremljanje invalida na delovnem mestu po zaposlitvi;
- M – sprotno ocenjevanje uspešnosti rehabilitacijskega procesa;
- N – ocenjevanje invalidovega doseganja delovnih rezultatov;
- O – opravljanje drugih storitev zaposlitvene rehabilitacije – podporno zaposlovanje.

Če je naročnik storitev zaposlitvene rehabilitacije ZRSZ, je zaposlitvena rehabilitacija financirana iz sredstev proračuna Republike Slovenije, če pa je naročnik delodajalec ali posameznik, se storitve plačajo po ceniku MDDSZ.

Oseba uveljavlja pravico do priznanja statusa invalida po ZZRI in pravico do zaposlitvene rehabilitacije na pristojni območni službi ZRSZ, kjer vodi postopek za priznanje pravice do zaposlitvene rehabilitacije in za pridobitev statusa invalida rehabilitacijski svetovalec. Vlogi mora oseba priložiti tudi zdravniški izvid z mnenjem izbranega osebnega zdravnika ali zdravnika po predpisih

o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti in drugo dokumentacijo, s katero dokazuje trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni. Če že ima odločbo o invalidnosti, po drugih predpisih, priloži tudi to.

O vlogi odloča rehabilitacijska komisija ZRSZ, ki jo sestavljajo predstavniki različnih strok: zdravnik specialist MDPŠ ter strokovnjaki s področja invalidskega varstva, zaposlovanja in trga dela ter specifičnih področij, glede na telesno oziroma duševno okvaro ali bolezen obravnavane osebe. Na podlagi mnenja rehabilitacijske komisije izdelata rehabilitacijski svetovalec območne službe ZRSZ rehabilitacijski načrt, ki določa vrsto, obseg, način izvajanja in trajanje storitev zaposlitvene rehabilitacije.

S priznano pravico do zaposlitvene rehabilitacije pridobi oseba z invalidnostjo pravico do storitev zaposlitvene rehabilitacije, do aktivnega sodelovanja in do denarnih prejemkov.

O pravici do pridobitve statusa invalida in do storitev zaposlitvene rehabilitacije odloča rehabilitacijska komisija ZRSZ, in to na podlagi mnenja, ki ga pripravi izvajalec zaposlitvene rehabilitacije v okviru storitve B – Priprava mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov.

Po končani zaposlitveni rehabilitaciji, ki lahko traja do dve leti, v povprečju pa šest mesecev (Brecelj, 2017) izda rehabilitacijska komisija ZRSZ na podlagi mesečnih poročil in zaključnega mnenja izvajalca zaposlitvene rehabilitacije oceno invalidovih zaposlitvenih možnosti in odločbo o njegovi zaposljivosti. Ocena zaposlitvenih možnosti vsebuje informacije o zaposljivosti invalida v običajnem delovnem okolju, v invalidskem podjetju, podporni ali zaščitni zaposlitvi, o usposobljenosti za delo oziroma omejitvah za delo ter o podpornih storitvah in o za invalida potrebnih prilagoditvah na delovnem mestu.

Izidi zaposlitvene rehabilitacije so lahko:

- zaposlitev v običajnem delovnem okolju,
- zaposlitev v običajnem delovnem okolju s podporo oziroma podporni zaposlitev – v tem primeru izda rehabilitacijska komisija ZRSZ odločbo o zaposljivosti v podporni zaposlitvi,
- zaposlitev v invalidskem podjetju,
- zaposlitev v invalidskem podjetju na zaščitenem delovnem mestu – v tem primeru mora imeti invalid odločbo o zaposljivosti na zaščitenem delovnem mestu,

- zaposlitev v zaposlitvenem centru – prav tako z odločbo, in to o zaposljivosti na zaščitenem delovnem mestu.

Če invalid ni zaposljiv, pridobi odločbo o nezaposljivosti in s tem pravico do vključitve v program socialne vključenosti.<sup>4</sup>

Invalidsko podjetje, zaposlitveni center, izvajalec programa socialne vključenosti ali invalid sam lahko kadarkoli predlagajo ponovno oceno doseganja delovnih rezultatov zaposlenega invalida, če ocenjujejo, da se je doseganje delovnih rezultatov bistveno spremenilo. Na podlagi ocene doseganja delovnih rezultatov, ki jo izdela izvajalec zaposlitvene rehabilitacije ob zaključku rehabilitacije, lahko invalid vloži tudi vlogo za priznanje pravice do subvencioniranja plače – pri Javnem štipendijskem, razvojnem, invalidskem in preživninskem skladu.

Neposredno lahko vplivajo na možnosti za zaposlovanje invalidov tudi državne spodbude za delodajalce, in sicer je njihov vpliv v smislu večje motiviranosti, pripravljenosti za sodelovanje pri reševanju zaposlitvene problematike invalidov. Med pomembnejše ukrepe za zaposlovanje invalidov spada **kvotni sistem**, ki obvezuje delodajalce z najmanj 20 zaposlenimi, da v celotnem številu zaposlenih zaposlujejo tudi obvezni delež invalidov. V to kvoto se štejejo invalidi, ki imajo sklenjeno pogodbo o zaposlitvi za najmanj 20 ur tedensko. Kvote se razlikujejo glede na dejavnosti, a ne morejo biti manjše od 2 in ne večje od 6 odstotkov skupnega števila zaposlenih, možna pa je tudi nadomestna izpolnitev kvote; v tem primeru sklenejo delodajalci pogodbo o nadomestni izpolnitvi kvote z zaposlitvenim centrom ali invalidskim podjetjem. Če pa delodajalec kvote ne izpolnjuje, mora plačati prispevek za spodbujanje zaposlovanja invalidov – v Javni štipendijski, razvojni, invalidski in preživninski sklad, in sicer v višini 70 odstotkov minimalne plače za toliko invalidov, kolikor bi jih bil dolžan zaposliti za izpolnitev predpisane kvote. Tako zbrani denar se porabi za financiranje drugih spodbud za zaposlovanje invalidov, kot jih določa ZZRZI, to pa so: subvencija plače, plačilo stroškov prilagoditve delovnega mesta in delovnih sredstev, plačilo stroškov storitev v podpornem zaposlovanju, oprostitev plačila prispevkov

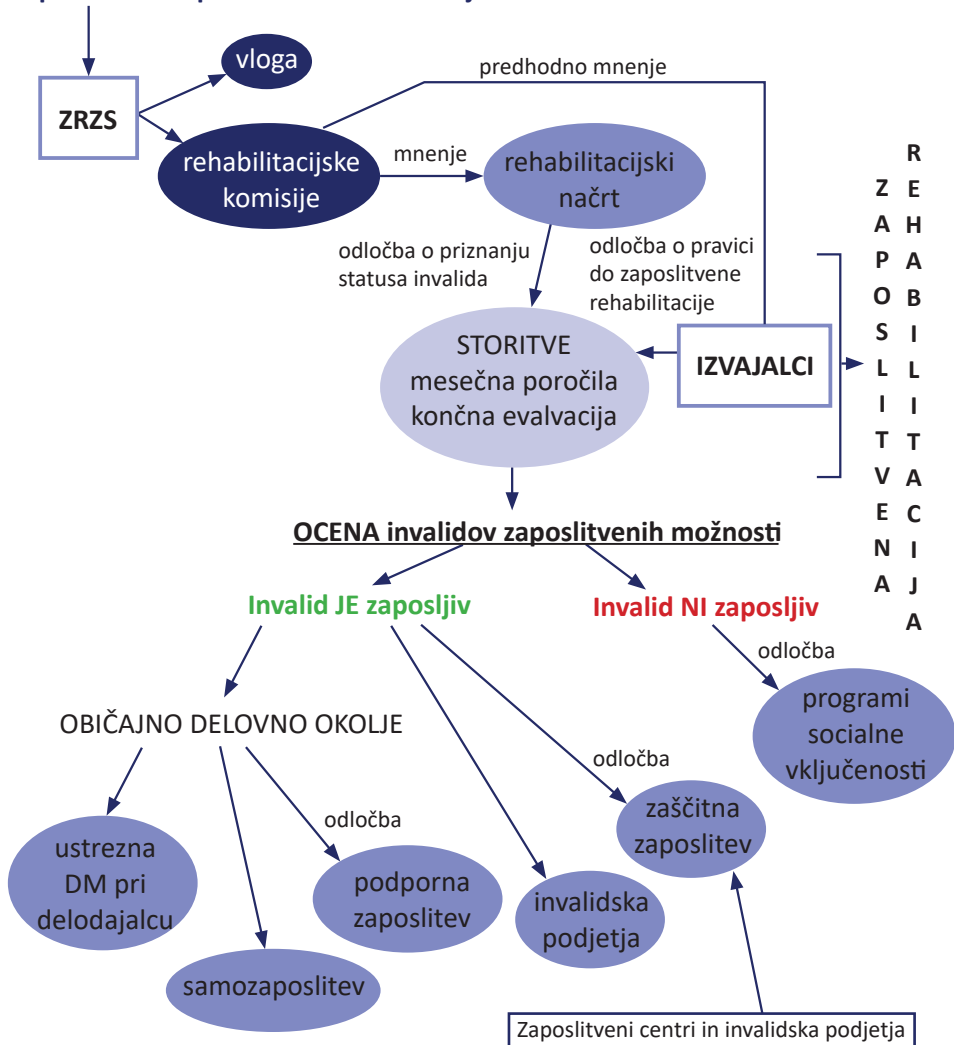
---

4 Programi socialne vključenosti so socialni programi, namenjeni podpori in ohranjanju invalidovih delovnih sposobnosti. Vanje se lahko vključijo invalidi z odločbo o nezaposljivosti, invalidi I. kategorije z odločbo ZPIZ brez pravice do invalidske pokojnine in osebe z motnjo v telesnem in duševnem razvoju, ki nimajo možnosti za vključitev v ustrezne socialnovarstvene storitve.

Slika 1: Postopek obravnave na ZRSZ in pri izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije

## POSTOPEK - brezposelna oseba:

### Pridobitev statusa invalida in pravica do zaposlitvene rehabilitacije



Vir: URI Soča, Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo

za pokojninsko in invalidsko zavarovanje zaposlenih invalidov, nagrade za preseganje kvote, letne nagrade delodajalcem za dobro prakso na področju zaposlovanja invalidov.

### **2.3 CELOSTNA REHABILITACIJA S POKLICNO IN ZAPOSILTVENO REHABILITACIJO NA URI Soča**

Osrednji slovenski zdravstveni zavod za celostno interdisciplinarno rehabilitacijo bolnikov s funkcijsko in delovno oviranostjo je URI Soča, ki na sekundarni in terciarni ravni opravlja najzahtevnejše naloge s področja fizikalne in rehabilitacijske medicine, aplikacije tehničnih pripomočkov, psihosocialne rehabilitacije ter poklicne in zaposlitvene rehabilitacije. Programe poklicne in zaposlitvene rehabilitacije izvaja Center za poklicno rehabilitacijo (*v nadaljevanju CPR*) z enotami v Ljubljani, Mariboru in Murski Soboti. Storitve temeljijo na sodobni rehabilitacijski doktrini, ki upošteva zahteve po celostnem oziroma biopsihosocialnem modelu, aktivni vlogi uporabnikov, timskem delu in povezovanju z različnimi (ključnimi) sodelujočimi v okolju. S tem zadovoljujejo potrebe oseb na področju zdravstvenega, pokojninskega in invalidskega varstva ter zaposlovanja.

V programe, ki jih izvaja CPR, napotujejo izbrani osebni zdravnik – v okviru celostne rehabilitacije z namenom obravnave v procesu vračanja na delo, ZPIZ – v postopku priprave strokovnih podlag za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije kot pravice po ZPIZ-2, ZRSZ – v procesu zaposlitvene rehabilitacije brezposelnih invalidov, ali pa delodajalec. V primeru poklicne in zaposlitvene rehabilitacije poteka postopek na način, opisan v prejšnjih dveh poglavjih. V nadaljevanju pa predstavljamo model postopnega vračanja na delo (v angleški literaturi se uporablja kratica RTW za *Return to Work*), ki ga v Sloveniji izvaja le URI Soča.

Program postopnega vračanja na delo na URI Soča je del celostne medicinske rehabilitacije, ki jo financira ZZS. Zaposleni zavarovanci so v času obravnave v bolniškem staležu, v obravnavo jih napoti izbrani osebni zdravnik ali zdravnik specialist (fiziater, nevrolog, psihiater in drugi). Izid tega programa sta lahko postopno vračanje na delo ali pa predlog za oceno delovne zmožnosti na ZPIZ.

Program postopnega vračanja na delo na URI Soča je interdisciplinaren, rezultira pa v individualiziranem rehabilitacijskem načrtu za posameznika

(upoštevane so njegove osebne, kognitivne, telesne, vedenjske, psihosocialne funkcije). Strokovni tim CPR poda celostno oceno njegove funkcijske zmožnosti, delovne vzdržljivosti in učinkovitosti, sposobnosti učenja in delovnega vedenja, potrebnih prilagoditev dela in njegovega delovnega okolja. Delodajalcu se predstavi funkcijske ovire zaposlenega in se mu svetuje glede prilagoditve delovnega mesta.

Glede na zahteve delovnega mesta se oceni preostalo delovno zmožnost oseb s trajnimi zdravstvenimi posledicami. Prvi del obravnave poteka na URI Soča (obrnava pri strokovnih delavcih), drugi del pa na delovnem mestu. Rehabilitacija na delovnem mestu poteka običajno od enega meseca do pol leta, lahko tudi nekoliko dlje, zavarovanci pa se v delo vključujejo postopoma – postopno se jim dviguje obseg in zahtevnost del in podaljšuje čas obremenitev, zavarovanca vedno spremlja eden od strokovnih delavcev, v delovnem okolju pa ima pomoč mentorja. Program postopnega vračanja na delo se zaključi, ko je ocenjeno, da je delovno funkcioniranje zavarovanca dovolj stabilno, ali ko se jasno pokaže, da kljub rehabilitaciji dela ne bo mogel opravljati (Strokovno poročilo URI Soča za leto 2019, str. 43–44).

V strokovnem timu sodelujejo zdravnik, specialist MDPŠ, psiholog, specialist klinične psihologije, delovni terapevt, socialni delavec, rehabilitacijski tehnolog in drugi strokovnjaki, glede na potrebe – pri obravnavi oseb s slepoto in slabovidnostjo npr. tiflopedagog.

Program postopnega vračanja na delo predstavlja v rehabilitacijskih programih CPR le manjši del vseh obravnav. Leta 2020 je bilo vključenih 475 zaposlenih zavarovancev, izmed teh jih je bilo 84 v bolnišnični obravnavi. Hospitalizacija je omogočena tistim zaposlenim v bolniškem staležu, ki zaradi zdravstvenega stanja ali oddaljenosti ne morejo prihajati na obravnave dnevno. Obravnavani na URI Soča pa predstavljajo v primerjavi s potencialnimi kandidati za obravnavo le majhen delež, sploh če upoštevamo, da je bilo leta 2019 pri nas več kot 8.000 oseb v dolgotrajnem bolniškem staležu, to je v staležu več kot eno leto. Glede na te podatke bi bilo program postopnega vračanja na delo smiselno razširiti.

## 2.4 GLAVNE ZNAČILNOSTI SLOVENSKEGA SISTEMA POKLICNE REHABILITACIJE

Čeprav je ukrep poklicne rehabilitacije kot pravice po ZPIZ-2 v Sloveniji v veljavi že od leta 2002 in so bile v tem času na zakonodajni ravni uvedene številne spremembe in novosti, pa analiza prakse in učinkov poklicne rehabilitacije kaže, da rehabilitacija ni dosegla zastavljenega cilja, to je večjega zanimanja in uveljavljanja pravice do poklicne rehabilitacije, saj ne dosega načrtovanega obsega.<sup>5</sup> Kot že omenjeno, pripravljajo strokovne podlage za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije strokovni timi izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije. Po podatkih za leto 2022 je bilo v postopek za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije k izvajalcem zaposlitvene rehabilitacije napotenih 392 zavarovancev (izmed 659, ki jim je bila možnost poklicne rehabilitacije predstavljena), kar je sicer več kot v prejšnjih letih, še vedno pa se jih za to možnost odloči le dobra polovica. Razlogi za takšno stanje so različni:<sup>6</sup>

- Poklicna rehabilitacija je izbirna pravica in je za zavarovance zgolj ena od možnosti, ti pa se pogosto odločijo za druge pravice iz invalidskega zavarovanja.
- Poznavanje poklicne rehabilitacije je med delodajalci in zavarovanci pomanjkljivo.
- Proces zahteva veliko administrativnih postopkov, zato pri delodajalcih ni priljubljen. V procesu pa manjka povezanost vseh vključenih (ZZZS, ZPIZ, izbrani zdravnik, delodajalec in drugi).
- Nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije se računa po modelu izračuna nadomestil za invalidnost, zato je precej nižje od nadomestila za čas bolniškega staleža.

Po ZPIZ-2 in ZZRZI pa se definicija invalidnosti razlikuje. V ZPIZ-2 je v 63. členu navedeno, da je *»invalidnost po tem zakonu podana, če se zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije in so ugotovljene v skladu s tem zako-*

---

5 Podatki ZPIZ kažejo, da se po predstavitvi poklicne rehabilitacije za to pravico odloči le približno polovica vseh zavarovancev in da se je število rehabilitiranih oseb letno gibalo okoli 100 (ZPIZ, 2016; 2017).

6 Povzeto po Investicijski dokumentaciji projekta ZPZR – interni vir, dopolnjeni.



*nom, zavarovancu zmanjša zmožnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje». Po ZZRZI morajo biti za »pridobitev statusa invalida po tem zakonu pri osebi ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni, težave pri dejavnostih, ki vplivajo na njeno zaposljivost, in ovire pri vključevanju v delovno okolje na način, kot ga opredeljuje mednarodna klasifikacija funkcioniranja, invalidnosti in zdravja«. Medtem ko se v procesu pridobivanja pravic iz invalidskega zavarovanja v sklopu obravnave zavarovancev po ZPIZ-2 upošteva le medicinski vidik in se pravice vežejo na diagnoze po MKB-10, se v procesu zaposlitvene rehabilitacije uporabljata biopsihosocialni model in Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in dela (v nadaljevanju: MKF), ki zajame veliko širši nabor ovir in težav, ki jih imajo osebe s težavami v zdravju pri zaposlovanju oziroma pri ohranjanju zaposlitve.*

Pri vračanju na trg dela bi bilo koristno tudi povezovanje zaposlitvene in poklicne rehabilitacije – izkušnje iz prakse namreč kažejo, da potrebujejo nekateri upravičenci do poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2 bolj celostno, poglobljeno obravnavo, kakršno omogočata zaposlitvena rehabilitacija ali pa program postopnega vračanja na delo, ki ga izvaja URI Soča.

Pomemben je tudi čas vključitve v proces vračanja na delo – pozno vključevanje zaposlenih v bolniškem staležu v poklicno rehabilitacijo podaljšuje rehabilitacijo in negativno vpliva na zaposlitveni položaj in možnosti invalidov, torej lahko to preprečimo z zgodnejšim vključevanjem. Tak pristop je program postopnega vračanja na delo, ki ga izvaja URI Soča in je podrobneje opisan v poglavju 2.3. Ker izvaja ta program le URI Soča, je število vključenih potencialnih kandidatov omejeno.

### 3 **SISTEMSKA UREDITEV POKLICNE REHABILITACIJE V IZBRANIH ČLANICAH EU – V NEMČIJI IN NA NIZOZEMSKEM<sup>7</sup>**

#### 3.1 **NEMČIJA**

##### 3.1.1 **Zakonodajne spremembe**

V Nemčiji je v začetku osemdesetih let začela naraščati brezposelnost, vzporedno s tem pa je začelo naraščati tudi število oseb z zdravstvenimi težavami in zmanjšano zmožnostjo za delo ter prejemnikov invalidskih pokojnin: »Ena od vladnih strategij za obvladovanje brezposelnosti in strukturnih sprememb v starih nemških gospodarskih dejavnostih, kot so jeklarstvo, premogovništvo in ladjedelništvo, je bila omogočanje predčasne upokojitve« (Welti, 2019, str. 173).<sup>8</sup>

Na prelomu tisočletja je doživel nemški sistem socialnega varstva pomembne spremembe. Ob koncu devetdesetih let so se v njem in tudi na področju poklicne rehabilitacije začele postopne reforme in prilagoditve gospodarstva novim potrebam v globalni ekonomiji.

Med drugim sta bila sprejeta dva pomembna zakona, ki urejata področje poklicne rehabilitacije in pravic brezposelnih oseb. Zakona sta spremenila koordinacijo med akterji v poklicni rehabilitaciji, oblikoval se je urad za reintegracijo in sprejeta je bila uporaba **MKF (Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in dela)** in postala je temelj **novega modela medicinske in poklicne rehabilitacije** (Welti, 2019, str. 174). S tem je postalo zgodnje upokojevanje težko dosegljivo, odobreno je bilo le v redkih primerih, ko se zdravje in zmožnost za delo z medicinsko in poklicno rehabilitacijo ne moreta izboljšati (Mittag in drugi, 2018; Bode, 2019), na-

---

7 Evalvacijo je pripravil Center za proučevanje organizacij in človeških virov, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani. Avtorji poročila so asist. dr. Marko Hočevar, asist. dr. Jasna Mikić, prof. dr. Aleksandra Kanjuo Mrčela. V poglavju povzemamo glavne poudarke.

8 V Nemški demokratični republiki je obstajal drugačen sistem rehabilitacije, temelječ na odgovornosti državnih podjetij, da poskrbijo za to, da se ljudje z določeno stopnjo invalidnosti (re)integrirajo na delovno mesto (Welti, 2019, 173).

domestila iz socialnega zavarovanja pa so se znižala. Hkrati s temi procesi se je razvijala zakonodaja za preprečevanje diskriminacije invalidov, podjetja pa so postala v tem času zaradi pomanjkanja delovne sile bolj zainteresirana za to, da kvalificirano delovno silo obdržijo, ne glede na njihove morebitne poškodbe ali bolezni (Belin in drugi, 2016; Reims in Bauer, 2015; Welti, 2019, str. 175).

V tem nemškem primeru gre za spremembo iz pasivne v aktivno politiko zaposlovanja – ta individualni participativni model socialne države, ki je začel prevladovati, je pomembno spremenil dogajanje na področju poklicne rehabilitacije.

V obdobju od leta 2005 do 2013 se je stopnja zaposlenosti ljudi z različnimi invalidnostmi zvišala za 8 odstotnih točk, kar je zelo veliko zvišanje (Welti, 2019, str. 171), iz tega pa lahko sklepamo, da je novi model poklicne rehabilitacije uspešen. Domnevamo lahko, da je k temu pripomogel tudi kvotni sistem zaposlovanja invalidov.

Osebe z dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami so obravnavane celostno; pri tem so vključene različne stroke in institucije, vse institucije, zavarovalnice in agencije pa so članice skupnega telesa, imenovanega Zvezna delovna skupina za rehabilitacijo (nem. *Bundes Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – BAR*), v katerega so vključeni tudi sindikati in zvezno združenje delodajalcev (Bode, 2019, str. 48).

### **3.1.2 Bolniška odsotnost in vračanje na delo**

Nemčija ima relativno nizko stopnjo odsotnosti zaposlenih z dela zaradi bolezni. Zdravstvena zavarovalnica lahko namreč od zaposlenih, ki prejemajo bolniško nadomestilo, zahteva, da se že v roku 10 tednov pri pokojninski zavarovalnici DRV prijavijo na poklicno rehabilitacijo (Welti, 2019, str. 176–179).

Delodajalec pa je po več kot 6 tednih skupne bolniške odsotnosti zaposlenega v enem letu (tudi ob odsotnosti s prekinitvami) dolžen oblikovati in predstaviti individualni načrt za njegovo vračanje na delo. Delodajalec mora načrtovati tako prilagoditev delovnega mesta, da lahko zaposleni opravlja delo kljub svojim zdravstvenim težavam. V pripravo načrta so vključeni predstavniki delavcev in invalidov v podjetju, in če je potrebno

tudi zdravnik medicine dela, javne rehabilitacijske službe in urad za reintegracijo.<sup>9</sup> Sistem vračanja na delo je uveljavljen in dobro deluje v večjih podjetjih, saj obstaja v teh na ravni podjetja obvezen sporazum med predstavniki delavcev in vodstvom. Problem pa je v manjših podjetjih, kjer vračanje na delo ni opredeljeno, zlasti če podjetje nima sveta delavcev (Welti, 2019, 176; Bode, 2019, str. 53; Sremec, 2020).

### 3.1.3 Proces poklicne rehabilitacije

Nemška zakonodaja razlikuje med socialno, medicinsko in poklicno rehabilitacijo, sistem medicinsko usmerjene poklicne rehabilitacije (nem. *Medizinisch-beruflichorientierte Rehabilitation – MBOR*) pa temelji na njihovem prepletanju in povezovanju, pri čemer pa ima še vedno glavno vlogo medicinska stroka (Bode, 2019, str. 47–52).

Potek nemške poklicne rehabilitacije je relativno dobro definiran. Oseba je obravnavana v sistemu Nemške pokojninske zavarovalnice (nem. *Deutsche Rentenversicherung*, DRV) ali Nemške nezgodne zavarovalnice (nem. *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*, DGUV), odvisno od tega, ali gre za poškodbo pri delu ali za (kronično) bolezen. Velika večina (90 %) zavarovancev je obravnavana v sistemu DRV in večinoma gre za medicinsko rehabilitacijo.

Nemška pokojninska zavarovalnica DRV uporablja sistem MBOR, ki predvideva tri nivoje obravnave, odvisno od kompleksnosti zdravstvenih težav, omogoča pa celostno obravnavo v procesu poklicne rehabilitacije, pri čemer je velik poudarek na vračanju na delo, ki ga je delavec opravljal pred boleznijo oz. poškodbo.

Medicinska rehabilitacija se prepleta s poklicno rehabilitacijo. Strokovni timi so sestavljeni iz zdravnikov (predvsem fiziatrov), socialnih delavcev, psihologov ipd. Osebe so vključene povprečno 25 dni, postopek pa se nadaljuje tudi po odpustu. Vračanje na delo koordinirajo t. i. *case managerji* (Belin in drugi, 2016, str. 24; Sremec, 2020). Ko zavarovanec zaključi rehabilitacijo, prejme njegov izbrani osebni zdravnik poročilo, sicer pa med izbranim osebnim zdravnikom in rehabilitacijskim centrom ni tesnejšega

---

9 V večjih podjetjih zaposlujejo delodajalci tudi zdravnike družinske medicine ali zdravnike medicine dela, ki ocenijo status zaposlenega in njegovo delazmožnost.

sodelovanja (Welti, 2019, str. 176; Bode, 2019, str. 53; Sremec, 2020). **Od vključenih v proces MBOR se jih vrne na delo od 70 do 80 odstotkov.**

V tej praksi se pojavljata predvsem dve težavi, in sicer pomanjkanje zdravnikov medicine dela in premalo stika z delodajalci.

Na poklicno rehabilitacijo se lahko zavarovanci prijavijo tudi sami, in zdravnik DRV jim jo odobri najkasneje v roku dveh mesecev. Če pa invalidna oseba dela ne more nadaljevati, se njena prijava obravnava kot prijava za pridobitev pravice do invalidske pokojnine. Če ji poteče pravica do bolniškega staleža, ni pa še pridobila pravice do invalidske pokojnine, je upravičena do nadomestila za brezposelnost, kar financira Zvezni zavod za zaposlovanje. Prijavo za poklicno rehabilitacijo, ki jo prav tako financira Zvezni zavod za zaposlovanje, mora invalid vložiti v roku enega meseca po prijavi na zavod za zaposlovanje (Welti, 2019, 178).

### **3.1.4 Prednosti in pomanjkljivosti nemškega državnega modela poklicne rehabilitacije**

#### **Prednosti**

- Nemški model poklicne rehabilitacije je pregleden, pristojnosti zavarovalnic so jasno opredeljene in obstaja razvejena mreža centrov za rehabilitacijo, ki izvajajo tudi poklicno rehabilitacijo. To področje ureja država, ni prepuščeno prostemu trgu.
- Bolniški stalež je časovno omejen – prvih 6 tednov plačuje nadomestilo za odsotnost z dela delodajalec, naslednjih 18 mesecev pa zavarovalnica.
- Poklicna rehabilitacija se začne že po tednu ali dveh, že med medicinsko rehabilitacijo. Načrt vračanja na delo zahteva sodelovanje delodajalca in zaposlenega.
- Ključni element uspešnosti sistema vračanja na delo je povezovanje medicinske in poklicne rehabilitacije v okviru pokojninskega zavarovanja DRV po modelu MBOR, saj se poklicna rehabilitacija začne že med medicinsko rehabilitacijo.
- Pri ocenjevanju se uporablja MKF.
- V krovnem telesu so združeni vsi akterji v procesu medicinske in poklicne rehabilitacije.

- Pravica do invalidske pokojnine ni dokončna, priznana je za omejeno obdobje do največ tri leta in se podaljša samo, če se stanje medtem ne izboljša.
- Zakonske določbe za to področje se upoštevajo tako v javnem kot zasebnem sektorju. Ob njihovem neupoštevanju morajo delodajalci plačevati zakonsko predvidene denarne kazni, ta sredstva pa se stekajo v sistem socialnega zavarovanja za invalide.

### **Pomanjkljivosti**

- V procesu poklicne rehabilitacije po MBOR je premalo sodelovanja med delodajalci, zdravniki in člani strokovnega tima.
- Značilna je odsotnost zdravnikov medicine dela. Velika podjetja sicer zaposlujejo tudi zdravnike medicine dela, a imajo ti v procesu vračanja na delo le vlogo t. i. *case managerja*.

## **3.2 NIZOZEMSKA**

### **3.2.1 Zakonodajne spremembe, socialna država in »nizozemska bolezen«**

Nizozemski model poklicne rehabilitacije izhaja iz podobnih predpostavk o pomenu hitrega vračanja na delo s celostno obravnavo oseb kot nemški, a je drugače organiziran – temelji namreč na izključni odgovornosti delodajalca, saj mora ta v okviru poklicne rehabilitacije sam poskrbeti za delavčovo vračanje na delo.

Od konca devetdesetih let prejšnjega stoletja temeljijo ključne spremembe na področju bolezni in invalidnosti na Nizozemskem predvsem na aktivnih politikah zaposlovanja in na povečevanju participacije na trgu delovne sile,<sup>10</sup> kar pomeni, da:

- je zavarovalniški sistem privatiziran in da je delodajalec dolžan zaposlenemu v bolniškem staležu plačevati plačo do dve leti,
- je za vračanje na delo zaposlenega z zdravstvenimi težavami dolžan poskrbeti delodajalec (*Gatekeeperprotocol*),

---

10 Za več glej: Bockting, 2007; OECD, 2007, str. 5-6; Knegt in Westerveld, 2008.

- je bil sprejet nov zakon o invalidnosti (WIA),
- so se zaostri pogoji za upravičenost do nadomestila za invalidnost,
- je bilo pri vseh, ki so prejeli nadomestilo za invalidnost in so bili stari manj kot 50 let, ponovno preverjeno zdravstveno stanje,
- so bile uvedene različne stopnje prispevkov za delodajalce glede na stopnjo tveganja za to, da bo zaposleni postal dolgoročno nezmožen za delo.

Tak sistem socialnega varstva je bil oblikovan z namenom spodbujati dolgotrajno zaposlenost in promovirati vključevanje v delo zaposlenih v bolniškem staležu. Sistem naj bi preprečeval, da bi zaposleni zahtevali nadomestilo za invalidnost, če bi bilo tako nadomestilo neizogibno, pa bi ta sistem njihove prejemnike spodbujal k čimprejšnjemu iskanju nove službe oziroma k vračanju na delo, k reintegraciji (OECD, 2007, str. 6).

V osemdesetih in v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja je imela Nizozemska zelo visoko stopnjo odsotnosti z dela in invalidskih upokojitev.

Nizozemska je namreč v osemdesetih letih doživljala gospodarsko krizo, to je vplivalo tudi na visoko stopnjo brezposelnosti, in mnogi brezposelni so skušali svoje finančne težave reševati z invalidsko upokojitvijo. In ker kriteriji za invalidsko upokojitev niso bili strogi, je bilo zelo veliko invalidskih upokojitev in nadomestil za invalidnost. O tem se je govorilo kot o »nizozemski boleznici«.

Država se je zato od sredine osemdesetih let ukvarjala s spreminjanjem socialnega varstva in poklicne rehabilitacije (OECD, 2007, str. 5; Knegt in Westerveld, 2008). Do sprememb je prihajalo postopno.

Leta 2006 je začel veljati novi zakon WIA, po katerem plačujejo delodajalci prispevke v WIA shemo – manj vplačujejo tisti delodajalci, ki imajo manj nekdanjih zaposlenih na WIA shemi (OECD, 2007, str. 16).

Delodajalec in zaposleni morata med delavčevo bolniško odsotnostjo, ki lahko traja največ dve leti, slediti točno določenim predpisom in rokom. Prvi dan bolniške odsotnosti mora zaposleni o tem obvestiti delodajalca. Zdravnik medicine dela, ki ga najame delodajalec, mora nato v šestih tednih oceniti, kako zdravstvene težave zaposlenega vplivajo na njegovo vračanje na delo. Na podlagi poročila zdravnika medicine dela mora delodajalec

lec v sodelovanju z zaposlenim pripraviti načrt njegovega vračanja na delo, v katerem opredelita proces postopnega vračanja na delo in potrebne prilagoditve delovnega mesta. Če se zaposleni ne more vrniti na delo v roku največ enega leta, mora delodajalec sodelovati pri iskanju nove zaposlitve zanj. V procesu rehabilitacije in reintegracije se najprej skuša prilagoditi delovno mesto pri tem delodajalcu, v drugem koraku pa se poskuša najti novega delodajalca, pri tem pa sodelujejo tudi posebne službe, ki izvajajo storitve vračanja na delo (Nijhuis, Lierop in F. Wichers, 2006, str. 376; Mittag in drugi, 2018; de Rijk, 2019, str. 232).

Zdravnik medicine dela mora poročilo in načrt vračanja na delo vsakih šest tednov posodobiti. Če pa se zaposleni tudi še po 22 mesecih ne more v celoti vrniti na delo, predloži zdravnik poročilo o procesu vračanja na delo na UWV. Če je bil proces vračanja na delo ustrezen, zaposlenega, ki je še vedno v bolniškem staležu, pregledata zdravnik zavarovalnice in zdravnik medicine dela in podata oceno, pri tem pa upoštevata tudi poročilo o vračanju na delo in poročilo lečečih zdravnikov. Če UWV oceni, da se delodajalec v tem procesu ni dovolj vključeval, mora ta zaposlenemu plačevati nadomestilo še eno leto (Mittag in drugi, 2018; de Rijk, 2019, str. 232).

Na Nizozemskem skrbijo za proces poklicne rehabilitacije strokovni timi, v katerih so zdravniki medicine dela in strokovnjaki z znanji s psihosocialnega področja, tim pa skrbi za »*case management*« na mikro ravni (OECD, 2007, 11).

### **3.2.2 Prednosti in slabosti nizozemskega modela poklicne rehabilitacije**

#### **Prednosti**

- Nizozemski sistem poklicne rehabilitacije je enostaven, vsi pogoji in roki so jasno opredeljeni, pristojnosti različnih institucij in zavarovalnic se ne prekrivajo.
- Pri ocenjevanju se uporablja MKF.
- Delodajalec je vključen v celoten proces poklicne rehabilitacije in vračanja na delo, že od samega začetka, saj mora aktivno sodelovati tudi pri pripravi načrta vračanja na delo. To, da se zaposleni čim prej vrne na delo, pa je tudi v finančnem interesu delodajalca.



- Delodajalec mora sodelovati tudi pri iskanju druge zaposlitve za zaposlenega, če se ta ne more vrniti na svoje staro delovno mesto. Tako se išče novo ustrezno delovno mesto zanj pri drugem delodajalcu že med njegovim bolniškim staležem, s tem pa se preprečuje, da bi prišlo do izgube zaposlitve.
- UWV spremlja potek vračanja na delo, to pa omogoča, da aktivno sodelujeta v procesu vračanja na delo tako delodajalec kot zaposleni.
- Nizozemski model je osredotočen na zaposlenega kot posameznika in na njegove potrebe – prilagajata se mu delovno mesto in proces poklicne rehabilitacije – temelji pa na principu vodenja primera (case management).

### **Pomanjkljivosti**

- Neposrednemu urejanju tega področja se je država odrekla, prenos sistema poklicne rehabilitacije na prosti trg pa pomeni nevarnost, da postane celoten sistem samo ena izmed dobičkonosnih aktivnosti.
- Pri vključevanju populacije v delovni proces je zaradi konkurenčnega boja med podjetji poudarek predvsem na izkoriščanju njihove delazmožnosti. Polne varnosti ni več – prednost imajo zaposleni brez večjih zdravstvenih težav, šele nato pride na vrsto vprašanje socialne in ekonomske integracije ljudi, ki so manj zmožni za delo.
- Prenos vseh odgovornosti na delodajalce je velik problem, ker je interes teh, da se zaposleni čim prej vrne na delo, tudi če za to še ni povsem zmožen. Poleg tega pa so podjetja in službe, ki skrbijo za vračanje na delo, večinoma v zasebni lasti, in je tudi zato zaželeno, da se čim več zaposlenih čim prej vrne na delo. Zaradi tega se pojavlja nevarnost prezentizma, ki je dolgoročno lahko veliko bolj škodljiv od bolniškega staleža, tako za zaposlene kot za delodajalce.
- Da bi se izognili odgovornosti za vračanje na delo, začenjajo delodajalci uporabljati druge oblike zaposlovanja: najemajo delavce preko agencij za posredovanje dela oziroma najemajo samozaposlene ipd. To v veliki meri zmanjša njihovo odgovornost, saj zadevajo opisani postopki poklicne rehabilitacije in vračanja na delo le redno zaposlene, druge oblike zaposlitve pa v ta sistem niso vključene.

## 4 PREDSTAVITEV PROJEKTA ZPZR

### 4.1 OZADJE IN IZHODIŠČA ZA NASTANEK PROJEKTA ZPZR

V okviru urejanja invalidskega zavarovanja ima poklicna rehabilitacija poseben status in pomen, saj ji je zaradi zagotavljanja in varovanja zaposlitve delovnih invalidov, izboljšanja njihovih nadaljnjih možnosti na trgu dela in socialne vključenosti namenjena osrednja vloga. Z uveljavitvijo nove invalidske zakonodaje leta 2003 je dobila rehabilitacija vlogo temeljne pravice iz invalidskega zavarovanja, to pa izhaja iz takratne nove definicije poklicne invalidnosti, to je invalidnosti II. kategorije. Dodatno teži ji daje tudi to, da ima zavarovanec možnost, da namesto drugih pravic iz invalidskega zavarovanja zahteva pravico do poklicne rehabilitacije.

**Kljub vsem spremembam v novi zakonodaji pa praksa kaže, da ureditev poklicne rehabilitacije še vedno ni ustrezna, saj ni dosegla zastavljenega cilja, to je večjega zanimanja za poklicno rehabilitacijo in večjega uveljavljanja te pravice, na podlagi česar bi v praksi zaživela kot temeljna pravica iz invalidskega zavarovanja.** Namesto poklicne rehabilitacije zavarovanci mnogokrat raje izberejo druge pravice iz invalidskega zavarovanja in nižja nadomestila.

Razlogov za nizko število vključenih v poklicno rehabilitacijo je več – od definicije invalidnosti, ki je vezana na »svoj poklic«, možnosti pridobitve pravice šele po zaključenem zdravljenju in medicinski rehabilitaciji, nizkih nadomestil za čas poklicne rehabilitacije, dolgotrajnega in administrativno zapletenega postopka uveljavljanja pravice ter izgube pravic in vračila celotnih stroškov poklicne rehabilitacije v primeru njenega nedokončanja, do njene dolgotrajnosti. Pogosto pa se zgodi tudi, da po končani poklicni rehabilitaciji delodajalec ni zainteresiran za ohranitev delovnega razmerja oziroma da ugotovi, da za zavarovanca nima ustreznega dela.

V praksi se ugotavlja tudi pomanjkljivo sodelovanje delodajalcev; zlasti manjši delodajalci nimajo za to primerne znanja niti nimajo ustrezne službe, ki bi omogočala celovito obravnavo delovnih invalidov in bi podajala mnenja oziroma ugotovitve o primernosti delovnega mesta, o možnostih prilagoditve delovnega mesta in načinu te prilagoditve. Iz prakse je tako

mogoče razbrati, da se delodajalci bojijo zaposlovanja delovnih invalidov oziroma tega, da bi jim morali omogočiti ohranitev zaposlitve, kar pa izhaja predvsem iz njihovega nepoznavanja ustreznih postopkov za zagotovitev ustreznega delovnega mesta in bojazni, da delovnemu invalidu, ki svojih obveznosti ne bo izpolnjeval v zadostni meri, ne bodo mogli odpovedati delovnega razmerja.

Pravico do poklicne rehabilitacije v okviru celostne rehabilitacije so zavarovanci pri nas do sedaj lahko uveljavljali samo v okviru rehabilitacije na URI Soča, kjer pa se zdravstvena dejavnost odvija na terciarnem nivoju. Na primarnem in sekundarnem nivoju pravica do poklicne rehabilitacije pri nas ni zagotovljena.

## **4.2 NAMEN, CILJI IN AKTIVNOSTI PROJEKTA ZPZR**

**Namen** projekta ZPZR je s posodobljenim in preoblikovanim modelom celostne rehabilitacije in s pripravljenimi strokovnimi podlagami za odločevalce v procesu vračanja na delo (pristojna ministrstva) zagotoviti vzpostavitev novega celostnega modela zgodnje poklicne in zaposlitvene rehabilitacije. Tako bomo povečali vključenost zavarovancev, ki svojega dosedanjega dela ne morejo več opravljati na enak način, kot so ga pred nastankom bolezni oziroma invalidnosti, bodisi jim zaradi posledic bolezni ali invalidnosti in nepravočasne vključitve v proces poklicne rehabilitacije grozi izguba zaposlitve.

Glavni **cilji** projekta ZPZR:

Cilj 1: Ocena stanja poklicne rehabilitacije pri nas in primerjalna študija o evropskih državah – cilj dosežen.

Cilj 2: Oblikovanje modela celostne zgodnje poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v okviru procesa vračanja na delo (100 vključenih zavarovancev, izdelani kriteriji za izbor zavarovancev, oblikovan model vračanja na delo, pilotna izvedba modela, prepoznavanje koristi oz. uporabnosti modela in morebitnih ovir) – cilj dosežen.

Cilj 3: Priprava predloga zakonskih sprememb za lažjo izvedbo modela zgodnje poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v procesu vračanja na delo – cilj dosežen.

Cilj 4: Povečanje ozaveščenosti in informiranosti zavarovancev, delodajalcev in strokovne javnosti (spletna stran, promocijske aktivnosti, seminarji in konference – vključenih najmanj 300 delodajalcev, ozaveščanje posameznih skupin akterjev) – cilj dosežen.

V projektu ZPZR izvedene **aktivnosti**:

1. upravljanje, vodenje in koordinacija projekta (koordinacija in vsebinsko vodenje projekta in strokovnih aktivnosti, administrativno vodenje projekta in administrativno-tehnične naloge),
2. informiranje in obveščanje (oblikovanje IKT podpornega okolja – spletna stran, izdelava logotipa in grafične podobe projekta, izvedba seminarjev in drugih strokovnih srečanj, preostale aktivnosti informiranja in obveščanja),
3. analiza stanja in primerjalni pravno-strokovni pregled dobrih praks v državah članicah EU (primerjalna analiza systemske ureditve v Sloveniji in izbranih članicah EU ter izbor dobrih praks),
4. oblikovanje predloga modela izvajanja poklicne rehabilitacije (študijski obisk v tujini pri relevantni instituciji, opredelitev procesa poklicne rehabilitacije kot dela celostne rehabilitacije, seminar za izbrane izvajalce medicine dela in izvajalce zaposlitvene rehabilitacije),
5. vzpostavitev dveh vstopnih informacijsko-koordinacijskih točk (VIK točk) in njuno operativno delovanje,
6. pilotno testiranje predlaganega modela v praksi,
7. evalvacija in oblikovanje predloga systemskih rešitev za poklicno rehabilitacijo (evalvacija projektnih aktivnosti, priprava nacionalnega poročila, priprava in izvedba zaključne konference).

### **4.3 CILJNE SKUPINE PROJEKTA**

**Ciljne skupine projekta** so v skladu z razpisno dokumentacijo (2020):

- zaposleni v bolniškem staležu, zlasti starejši od 45 let, ki imajo kompleksne zdravstvene težave in za katere se predvideva daljša odsotnost,
- delodajalci (javni in zasebni sektor),

- strokovnjaki,<sup>11</sup> zlasti specialisti MDPŠ, kar je glede na pilotni model pričakovano, in sicer so sodelovali:
  - izvajalci zaposlitvene rehabilitacije – 19 strokovnih delavcev, ki so zaposleni pri treh izvajalcih (URI Soča, Centerkontura, CRI Celje) ali pa z njimi sodelujejo, in sicer dva socialna delavca, trije delovni terapevti, pet psihologov, dva rehabilitacijska tehnologa, en klinični psiholog, en delovni terapevt in pravnik, en pedagog, en sociolog in rehabilitacijski tehnolog, en profesor likovne umetnosti in rehabilitacijski tehnolog ter lesni tehnik,
  - ZZZS, in sicer 18 strokovnih delavcev (dva sta sredi projekta nehala sodelovati zaradi menjave službe), med njimi pa po en specialist MDPŠ, psihiatrije, splošne in družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine ter epidemiologije, en zdravnik, 4 specialisti splošne medicine, 3 specialisti družinske medicine, 4 pravniki in en doktor ekonomske znanosti (direktor),
  - ZPIZ: 2 zdravnika specialista MDPŠ, predsednika invalidske komisije ZPIZ, in
  - 31 specialistov MDPŠ (eden je med projektom nehala sodelovati).
- strokovna javnost (zdravniki, specialisti MDPŠ in drugih specialnosti, izvajalci zaposlitvene rehabilitacije in drugi strokovni delavci s področja zaposlovanja invalidov in ravnanja z invalidnostmi).

---

11 V projektu sodelujoči strokovnjaki: specialisti MDPŠ, izvajalci zaposlitvene rehabilitacije, imenovani zdravniki ZZZS, izvedenci ZPIZ.

## 5 ANALIZA PILOTNEGA PROJEKTA

### 5.1 DINAMIKA VKLJUČEVANJA IN DEMOGRAFSKI PODATKI

#### 5.1.1 Dinamika vključevanja

V projekt ZPZR je bilo vključenih 100 zavarovancev – leta 2021 se jih je vključilo 77, od tega jih je 15 po prvi obravnavi odstopilo; leta 2022 se je vključilo 44 zavarovancev, po prvi obravnavi pa jih je 6 odstopilo. Dinamika vključevanja je bila v veliki meri ovirana. Razlogi za to so podrobneje opisani v poglavjih 5.2.1 *Začetek obravnave pri imenovanem zdravniku ZZS in na VIK točki* in 5.3 *Razprava*.

Pri testiranju novega modela smo se omejili na dve regiji, ljubljansko (za analizo podatkov smo upoštevali OE ZZS Ljubljana, Kranj, Krško in Novo mesto) in celjsko (za analizo podatkov smo upoštevali OE ZZS Celje in Maribor).

Tabela 1: Dinamika vključevanja zavarovancev

OE ZPIZ	2021		2022	
	Vključitev	Izstop	Vključitev	Izstop
LJ+KR+NM	32	5	18	5
KK	14	3	3	0
CE	17	6	19	1
MB	14	1	4	0
<b>Skupaj</b>	<b>77</b>	<b>15</b>	<b>44</b>	<b>6</b>
Skupaj vključitev	121			
Skupaj odstopov	21			

## 5.1.2 Podatki o zavarovancih, vključenih v projekt

**Spol:** V projekt ZPZR je bilo vključenih **več moških** kot žensk, in sicer 55 odstotkov moških, 45 odstotkov žensk. Razmerje je bilo enako v obeh regijah.

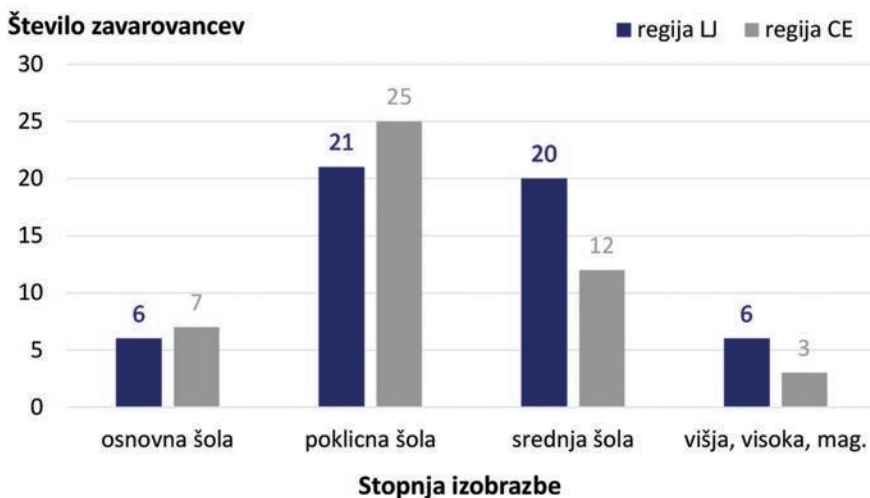
**Starost:** V *povprečju* so bili zavarovanci stari **43,6 leta** – povprečna starost v celjski regiji (42,9) je bila za malenkost nižja kot v ljubljanski (44,3).

*Najnižja starost* vključenega zavarovanca je bila 22 let, napoten je bil v ljubljanski regiji, najmlajši zavarovanec iz celjske regije je bil star 25 let. *Najvišja starost* je bila 58 let; najstarejši zavarovanec je bil prav tako v ljubljanski regiji, v celjski pa je bil najstarejši zavarovanec star 55 let.

Največ zavarovancev je bilo v starostni skupini **od 41 do 50 let** (46 zavarovancev). V tej skupini je število vključenih s starostjo naraščalo, po 50. letu pa je število ponovno upadalo, ne glede na regijo.

**Izobrazba:** 46 vključenih zavarovancev ali skoraj polovica je imelo dokončano **srednjo poklicno šolo** (različnih smeri/programov), je pa med regijama pri tem prihajalo do razlik: v celjski regiji je bilo med vsemi zavarovanci največ takih z dokončano poklicno šolo (25 oz. 53 %), v ljubljanski pa je bilo skoraj enako število tudi takih z dokončano srednjo šolo (20 oz. 37,7 %).

Slika 2: Izobrazbena struktura vključenih zavarovancev



Vključenih je bilo tudi 32 zavarovancev z dokončano srednjo šolo in 13 zavarovancev s končano osnovno šolo, zavarovancev z dokončano višjo stopnjo izobrazbe (višja, visoka, univerzitetna, magisterij) pa je bilo zelo malo (9).

Izobrazbena struktura prebivalcev Slovenije, starejših od 15 let, je bila na dan 1. 1. 2021 nekoliko drugačna (vir: <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/9263>; 18. 11. 2022) – končano osnovno šolo je imelo 19,8 odstotka prebivalcev, poklicno šolo le 21,0 odstotka, srednjo šolo 30,0 odstotka, višjo izobrazbo pa je imelo 24,5 odstotka prebivalcev.

**Kraj bivanja:** Velika večina zavarovancev (81) je bila iz krajev z manj kot 10.000 prebivalci, kar je skladno s poseljenostjo Slovenije – v krajih z do 10.000 prebivalci živi 69 odstotkov vseh prebivalcev. (Vir: <https://www.gov.si teme/mesta-in-urbana-obmocja-v-sloveniji/>). Iz večjih krajev jih je bilo le 19, od tega 11 iz Ljubljane, po trije iz Maribora in Celja in po en iz Kranja in Nove Gorice.

### 5.1.3 Delovna anamneza

**Delovna doba:** Povprečna delovna doba zavarovancev je bila **20,7 leta** (v ljubljanski regiji 21,2, v celjski regiji 20,1). Najkrajša je bila 1 leto, najdaljša pa 40 let, največ zavarovancev je imelo od 21 do 25 let delovne dobe (19), nato so bili zavarovanci s 16 do 20 leti delovne dobe (15) in tisti z 11 do 15 leti delovne dobe (14).

V pilotni projekt vključeni zavarovanci so na delovnem mestu opravljali različna dela, po Standardni klasifikaciji poklicev pa so se uvrščali v naslednje skupine poklicev:<sup>12</sup> 26 zavarovancev (po spolu: 3 Ž, 23 M) je bilo zaposlenih v poklicih za neindustrijski način dela, 17 zavarovancev (13 Ž, 4 M) v poklicih za storitve in prodajo, 17 (12 Ž, 5 M) jih je delalo v poklicih za preprosta dela.

Z nekoliko manjšim številom so sledili še: upravljavci strojev in naprav ter industrijski izdelovalci in sestavljavci (13 zavarovancev; 3 Ž, 10 M), uradniki (9 zavarovancev; 4 Ž, 5 M), kmetovalci, gozdarji, ribiči, lovci (2 zavarovanca; 2 M – oba gozdarja sekača) in zakonodajalci, visoki uradniki, menedžerji (3 zavarovanci; 1 Ž, 2 M).

---

<sup>12</sup> Za razvrstitev po poklicih smo uporabili Standardno klasifikacijo poklicev SKP.



Največ žensk (13 oz. 29 %) je bilo zaposlenih v poklicih za storitve in prodajo ter za preprosta dela (12 oz. 27 %), največ moških pa v poklicih za neindustrijski način dela (23 oz. 42 %).

Starejši podatki za Slovenijo (iz leta 2012) se v grobem ujemajo z našim razmerjem med poklici, v teh slovenskih so manj zastopani le predstavniki prve skupine (zakonodajalci, visoki uradniki, menedžerji), kar pa je razumljivo glede na izobrazbeno strukturo v pilotni projekt vključenih.

**Velikost podjetij, iz katerih prihajajo zavarovanci:** Zastopanost podjetij po velikosti je bila zelo enakomerna. Največ obravnavanih zavarovancev je bilo zaposlenih v velikih podjetjih, v slovenskem gospodarstvu pa je ravno obratno – v velikih podjetjih je zaposlena manjšina.

Tabela 2: Velikost podjetja, v katerem so bili zaposleni v projekt vključeni zavarovanci

Velikost podjetja <sup>13</sup>	Število zaposlenih	Število zavarovancev, vključenih v projekt ZPZR
mikro	0–10	21
majhno	11–50	16
srednje	51–250	26
veliko	nad 250	33

Za štiri zavarovance nismo pridobili podatka o številu zaposlenih v podjetju.

#### **5.1.4 Bolniški stalež in diagnoze po 10. izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10)**

Zavarovanci so bili ob vključitvi v projekt v bolniškem staležu v povprečju 10,5 meseca, pri tem pa je bil povprečni bolniški stalež v ljubljanski regiji (1 leto oz. 390 dni) nekoliko daljši kot v celjski (8 mesecev oz. 241 dni).

13 Za razvrstitev družb smo upoštevali kriterij po Zakonu o gospodarskih družbah ZGD-1, in sicer samo kriterij povprečnega števila zaposlenih (podatke smo pridobili na spletu), preostala dva kriterija (čisti prihodek od prodaje in vrednost aktive) za potrebe analize nista bila bistvena.

Tabela 3: Število zavarovancev glede na trajanje bolniškega staleža.

Trajanje BS* ob vključitvi	Št. zavarovancev		
	Regija LJ	Regija CE	skupaj
do 1 leto	29	38	67
1–2 leti	19	9	28
več kot 2 leti	5	0	5

\* BS = bolniški stalež

Po podatkih ZZS je v Sloveniji največ zaposlenih v bolniškem staležu do enega leta, enako kot v našem vzorcu.

Tabela 4: Število zavarovanih oseb (ZO) v Sloveniji glede na trajanje bolniškega staleža (2015, 2022)

	2015	2015, v %	2022	2022, v %
Št. vseh ZO v BS v breme OZZ	16.500	100	30.087	100
Št. ZO v BS nad 1 leto	4.200	25,4	8.500	28,3
Št. ZO v BS nad 3 leta	390	2,3	1.500	5
Št. ZO v BS nad 5 let	35	0,2	365	1,21

Vir: ZZS

**Razlogi za bolniški stalež po MKB-10 (diagnoze):** V statistiki obravnav smo spremljali glavne in spremljevalne diagnoze po Mednarodni klasifikaciji bolezni. Upoštevali smo jih po poglavjih te klasifikacije.

Najpogostejši razlog za bolniški stalež so bile bolezni mišično-skeletnega sistema – tako diagnozo je imelo 47 vključenih zavarovancev: 15 zavarovancev je bilo v bolniškem staležu zaradi okvare medvretenčne ploščice lumbalne ali katerega drugih delov hrbtenice (M51.1). 19 zavarovancev je bilo v bolniškem staležu zaradi poškodb, in sicer jih je imelo 15 poškodovan zgornji ud (T92). 9 zavarovancev je bilo v bolniškem staležu zaradi bolezni srca in ožilja. Razporeditev razlogov za bolniški stalež pa je praktično enaka, kot velja za celotno Slovenijo.

Tabela 5: Diagnoze po MKB-10 v pilotni projekt vključenih zavarovancev in delež bolniškega staleža po MKB-10 v Sloveniji za leto 2021

Skupine MKB-10	Regija LJ	Regija CE	Skupaj	Primeri SLO	% BS SLO	R
<b>SKUPAJ</b>				<b>1.061.760</b>	<b>5,26</b>	<b>16,81</b>
I Nekatero infektivne in parazitarne bolezni (A00–B99)	1	0	1	296.015	0,77	8,86
II Neoplazme (C00–D48)	3	3	6	10.769	0,34	107,03
III Bolezni krvi in krvotvornih organov (D50–D89)				1.268	0,01	30,95
IV Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00–E90)				3.860	0,03	30,03
V Duševne in vedenjske motnje (F00–F99)	4	3	7	20.179	0,36	60,35
VI Bolezni živčevja (G00–G99)	4	4	8	11.782	0,13	37,13
VII Bolezni očesa in adneksov (H00–H59)				7.732	0,04	16,84
VIII Bolezni ušesa in mastoida (H60–H59)				4.972	0,02	11,81

IX Bolezni obtočil (I00–I99)	5	4	9	12.701	0,22	58,94
X Bolezni dihal (J00–J99)	1	0	1	51.957	0,15	9,69
XI Bolezni prebavil (K00–K93)	1	0	1	38.751	0,14	11,86
XII Bolezni kože in podkožja (L00–L99)				10.353	0,05	16,97
XIII Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00–M99)	20	27	47	88.738	1,12	42,81
XIV Bolezni sečil in spolovil (N00–N99)				18.120	0,09	16,30
XV Nosečnost, porod in poporodno obdobje (O00–O99)				12.019	0,22	63,30
XVII Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti (Q00–Q99)				505	0,01	53,38

XVIII Simptomi, znaki in nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugam (R00–R99)	0	1	1	75.980	0,21	9,49
XIX_A Poškodbe in zastrupitve pri delu in izven dela (S00–T98)*	14	5	19	69.793	1	97
XXI Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo (Z00–Z99)				155.264	0,23	5,09
XXII Kode za posebne namene (U00–U99)				4.948	0,02	11,06
Nega družinskega člana				162.858	0,24	5,01
Neznano				3.196	-	-

Vir: NIJZ, Podatkovni portal, 07 Bolniški stalež

\* Poškodbe in zastrupitve pri delu – 12.511, izven dela – 57.282

Če primerjamo odsotnosti z dela v splošni populaciji in v našem vzorcu, vidimo, da je zaporedje diagnoz na prvih dveh mestih enako. Bolezni mišično-skeletnega sistema in poškodbe (pri delu in izven dela) so v pilotnem projektu predstavljale 56 odstotkov vključenih, v celotnem naboru primerov bolniškega staleža pa 14,4 odstotka primerov. So pa te diagnoze po resnosti, to je po trajanju ene odsotnosti z dela, med najpomembnejšimi.

## 5.2 POTEK PROCESA VRAČANJA NA DELO

### 5.2.1 Začetek obravnave pri imenovanem zdravniku ZZS in na VIK točki

V procesu vključevanja v projekt so imeli začetno vlogo imenovani zdravniki ZZS, ki so zavarovance pozivali k vključitvi v projekt s posebej oblikovanim vabilom. V dokaz privolitve so morali zavarovanci podpisati soglasje, s tem pa so dovolili tudi posredovanje svojih podatkov vodstvu projekta in strokovnim delavcem na VIK točkah.

Povprečni čas med podpisom soglasja, kar je urejal imenovani zdravnik ZZS, in prvo obravnavo na VIK točki je bil **31 dni** (regija LJ – 37 dni, regija CE – 24 dni).

Po obravnavi na VIK točki in podpisu dogovora z zavarovancem so strokovni delavci navezali stik z njegovim delodajalcem, ga povabili k sodelovanju in se pozanimali o izvajalcu medicine dela.

Po prvi obravnavi na VIK točki 21 zavarovancev ni nadaljevalo procesa vključevanja. Razlogi so bili različni:

- nemotiviranost, lastno dogovarjanje z delodajalcem (8 primerov),
- zdravstvene težave (3 primeri),
- nesodelovanje delodajalca (2 primera),
- zadeva že v postopku na invalidski komisiji ZPIZ (2 primera),
- z vključitvijo se ni strinjal izvajalec medicine dela pri delodajalcu (2 primera),
- prevelika oddaljenost in s tem povezani veliki potni stroški (1 primer),
- vračanje na delo že urejeno (1 primer),
- vključenost že v druge programe poklicne rehabilitacije (1 primer),
- odprtje s. p. (1 primer).

### 5.2.2 Obravnava pri specialistu MDPŠ in strokovnem timu

Med prvo obravnavo na VIK točki in pregledom pri specialistu MDPŠ je poteklo povprečno **64 dni** (v ljubljanski regiji 67 dni, v celjski 61 dni).

Največ zavarovancev je čakalo na obravnavo od 41 do 50 dni ali v povprečju 46 dni (16 zavarovancev) oziroma od 31 do 40 dni ali v povprečju 36 dni (15 zavarovancev).

Pri tem moramo omeniti, da smo imeli pri vključevanju specialistov MDPŠ v projekt velike težave, saj smo bili primorani pri kar 57 zavarovancih vključiti »nadomestne« specialiste MDPŠ, kar pomeni, da je bilo več kot pol vključenih zavarovancev obravnavanih pri nadomestnem zdravniku. V pilotnem projektu ZPZR je sodelovalo 26 specialistov MDPŠ, izvajalcev medicine dela pri delodajalcu zavarovanca (za 43 zavarovancev), in nadomestni specialisti MDPŠ (za 37 zavarovancev), 4 specialisti MDPŠ pa so delovali kot nadomestni zdravniki, in to v primerih, ko zavarovančevega primera ni prevzel izvajalec medicine dela pri njegovem delodajalcu (20 zavarovancev).

Specialiste MDPŠ in člane strokovnih timov izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije smo pozvali, naj beležijo število ur, ki so jih porabili za svoje delo z zavarovanci in za zavarovance (delo z delodajalci, timski sestanki, priprava dokumentacije in ogledi delovnih mest). Rezultati o porabi ur se zelo razlikujejo – število ur je močno variiralo tako pri različnih strokovnjakih kot zaradi različne sestave timov, tako da je bilo iz teh poročil težko ustvariti realno sliko.

Specialisti MDPŠ so poročali, da so za delo z zavarovancem potrebovali od 1,5 do 12 ur, povprečje in mediana sta 5 ur. Psihologi so za delo z zavarovancem porabili v povprečju 2,7 ure, mediana je 3 ure. Tudi delovni terapevti so navajali velik razpon, od 1 do 12 ur, povprečje je 3,2 ure, mediana pa 4 ure. Socialni delavci so poročali o eni do največ 5 ur, povprečje je 2,5 ure, mediana pa 3 ure. V nekaterih timih je bil v ocenjevanje funkcionalne zmogljivosti vključen tudi rehabilitacijski tehnolog (preizkus v delavnicah), v povprečju je bila 6-urna obravnavna.

Za sodelovanje z delodajalcem in ogled delovnega mesta so posamezni člani tima porabili povprečno dodatne 4 ure. Člani timov so precej visoko ocenili porabljene ure za timske sestanke – verjetno je zahtevala veliko časa predvsem koordinacija, saj je šlo za priložnostno, še ne utečeno sodelovanje med zdravniki SMDPŠ in strokovnimi delavci izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije.

Ocenjena skupna poraba na eno obravnavo je torej blizu 40 ur, razpon je bil od 13 do 62 ur. Pri tem je treba ločevati ure za oceno, ki so lahko dokaj

stabilne, dodatne ure za preizkus v delavnicah in ure za delo z delodajalci in na terenu, ki morajo biti bolj fleksibilne. Tako veliko število ur je verjetno tudi odraz tega, da gre za nov način sodelovanja različnih strokovnjakov. Menimo, da je postopek mogoče optimizirati.

### 5.2.3 Sodelovanje delodajalcev

Vključeni so bili delodajalci vseh 100 vključenih zavarovancev, saj je bilo njihovo aktivno sodelovanje sploh pogoj za vključitev zavarovanca. Če je delodajalec sodelovanje zavrnil, se zavarovanec ni mogel vključiti v projekt.

Preko zavarovancev je bilo tako v projekt vključenih 89 različnih delodajalcev/podjetji, kajti iz podjetij, kot so Tuš, Pošta, Gorenje, SŽ, Fragmat tim, Profagus in Unior, je bilo vključenih po več zavarovancev.

### 5.2.4 Izidi iz pilotnega projekta

Prvi primer smo zaključili marca 2021, zadnje primere pa decembra 2022.

Tabela 6: Izidi iz projekta ZPZR

Izid/Nadaljevanje poklicne poti	Število zavarovancev
Postopno vračanje na delo <i>brez predstavitve na IK ZPIZ in <u>brez PR</u></i>	25
Postopno vračanje na delo <i>s predstavitvijo na IK ZPIZ <u>brez PR</u></i>	16
Postopno vračanje na delo <i>s predstavitvijo na IK ZPIZ <u>s PR</u></i>	8
Predstavitvev na IK ZPIZ za pridobitev kategorije invalidnosti, <i>brez postopnega vračanja na delo in <u>brez PR</u></i>	20
Predstavitvev na IK ZPIZ za pridobitev kategorije invalidnosti, <i>brez postopnega vračanja na delo, <u>s PR</u></i>	22
Drugo	9

\* IK ZPIZ – invalidska komisija ZPIZ



Iz zbranih podatkov lahko ugotovimo, da se je ob ustrezni strokovni podpori in ob sodelovanju zavarovanca in delodajalca v delovni proces vrnilo 25 vključenih zavarovancev in da pri njih predstavitev na invalidski komisiji ZPIZ ni bila potrebna.

Trideset vključenih zavarovancev je bilo takoj po zaključeni obravnavi v timu poslanih na invalidsko komisijo ZPIZ, s predlogom za poklicno rehabilitacijo. Osem se jih je že začelo vračati na delo, a je bilo ugotovljeno, da bodo za uspešno vračanje potrebovali določene pravice, ki jih daje poklicna rehabilitacija po ZPIZ-2, pri 22 zavarovancih pa vračanje na delo brez predhodne poklicne rehabilitacije ni bilo izvedljivo.

Osemintrideset vključenih zavarovancev je bilo predstavljenih na invalidski komisiji ZPIZ; šestnajst se jih je sicer poskušalo vrniti na staro delovno mesto, ker pa je bilo v procesu obravnave ugotovljeno, da potrebujejo pri delu trajne razbremenitve, so morali najprej pridobiti status invalidne osebe, da jim je delodajalec lahko ponudil premestitev na ustrezno delovno mesto in drugo pogodbo o zaposlitvi.

Za dvaindvajset zavarovancev vračanje na delo ni bilo mogoče, saj je bilo ocenjeno, da delodajalec zanje nima ustreznega delovnega mesta. Predstavljeni so bili na invalidski komisiji ZPIZ, da so tako pridobili status delovnega invalida in pravico do drugega delovnega mesta pri istem delodajalcu oziroma da je bil sprožen postopek za odpoved delovnega razmerja iz poslovnih razlogov.

V devetih primerih je bila dogovorjena drugačna rešitev (zaposlitev pri drugem delodajalcu, drugo delovno mesto pri istem delodajalcu, dokončanje zdravljenja, samostojno iskanje nove zaposlitve, vključitev v program zaposlitvene rehabilitacije), pri enem zavarovancu pa je šlo za odstop primera imenovanemu zdravniku ZZS v nadaljnjo presojo in odločanje, ker zavarovanec ni želel sprejeti nobene predlagane možnosti.

### **5.2.5 Korelacija med demografskimi podatki in izidi iz pilotnega projekta**

S statistično analizo (dvosmernimi povezavami in logističnim regresijskim modelom) smo želeli ugotoviti, ali so demografski podatki /podatki o zavarovancih povezani z izidom obravnave.

Spol zavarovancev se ni pokazal kot povezan z izidom. Tudi starost je bila le šibko povezana z izidom (na meji statistične značilnosti).

Ugotovili pa smo statistično značilno povezavo med izidom obravnave in stopnjo izobrazbe, in sicer je **popolna vrnitev v delovni proces po postopnem vračanju na delo s stopnjo izobrazbe naraščala**.

Statistično značilne povezave izida obravnave z delovnim mestom, velikostjo podjetja, trajanjem bolniške odsotnosti ob vstopu v sistem ali diagnozo nismo ugotovili, je pa bil vzorec za tovrstne analize tako majhen, da je mogoče, da bi bil z večjim številom obravnavanih primerov lahko izpostavljen še kak dejavnik, ki vpliva na izid obravnave.

## 5.2.6 Stanje zavarovancev po pilotnem projektu

Zanimalo nas je predvsem trenutno stanje zavarovancev, potem ko se je njihova vključenost v projekt končala. Oktobra 2022 smo izbranim osebnim zdravnikom zato poslali vprašalnike za 98 vključenih zavarovancev (za dva vprašalnikov nismo pošiljali, ker sta bila še vključena v timske obravnave). Do 1. decembra 2022 smo prejeli 92 izpolnjenih vprašalnikov; 6 vprašalnikov ni bilo vrnjenih, a smo za 4 od njih sami dopolnili podatke, saj smo bili seznanjeni s statusom teh zavarovancev, to je s podatkom o bolniškem staležu.

Od 96 zavarovancev, za katere smo imeli podatke, jih je bilo konec oktobra 2022 v bolniškem staležu 60, od tega 50 zaradi iste diagnoze, zaradi katere so bili vključeni v projekt, 10 jih je bilo v bolniškem staležu zaradi druge diagnoze; v vseh teh primerih pa je šlo za krajši bolniški stalež (do 30 dni).

Tabela 7: Stanje zavarovancev po koncu vključenosti v projekt ZPZR

Regija	Še vedno v bolniškem staležu		Ponovno v bolniškem staležu
	NE	DA	
LJ	23	28	7
CE	13	32	3
Skupaj	36	60	10 (od 60)

Podrobnejši pregled podatkov pokaže, da je bilo nekaj zavarovancev še vedno v postopku obravnave in da zanje še nismo izdali predlogov za nadaljnje postopke (9 v ljubljanski regiji in 4 v celjski). Nekaj jih je bilo še vedno v postopku obravnave na invalidski komisiji ZPIZ (v celjski regiji 13, v ljubljanski 5), nekaj se jih je vračalo na delo iz bolniškega staleža (v celjski regiji 4, v ljubljanski 2). Nekaj jih je že prejelo pravnomočno odločbo invalidske komisije ZPIZ, a so bili še vedno v bolniškem staležu (3 v celjski regiji), nekaj jih je od invalidske komisije ZPIZ dobilo mnenje, da pri njih ni invalidnosti (v celjski regiji 1, v ljubljanski 4), in so bili še naprej v bolniškem staležu, nekaj zavarovancev pa je nadaljevalo zdravljenje (6 v celjski regiji in 5 v ljubljanski). **Take razlike med izidi kažejo na potrebo po nadaljnjem spremljanju zavarovancev in po njihovem usmerjanju v ustrezne rešitve tudi po zaključku prve obravnave, če njihov zaposlitveni status še ni urejen.**

## 5.3 RAZPRAVA

### *Podatki o vključenih zavarovancih*

V našem naključno izbranem vzorcu, za katerega so imeli imenovani zdravniki ZZZS priporočene kriterije za izbor, nam je kljub vsem težavam pri tem uspelo obravnavati dokaj značilno strukturo zavarovancev v dolgotrajnem bolniškem staležu.

Do težav je prihajalo zato, ker so imenovani zdravniki ZZZS vzpostavili prvi stik z zavarovanci pisno, z vabilom, poslanim po pošti, ali po telefonu, saj so bili osebni stiki takrat zaradi COVID-19 prepovedani. Posledica takega »neosebnega« stika pa je bila manjša motiviranost zavarovancev za sodelovanje pri projektu – upoštevati je treba, da gre za popolnoma nov, še neznan način dela z osebami v bolniškem staležu in da je za aktivacijo zavarovancev, za njihovo motiviranje za vključitev prva predstavitev zato ključnega pomena.

Vključenih je bilo nekaj več moških kot žensk, vendar multivariantna analiza ni dokazala statistično značilne povezanosti spola z izidom obravnave. Informacija pa je zelo zanimiva v smislu spolne strukture primerov bolniškega staleža v Sloveniji. Iz teh podatkov lahko razberemo, da je bil delež moških v bolniškem staležu od leta 2010 do leta 2021 okrog 40 odstotkov, ob tem pa je bila (ena) bolniška odsotnost v vseh opazovanih letih pri moških daljša. Leta 2010 je bilo tako trajanje ene odsotnosti z dela povprečno

17,6 dneva, pri moških pa 20,9 dneva, leta 2021 povprečno 16,8 dneva in pri moških 18,9 dneva.

Vključeni zavarovanci so bili nekoliko mlajši, kot je slovensko povprečje, saj so imeli pri vključevanju v projekt prednost tisti, pri katerih so imenovani zdravniki ZZS zaznavali večji potencial za vračanje na delo.

Izobrazbena struktura vključenih zavarovancev je bila drugačna, kot je v populaciji naše države – manj je bilo oseb s končano osnovno šolo in bistveno manj tistih z višjo ali visoko izobrazbo, to pa je ponovno mogoče pojasniti z načrtno selekcijo zavarovancev (to je s strokovno podporo v procesu vračanja na delo).

Glede podatka o delovni dobi je treba upoštevati, da je v projektu šlo za zavarovance, ki so v povprečju na sredini poklicne poti (67 jih je imelo do 25 let delovne dobe), in je zanje še posebej pomembno, da se najde ustrezna pot za vrnitev v delovni proces.

Zastopanost poklicev je bila v našem vzorcu zelo podobna tisti v splošni populaciji v naši državi. Manj je bilo zaposlenih iz vrst zakonodajalcev, visokih uradnikov in menedžerjev, je pa to glede na v projektu prevladujoče diagnoze in glede na obremenitve na teh delovnih mestih razumljivo.

Dolžina bolniškega staleža je bila ob vključitvi v projekt v poprečju nekaj več kot 10 mesecev. Zanimivo pa je, da dolžina bolniškega staleža ob vključitvi v projekt na izid obravnave ni vplivala, saj so bili načini vračanja v delovni proces med vključenimi zavarovanci enakomerno razporejeni, ne glede na dolžino njihovega bolniškega staleža.

V skladu z značilnostmi bolniškega staleža v Sloveniji prevladujejo tudi pri projektu med diagnozami na prvih dveh mestih bolezní kostno-mišičnega sistema in poškodbe. Če pa gledamo resnost (povprečno trajanje posamezne odsotnosti z dela zaradi diagnoze), prevladujejo tudi nasploh v Sloveniji ravno te diagnoze, ki smo jih obravnavali v projektu. Na podlagi primerjave po diagnozah lahko ugotavljamo, da smo v pilotni projekt vključili zavarovance z diagnozami, ki so tudi sicer glavni generator dolgotrajnega bolniškega staleža.

### **Proces**

Že ob izvajanju aktivnosti v pilotnem projektu smo ugotavljali, da proces ne teče dovolj hitro in da ne teče gladko, kar smo prvenstveno želeli doseči

z intervencijo strokovnega tima. Na ovire in težave smo naleteli v vseh fazah projekta, in tako je na vseh teh točkah še veliko možnosti za izboljšave.

Zaradi vabljenja na daljavo in podajanja soglasja za sodelovanje v projektu po pošti se je izredno podaljšala prva faza obravnave, ki jo je izvajal imenovani zdravnik ZZS. Veliko lažje bi bilo ob osebnem prvem stiku z zavarovancem, saj bi bilo tako takrat tudi že podpisano soglasje za sodelovanje, s katerim smo dobili pravico za obravnavo podatkov.

Med izbiro zavarovancev na ZZS in prvo obravnavo na VIK točki je poteklo v povprečju 31 dni. To kaže na nujnost, da bi bili strokovni delavci, ki bi se ukvarjali s primeri dolgotrajne odsotnosti z dela, bolj neposredno povezani z imenovanim zdravnikom ZZS.

Tudi to, da so imeli strokovni delavci med našim projektom sedež na ZPIZ, je prav gotovo podaljševalo proces vračanja zavarovancev na delo, hkrati pa je pri njih zbuvalo vtis, da je obravnava povezana s takojšnjo predstavitvijo na invalidski komisiji, in se tudi zato niso želeli vključiti v projekt.

Razlogi za zavračanje sodelovanja v projektu, ki so se jasno pokazali ob prvi obravnavi na VIK točki in ki so bili prav gotovo tudi poglavitni razlog, da se je na vabila imenovanih zdravnikov ZZS odzvalo sorazmerno malo zavarovancev, so logični. Sicer pa se tudi v Nemčiji, kjer je vključevanje v postopno vračanje na delo prostovoljno, v te procese in postopke vključi le 25 odstotkov zavarovancev z dolgotrajno odsotnostjo z dela. Številne študije in naše izkušnje iz zaposlitvene rehabilitacije tako kažejo, da je treba posvetiti posebno pozornost predvsem motiviranju zavarovancev za vračanje na delo.

Drugi razlog za odlaganje udeležbe v projektu so čakalne dobe v zdravstvu. Kar nekaj zavarovancev je zavračalo aktivnosti, povezane z vračanjem na delo, ker so želeli prej opraviti ustrezen pregled in/ali poseg. Pri tem je treba izpostaviti, da zahtevajo določeni operativni posegi, posebej s področja kostno-mišičnega sistema, tudi trajne razbremenitve na delovnem mestu, in da je zato treba o razbremenitvah na delovnem mestu razmišljati čim prej, zato bi morala biti vključitev v poklicno rehabilitacijo kot pravico iz ZPIZ-2 dovoljena še v času zdravljenja.

Veliko težav in dodatnih aktivnosti je povzročalo različno vodenje bolniškega staleža med vključenostjo zavarovancev v projekt. »Razvila« sta se namreč dva modela oz. načina: (1) bolniški stalež je ves čas vključenosti

v projekt vodil isti imenovani zdravnik ZZS, ki je zavarovanca že napotil v projekt, in (2) napotni imenovani zdravnik ZZS v nadaljevanju ni sodeloval pri vodenju bolniškega staleža, v aktivnosti pa se je ponovno vključil ob zaključevanju procesa (timski sestanek med ZZS in ZPIZ). V takih primerih je o zavarovančevem bolniškem staležu med vključenostjo v proces odločal naključni imenovani zdravnik ZZS, to je tisti, ki je prejel dokumentacijo za podaljšanje/zaključevanje bolniškega staleža, o projektu oziroma pilotnem modelu vračanja na delo pa ni imel ustreznih informacij. Zato se je pogosto dogajalo, da so taki naključni imenovani zdravniki ZZS zavarovancem bolniški stalež zaključili že sredi procesa vračanja na delo ali pa so ga podaljševali po lastni presoji, brez upoštevanja strokovnega mnenja z obravnav v projektu. Tako vodenje bolniškega staleža je povzročalo veliko dodatnega administrativnega dela in komunikacije z zavarovancem, strokovnimi delavci projekta, izbranimi osebnimi zdravniki in imenovanimi zdravniki ZZS in je negativno vplivalo na motivacijo vseh, tudi delodajalcev. V primerih, ko je bolniški stalež vključenega zavarovanca ves čas vodil napotni imenovani zdravnik ZZS, pa do teh težav ni prihajalo, saj je bilo tako možno sprotno dogovarjanje in strokovno posvetovanje.

Obravnave v projektu je podaljševalo tudi pridobivanje za sodelovanje pripravljenih izvajalcev medicine dela, ki so pri delodajalcu odgovorni za naloge varovanja zdravja pri delu. Vodstvo projekta je s specialisti MDPŠ, potencialnimi sodelavci v timu, opravilo individualne razgovore, jim razložilo namen in vsebino projekta in procesa ter njihovo vlogo pri tem, v nadaljevanju pa je s sodelavci pripravilo za specialiste MDPŠ tudi kar nekaj predavanj o njihovi vlogi v procesu vračanja na delo. Večina specialistov MDPŠ je zatrjevala, da so jim procesi vračanja na delo znani, a da zaradi drugih obveznosti, ki jim jih nalaga Zakon o varnosti in zdravju pri delu, pri tem ne morejo sodelovati. Tako smo morali poiskati »nadomestne« zdravnike specialiste MDPŠ, ki so nato obravnavali 57 od 100 zavarovancev. Tako stanje jasno kaže, da v strokovnem okolju medicine dela, prometa in športa ni veliko zanimanja za sodelovanje v procesih vračanja na delo in poklicne rehabilitacije, in to zato, ker ta aktivnost pri njihovih naročnikih (delodajalcih) ni prepoznana kot pomembna in učinkovita. Stanje bo mogoče urediti le s spremembo ustrezne zakonodaje.

Poglobljena analiza pa kljub temu ni pokazala statistično pomembne povezave med odlašanjem z odločitvijo za obravnavo pri specialistu MDPŠ in končnim izidom obravnave v projektu.

Sodelovanje z delodajalci je bilo lažje, ker je bila večina zavarovancev, vključenih v naš projekt, iz srednje velikih in velikih podjetij, saj so v njih praviloma imeli na razpolago službe, ki so se lahko vključevale v aktivnosti projekta. Dobre izkušnje smo imeli tudi z manjšimi delodajalci, nekaj več zapletov pa je bilo pri samostojnih podjetnikih.

## **Rezultati**

Kljub številnim organizacijskim zapletom v procesu našega projekta vračanja na delo smo lahko z izidi obravnave na načelni ravni zadovoljni, nekaj več nezadovoljstva pa je po pregledu realnega statusa zavarovancev septembra 2022.

Po obravnavi pri specialistu MDPŠ in v timu izvajalca zaposlitvene rehabilitacije in ob aktivnem sodelovanju delodajalca se je 25 zavarovancev postopno (z večanjem števila ur prisotnosti v delovnem procesu) vrnilo na svoje delovno mesto, saj njihove okvare zdravja niso bile trajne oziroma niso imele večjega vpliva na potek dela. Rečemo lahko, da je to najbolj zaželen izid naših obravnave. **Poglobljena statistična analiza pa je pokazala povezavo tega izida tudi s stopnjo izobrazbe.** To pomeni, da je bil ta izid pri bolj izobraženih zavarovancih bolj verjeten oziroma da višja izobrazba zavarovanca povečuje možnost, da se bo ta, ko zboli, po boleznih vrnil v delovni proces in bo ohranil zaposlitev.

Glavni razlog za pobudo Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti za naš pilotni projekt in s tem njegov osnovni cilj je bil, spodbuditi zavarovance k vključevanju v poklicno rehabilitacijo kot pravico po ZPIZ-2. S projektom bi morali doseči, da bi se v poklicno rehabilitacijo vključilo čim več zavarovancev z dolgotrajno odsotnostjo z dela in s trajnimi okvarami zdravja. Kljub cilju, doseči hitrejšo obravnavo, ocenjevalni proces in predstavitev možnih rešitev, ki jih poklicna rehabilitacija v tej obliki pomeni, se dobro znanim oviram in težavam nismo mogli izogniti, kajti pilotni projekt smo izvajali v okviru sedaj veljavne zakonodaje. Uspelo pa nam je 30 zavarovancev usmeriti v poklicno rehabilitacijo (pravico po ZPIZ-2), kar je zelo dober rezultat. Če ga namreč preslikamo na 8.500 slovenskih

zavarovancev, ki so zaradi bolezni ali poškodbe odsotni z dela več kot eno leto, bi ZPIZ po analogiji tako letno obravnaval 2.550 zavarovancev, kar je občutno več, kot jih je bilo v obravnavi v letu 2022 (392). Tako izračunana številka obravnav pa bi se lahko primerjala s številom obravnav na Finskem, kjer je v izkoriščanje te pravice na njihovem ZPIZ vključenih 0,5 odstotka zaposlenih. V slovenskem merilu bi to pomenilo približno 4.400 obravnav.

Šestintrideset vključenih zavarovancev je bilo predstavljenih na invalidski komisiji ZPIZ za pridobitev kategorije invalidnosti; dvajsetim od teh delodajalec ni mogel oziroma zaradi organizacije procesov ni želel ponuditi možnosti postopnega vračanja na delo na prilagojenem delovnem mestu. Poudariti pa je treba, da mora po zdaj veljavni zakonodaji delodajalec delavcu, če ga premešči na drugo delovno mesto, ponuditi tudi drugo pogodbo o zaposlitvi. Delodajalci, ki so sodelovali v projektu in so takemu zaposlenemu omogočali delo na prilagojenem delovnem mestu brez ocene invalidnosti, so tako delovali izven predpisanih okvirov, zato so na te preskuse pristajali le, če spremembe niso bile prevelike oziroma če jim je to dopuščala sistemizacija. Prav zato bi bilo treba zakonodajo tudi na tem področju spremeniti, tako da bi lahko bil zavarovanec v procesu vračanja na delo premeščen na drugo, ustrenejše delo in bi se na tem delovnem mestu ugotavljalo, katere prilagoditve so še potrebne zanj. Tako bi se izognili situacijam, ko začne delodajalec iskati za zavarovanca ustrezno delovno mesto šele po pravnomočnosti odločbe ZPIZ, kar pa ta proces običajno precej podaljša in zaplete.

V primerih, ko se v postopku obravnave ugotovi, da delodajalec ne bo imel ustreznega delovnega mesta, bi morala biti možnost, da se v okviru procesa vračanja na delo realno išče drugega delodajalca, ki bi imel zanj ustrenejše delovno mesto.

Med izidi obravnave pa imajo posebno mesto zavarovanci, ki se niso strinjali z nobenim od predlogov tima. Nekaj v projekt vključenih zavarovancev je med obravnavo izgubilo zaposlitev ali pa so želeli sami poiskati drugo zaposlitev – v teh primerih zavarovanci niso želeli oziroma niso potrebovali nadaljnjega spremljanja, čeprav bi bilo tudi katerega od njih gotovo mogoče uspešno voditi skozi proces, če bi bil program vračanja na delo tesno povezan tudi s programi, ki potekajo na ZRSZ.



## **Končno stanje**

Ko smo septembra 2022, skoraj 2 leti po prvih vključitvah v projekt, pregledovali podatke, pridobljene z anketo pri izbranih osebnih zdravnikih zavarovancev, smo ugotovili, da je polovica teh zavarovancev še vedno v bolniškem staležu. Na prvi pogled je to zelo slab rezultat. Glavni razlog je v tem, da so bile vključitve v projekt pri imenovanih zdravnikih ZZS od začetka leta 2022 močno ovirane in upočasnjene, ker je bilo treba spremeniti kriterije za vključitev (starost zavarovanca, način obravnave na invalidski komisiji ZPIZ), in so bili postopki zato vedno bolj dolgotrajni. Prav zato smo imeli konec leta 2022 še vedno 15 zavarovancev v obravnavi in so bili ti tudi zato še vedno v bolniškem staležu, 12 zavarovancev pa je zaradi dolgotrajnosti postopkov še vedno čakalo na obravnavo na invalidski komisiji ZPIZ.

Zanimivo je tudi, da je bilo še vedno v bolniškem staležu tudi kar nekaj (3) zavarovancev, ki so že prejeli odločbo invalidske komisije ZPIZ, kar pa naj bi bilo po veljavni zakonodaji nemogoče. V primeru postopka za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije so se ponovne obravnave pri izvajalcih zaposlitvene rehabilitacije po nepotrebnem zapletale. Vse to pa je potek obravnave, seveda, podaljševalo.

Zaključki analize pilotnega projekta so opisani v poglavju 8 – *Zaključne ugotovitve projekta ZPZR*.

## **5.4 PREDSTAVITEV NEKATERIH PRIMEROV OBRAVNAVE**

### ***Vključevanje zavarovancev***

#### **Prvi primer**

V obravnavo pri specialistu MDPŠ je bil vključen zavarovanec, zaposlen v proizvodnji, z ugotovljenimi težavami v duševnem zdravju. Zdravnik je ugotavljal večje okvare zdravja, ugotavljal pa je tudi, da je zavarovanec opustil ustrezno terapijo. Zavarovanec se je odločil, da noče biti več v bolniškem staležu, hkrati pa ni želel delati s skrajšanim delovnim časom, saj bi ga v tem primeru premestili na slabše plačano delovno mesto. Zavrnil je tudi obravnavo v timu in tudi pomoč in podporo.

Izvajalec medicine dela je sprejel odločitev, naj se zavarovanec vrne na delo, kajti prognoza bolezni zaradi zavarovančeve opustitve terapije in

osebnostne strukture ter kratkotrajnosti bolezni (manj kot 1 leto) ni bila jasna. Specialisti psihiatri poudarjajo, da je treba pacientom, ki se počutijo zmožne za delo, to tudi omogočiti.

*Razprava:* V tem primeru bi bilo smiselno, da bi se zavarovanca na delovnem mestu spremljalo in bi se v primeru poslabšanja njegovega zdravstvenega stanja dogovorilo za takojšnjo obravnavo v timu.

## **Proces**

### ***Drugi primer***

39-letni gozdar sekač je v nezgodi pri delu januarja 2020 utrpel poškodbo glave in levega zgornjega uda. Zlom leve podlahti je bil zdravljen operativno, kasneje pa so ugotavljali še aksonsko okvaro ulnarnega in radialnega živca. Po fizioterapiji je lepo napredoval in dodatne preiskave okvare živcev niso več pokazale. V projekt je bil vključen marca 2021 in želel si je postopnega vračanja na delo do polne obremenitve brez omejitev, želel pa je tudi, da se mu prej odstrani osteosintetski material. Čeprav je velikokrat interveniral, ni dobil datuma za poseg, v tem času pa mu je imenovani zdravnik ZZS v skladu s priporočilom timske obravnave večkrat zaključil bolniški stalež, in tako so bile potrebne številne intervencije in usklajevanja. Do januarja 2022 zanj začetek vračanja na delo ni bil mogoč, saj zdravljenje še ni bilo zaključeno. Ob kontroli pri izvajalcu medicine dela januarja 2022 pa je zavarovanec izjavil, da ne želi obravnave na invalidski komisiji in da si že išče drugega delodajalca. In ni si želel dela z omejitvami, kar pa ni bilo v skladu z mnenjem tima.

Z anketo septembra 2022 je bilo ugotovljeno, da je še vedno v bolniškem staležu.

*Razprava:* Čeprav je zavarovanec že ob obravnavi marca 2021, dobro leto po nezgodi, izkazoval željo po vrnitvi na delovno mesto in je tim ugotavljal, da pri njegovi funkcionalni zmogljivosti ni večjih odstopanj, se je to vračanje na delo podaljšalo še za več kot eno leto.

Razlogov je bilo več: zavarovanec je več kot 6 mesecev čakal na manjši poseg, po tem posegu pa se ni več želel vrniti na staro delovno mesto, temveč si išče novega delodajalca. V tem procesu mu je imenovani zdravnik ZZS večkrat zaključil bolniški stalež, vendar s tem procesa vračanja na delo ni

pospešil, pač pa je prav zato prihajalo do številnih intervencij zavarovanca, ker je želel ta pred vrnitvijo na delo opraviti poseg. Zavarovanec tudi ni želel predstavitve na invalidski komisiji ZPIZ, ni se odločil za poklicno rehabilitacijo in ni izkazoval potencialov za prekvalifikacijo.

Ob tem je treba opozoriti na dejstvo, da traja v Sloveniji posamezna odsotnost z dela zaradi poškodb izven dela povprečno 36,8 dneva, zaradi poškodb pri delu pa kar 60,5 dneva.

## **Izid**

### Tretji primer

45-letna prodajalka, ki ima od leta 2019 težave s hrbtenico, je bila avgusta 2020 operirana po diagnozi hernija diska na nivoju L5-S1 z blagimi kroničnimi okvarami v korenini S1 levo. Po operaciji so bolečine ostale, na rehabilitaciji v naravnem zdravilišču novembra 2020 se je Indeks Back Pain izboljšal za 30 odstotkov. V projekt je bila sprejeta marca 2021, imela je bolečine ledveno in glutealno, še vedno je bila močno ovirana že pri dnevni opravilih. V delovnih laboratorijih je zdržala najdalj 3 ure, saj so se bolečine začele stopnjevati že po eni uri.

Po dogovoru z delodajalcem je začela zavarovanka 1. junija 2021 delati s skrajšanim delovnim časom 4 ure (4 ure je bila v bolniškem staležu), predvideno podaljševanje delovnega časa na 6 ur pa zaradi zdravstvenih težav ni bilo mogoče. Zavarovanka je zmoгла delo le s skrajšanim delovnim časom 4 ure in zmoгла je le lažja opravila brez dvigovanja bremen.

Po stabilizaciji stanja (po 9 mesecih dela, pretežno po 4 ure dnevno) je bila zavarovanka marca 2022 predstavljena invalidski komisiji ZPIZ, ta pa je podala mnenje, da je zavarovanka zmožna opravljati lažje fizično delo s polnim delovnim časom, to je delo brez ročnega premeščanja bremen, težjih nad 5 kilogramov, brez dela v prisilni drži ledvene hrbtenice in brez dolgotrajne stoji ali hoje. Julija 2022 pa je delodajalec zavarovanko obvestil, da nima dela, ki bi bilo v skladu z izrekom invalidske komisije ZPIZ primerno zanjo.

*Razprava:* Tim je poskusil zavarovanko zelo hitro vrniti na ustrezno delovno mesto, in to usklajeno s predstavniki delodajalca in zavarovanko. Zavarovanka je delo opravljala v skladu z dogovorom s 4-urnim delovnim časom 9 mesecev, do predstavitve na invalidski komisiji, in ga je zmoгла, ni pa

bila zmožna opravljati podaljšane delovne obveznosti še več ur. Invalidska komisija ZPIZ je podala mnenje, drugačno od predloga tima, delodajalec pa je presodil, da v svojem čeprav velikem podjetju za zavarovanko nima ustreznega dela.

#### Četrti primer

29-letna ekonomska tehničarka z NPK za vizažistko ima že iz otroštva številne zdravstvene težave, zato ima status invalida po ZZRZI. Med obravnavo v timu je bila zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja v bolnišničnem staležu, to pa je bilo v času, ko je opravljala delo administratorja računovodje za določen čas.

Zavarovanka ima več presnovnih bolezni, pri nevrologu je bila vodena zaradi epilepsije in zaradi suma na multiplo sklerozo, ob tem pa so se razvile še psihične težave, ki so se med zadnjo zaposlitvijo zaradi obremenitev na delovnem mestu še poslabšale. Vključena je v redno psihološko obravnavo. Specialist MDPŠ je po obravnavi menil, da sedanjega dela ne bo več mogla opravljati, in je predlagal drugo, psihično manj zahtevno delo, pri katerem si bo lahko sama določala ritem in tempo dela za doseganje polne delovne učinkovitosti.

Za rešitev svoje zaposlitvene situacije je zavarovanka zato načrtovala odpreti podjetje. Za to pa bi potrebovala pravico do poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2, in to rehabilitacijo v obliki krajšega izobraževanja in usposabljanja. Toda ta pravica ji po prekinitvi delovnega razmerja za določen čas ne bi pripadala, ker ne bi imela dovolj delovne dobe. Brez tega izobraževanja, s katerim bi pridobila ustrezno licenco, pa ne bi mogla odpreti podjetja.

*Razprava:* V tako kratkem času postopka na invalidski komisiji ni bilo mogoče izpeljati. Rešitve bi bilo smiselno iskati v zaposlitveni rehabilitaciji, z zagotavljanjem možnosti pridobitve kvalifikacij neodvisno od statusa invalida po ZPIZ-2.

#### Peti primer

54-letni zavarovanec z nižjo poklicno izobrazbo je julija 2020 utrpel hujšo poškodbo desne roke, izven dela. Prestal je plastično operacijo, nato je imel ambulantno fizioterapijo, a je bila ta zaradi epidemije COVID-19 prekinjena, zato je razgibavanje roke nadaljeval samostojno doma. Po poškodbi je bil obravnavan tudi pri psihologu. Nima drugih kroničnih obolenj ali redne terapije.

Po predlogu z obravnave v timu in dogovoru z delodajalcem je po zaključeni obravnavi najprej, dva tedna, delo opravljal skupaj s sodelavko. S tem mu je bilo omogočeno postopno ponovno usvajanje delovnih nalog. Specialist MDPŠ je predlagal, naj ne opravlja del, ki zahtevajo grobe prijeme in dvigovanje in prenašanje težjih bremen z desno roko, zato naj tudi ne bi popravil okvarjenih strojev. Narava dela mu je omogočala, da si je količino dela lahko prilagodil.

V procesu vračanja na delo je zavarovanec potreboval veliko podpore in navodil – pomagali so mu člani tima. V procesu dela tudi ni bil sposoben za časovno polno obremenitev, zaradi narave dela pa 4-urna zaposlitev ni bila mogoča, zato je opravljal 8-urno delo, vendar le vsak drugi dan.

Invalidska komisija ZPIZ mu je s 1. februarjem 2022 priznala invalidnost III. kategorije, kar pomeni delo s skrajšanim delovnim časom 4 ure dnevno oziroma 20 ur tedensko, in z omejitvijo, to je brez del, ki zahtevajo grobe prijeme z desno roko in tudi s fino motoriko vseh prstov ter brez dvigovanja in prenašanja bremen z desno roko, tako da bo desna roka le v pomoč levici.

Razprava: Z dodatnimi razbremenitvami je senat invalidske komisije močno zožil nabor opravil, ki jih zavarovanec sme opravljati. Delodajalec pa je v procesu vračanja na delo lahko sam videl, katera dela zavarovanec zmore, in se je strinjal, da ta še naprej opravlja svoje prejšnje delo. Kar nekaj težav pa je bilo tudi z upoštevanjem odločbe o trajanju delovnega časa – tu bi bila potrebna ustrezna sprememba zakonodaje.

## 6 EVALVACIJA PROJEKTA ZPZR

### 6.1 METODOLOGIJA

Evalvacija projekta<sup>14</sup> temelji na kazalnikih iz projektne dokumentacije, pogovorih z vodjama projekta in mnenjih zavarovancev in drugih sodelujočih.

Izvedeno je bilo delo v treh fokusnih skupinah, to pa so:

- fokusna skupina z izvajalci projekta URI Soča (konec marca 2022) – sodelovali sta vodja, specialistka MDPŠ, in koordinatorka projekta, magistrica znanosti s področja menedžmenta kadrov in delovnih razmerij, in
- dve fokusni skupini z zavarovanci (maja 2022) – sodelovalo je skupaj 12 oseb (3 moški, 9 žensk, od tega 8 oseb v Ljubljani in 4 v Celju).

Zavarovanci so bili zaposleni na različnih delovnih mestih: defektologinja za delo z učenci s posebnimi potrebami na osnovni šoli, finančni kontrolor v javni upravi, trgovka, kuharica v osnovni šoli, delavec v skladišču, delavec v lesnem podjetju, kmetovalka. Eden od njih je med projektom postal brezposeln (iztek pogodbe o zaposlitvi za določen čas).

Med seboj so se razlikovali glede na izide iz projekta: nekateri so se po dolgotrajnejšem bolniškem staležu (tudi do dve leti) ali delu s polovičnim delovnim časom vrnili na delo. Večina tistih, ki so prej imeli polni bolniški stalež, se je vrnila na delo za 4 ure ali za 6 ur, pri nekaterih je vračanje potekalo postopoma (najprej 4 ure, zatem 5 in nato 6 ur). Nekaj jih je bilo tudi še v času izvedbe fokusne skupine še vedno v bolniškem staležu, nekaj pa jih je bilo že polovično upokojenih.

Razlikovali so se po predlogu za vračanje na delo: eni so bili pripravljeni vrniti se na delo s polnim delovnim časom, drugi s skrajšanim delovnim časom. Razlike so bile zaradi narave oziroma zaradi teže bolezni in oviranosti pri delu.

---

14 Poročilo sta pripravili nosilka projekta doc. dr. Liljana Rihter in sodelavka pri projektu asistentka dr. Tamara Rape Žiberna (obe s Fakultete za socialno delo), oktobra 2022. V poglavju je naveden povzetek.

Razlikovali pa so se tudi po vrsti zdravstvenih težav: njihove težave so bile večinoma povezane s kostno-mišičnimi boleznimi in poškodbami ali so imeli kombinacijo različnih bolezni, nekateri pa so ocenili tudi, da so bili po poškodbi oziroma v času bolezni tudi v zelo slabem psihičnem stanju.

Pripravljeni so bili **anketni vprašalniki**,<sup>15</sup> in na te so odgovarjali vsi sodelujoči v projektu:

- delodajalci (poslanih je bilo 65 vprašalnikov, vrnjenih jih je bilo 27 ali 41,5 %),
- strokovnjaki (poslanih je bilo 49 vprašalnikov, vrnjenih jih je bilo 26 ali 53,1 %),
- zavarovanci (poslanih je bilo 85 vprašalnikov, vrnjenih jih je bilo 61 ali 68,2 %),

Anketo je izpolnilo 61 sodelujočih zavarovancev, in sicer nekaj več žensk (34 ali 57 %) kot moških (26 ali 43 %), kar odstopa od zastopanosti spolov v projektu (55 moških, 45 žensk). Njihova povprečna starost je bila 44 let, najmlajši zavarovanec je bil star 24 let, najstarejši pa 57 let (populacija projekta: povprečje 43 let, razpon od 22 do 58 let). Več kot 75 odstotkov jih je imelo srednješolsko izobrazbo, poklicno ali splošno (enako kot v projektu). V povprečju so imeli 21 let delovne dobe (razpon od 1 do 40 let), kar se ne razlikuje od starosti v projektu. Razlikovali so se po poklicu,<sup>16</sup> ki so ga opravljali – največ jih je opravljalo nekvalificirana dela. Največ zavarovancev (33) je bilo zaposlenih v organizaciji z več kot 250 zaposlenimi, na drugem mestu so bile organizacije z več kot 50 do vključno 250 zaposlenimi, zatem organizacije z do 10 zaposlenimi (vključno s samozaposlenimi).

Večina zavarovancev (69 %) je navedla telesno oviranost (gibalna, motorika), 7 odstotkov jih je navedlo težave v duševnem zdravju, 24 odstotkov pa različne druge težave (kardiološke, nevrološke, ra-

---

15 Anketni vprašalniki so bili oblikovani za potrebe projekta kot spletna anketa 1KA.

16 Po standardni klasifikaciji poklicev. Glede na odgovore sodelujočih je bilo njihove poklice mogoče razvrstiti po vseh kategorijah, z izjemo kategorije višji uradniški poklic (bančnik, vodilni v večjem podjetju, visoki državni uradnik, predstavnik sindikata), ki je ni izbral nihče, najpogosteje (n = 13) pa je bila izbrana kategorija nekvalificiran delavec (delavec, nosač, nekvalificiran delavec v tovarni).

kava obolenja in druge bolezni). V populaciji je bilo največ zavarovancev z boleznimi kostno-mišičnega sistema, zatem s težavami po poškodbah in nato z boleznimi srca in ožilja.

Glede trajanja bolniškega staleža so se zavarovanci precej razlikovali – v povprečju so bili v bolniškem staležu 22 mesecev (razpon od 1 do 62 mesecev, z »osamcem« s staležem 153 mesecev).

Največ (14) jih je iz Savinjske regije, sledita Podravska (13) in Osrednjeslovenska (11) ter v manjšem številu še zavarovanci iz preostalih regij. V času izpolnjevanja ankete se jih je 34 odstotkov že vrnilo na delo, 7 odstotkov se jih je praktično usposabljal za delo, 3 odstotke se jih je izobraževalo za delo, 56 odstotkov pa jih je izbralo odgovor »drugo« in navedlo, da čakajo na odločbo, invalidsko komisijo ZPIZ, poklicno rehabilitacijo ipd., so še v procesu zdravljenja ali delajo po 4 ure.

- udeleženci seminarjev in konferenc (23. 10. 2020:<sup>17</sup> 56 udeležencev, 9 izpolnjenih anket; 4. 11. 2021:<sup>18</sup> 100 udeležencev, 36 izpolnjenih anket; 11. 11. 2021:<sup>19</sup> 92 udeležencev, 19 izpolnjenih anket; 24. 11. 2022:<sup>20</sup> 104 udeleženci, 36 izpolnjenih anket).

Preostali podatki (o uporabnikih, o rokih za zaključevanje aktivnosti ipd.) so bili pridobljeni iz podatkov vodij projekta.

### **Analiza podatkov**

Analiza kvantitativnih podatkov je bila opravljena s pomočjo spletne aplikacije 1KA ter programov Microsoft® Excel in IBM SPSS Statistics. Opravili smo univariatno opisno statistično analizo (izračun frekvenc, odstotkov in mer srednjih vrednosti in razpršenosti).

## **6.2 POROČILO O OPRAVLJENIH AKTIVNOSTIH**

Aktivnosti projekta so navedene v točki 4.2 Namen, cilji in aktivnosti projekta ZPZR.

---

17 Izobraževanje za zdravnike in druge strokovne delavce, vključene v projekt ZPZR.

18 Psihosocialni vidik vračanja na delo.

19 Kako izboljšati vračanje na delo zaposlenih po dolgotrajni bolniški odsotnosti.

20 Zaključna konferenca projekta ZPZR.



**Skladnost izvajanja aktivnosti s predvidenim terminskim načrtom:** Vse aktivnosti, z izjemo pilotnega testiranja modela v praksi, so potekale v skladu s terminskim načrtom. Pri preizkušanju modela v praksi pa je prišlo do zamude zaradi epidemije COVID-19, saj je ta zahtevala več prilagoditev procesa, pa zaradi težav s sodelovanjem specialistov MDPŠ (nepripravljenost za sodelovanje) in ker je bilo napotovanje imenovanih zdravnikov ZZS v drugi polovici trajanja projekta upočasnjeno.

**Skladnost finančnih sredstev s predvidenim finančnim načrtom:** Aktivnosti so bile izpeljane v skladu s finančnim načrtom, vendar je bilo pri tem nekaj težav oziroma specifike:

- Iz sredstev projekta potni stroški zavarovancev niso bili kriti (ker po tolmačenju MDDSZ za to ni zakonske podlage). To pa je zmanjševalo motiviranost in oviralo vključevanje zavarovancev v projekt, in je tako vplivalo tudi na izbor zavarovancev, saj je prav zato temeljil tudi na njihovem prebivališču (manj oddaljeni kraji). Potne stroške za prvo obravnavo jim je povrnil ZZS, stroške prihoda na vse nadaljnje obravnave pa so si krili zavarovanci sami.
- Vodji projekta sta imeli precej povečan obseg aktivnosti (načrtovani obseg dela ni zadoščal za kakovostno izvedbo projekta), zato je smiselno povečati predvideni časovni okvir vodenja in to upoštevati pri nadaljnjih podobnih projektih, to pa pomeni tudi več sredstev.
- Izvajanje projekta je oviralo tudi pravilo njegovega financiranja, po katerem zaposleni na URI Soča, ki niso bili neposredno zaposleni na projektu, za sodelovanje pri njem niso smeli biti plačani ne po avtorski, ne po podjemni pogodbi, ne s priznanjem nadur ali povečanega obsega dela. In tako jih je kar nekaj to delo opravljalo brez plačila za dodatno delo.

**Ustreznost razpoložljivih prostorov za izvedbo dejavnosti:** Prostori in tudi pisarniška in IKT oprema (financirano iz projekta) so bili ustrezni – aktivnosti so se izvajale na URI Soča (vodenje), na MDDSZ (sedež strokovne sodelavke za stike z odločevalci), na ZPIZ (VIK točka) in v nadaljevanju, ko je bila zaposlena še ena sodelavka, tudi na ZZS (VIK točka). Zaradi epidemije COVID-19 pa so nekatere aktivnosti potekale tudi na platformi Zoom.

## 7 EVALVACIJA REZULTATOV

### Upravljanje, vodenje in koordinacija projekta (Aktivnost 1)

Aktivnost 1 je bila *izvedena*, a so se pri tem *pojavnjale težave*, ki jih lahko razdelimo v tri sklope – vodenje, koordiniranje in delitev dela.

Vodenje in koordiniranje projekta je bilo zahtevno, obseg dela pa zelo velik, a sta si ga vodji zaradi pilotne narave projekta in njegove razvojne naravnosti težko razdelili, in sta tako veliko nalog opravljali skupaj, pojavljale pa so se še nepričakovane dodatne obremenitve (*epidemija COVID-19, komunikacija in koordinacija v celoti preko obeh vodij projekta, dodaten obseg dela na VIK točkah, administracija, izobraževanje in ozaveščanje strokovne javnosti, delo z zavarovanci, fluktuacija zaposlenih, osebno vabljenje in iskanje nadomestnih specialistov MDPŠ*), zato se je obseg vodenja in koordiniranja med projektom povečal s 70 na 100 odstotkov delovnega časa in se je porazdelil z dveh izvajalk na tri izvajalce (različnih strok – dva specialista MDPŠ in ena magistrica znanosti s področja menedžmenta kadrov in delovnih razmerij). Kljub tako priznanemu povečanju obsega dela pa so aktivnosti vodij še vedno presegle predvideni obseg vodenja.

Sodelujoči strokovnjaki, zdravniki in izvajalci zaposlitvene rehabilitacije (n = 27, vir: anketa) ocenjujejo vodenje projekta v povprečju kot ustrezno (povprečna ocena na lestvici ocen od 1 do 5, v nadaljevanju označena z M, je bila 4,5).

### Informiranje in obveščanje (Aktivnost 2)

Aktivnost informiranja in obveščanja je bila *izvedena v predvidenem obsegu* in cilj *dvig ozaveščenosti in informiranosti zavarovancev, delodajalcev in strokovne javnosti* je bil s tem dosežen.

Na začetku izvajanja projekta smo ugotavljali, da strokovna javnost (predvsem specialisti MDPŠ in izbrani osebni zdravnik), pa tudi delodajalci in zavarovanci niso dovolj informirani o možnostih, ki jih že sistemsko omogoča področje zaposlovanja in vračanja na delo, ali pa nimajo dovolj znanja s področja zaposlovanja oseb s težavami z zdravjem (zaposlitvena in poklicna

rehabilitacija, vračanje na delo iz bolniškega staleža ali po njem, biopsiho-socialni model).

Začetne aktivnosti projekta so bile zato usmerjene v izobraževanje oziroma dodatno usposabljanje strokovnjakov (seminarji in konference za zdravnike, strokovne delavce ZZS, izvajalce zaposlitvene rehabilitacije in delodajalce, prispevki v strokovnih revijah, študijski obisk v tujini in redni (mesečni) sestanki s sodelujočimi, predstavitve projekta na različnih sestankih). Informiranje *zavarovancev* pa je potekalo večinoma v okviru obravnave – s tem so se opolnomočili in zmanjšala sta se njihov strah in zaskrbljenost zaradi njihove trenutne situacije. Ozaveščanje in informiranje *delodajalcev* (širše) je potekalo z različnimi promocijskimi aktivnostmi (seminarji ipd.), v katere jih je bilo vključenih več kot 300, kar je bila tudi predvidena ciljna vrednost. Delodajalci pa so bili prav gotovo tudi med obiskovalci spletne strani, vendar se to ni spremljalo posebej.

Kot izhaja iz vseh treh anket (zavarovanci, delodajalci, strokovnjaki), je bila pri vseh treh skupinah dosežena večja ozaveščenost (podrobneje glej poglavje 2.1.7 Pilotno testiranje modela).

*Priporočila za nadaljnje delo:* Ob morebitnem prenosu modela v sistemsko ureditev naj se informiranje in promocijske aktivnosti za strokovno in laično javnost izvedejo še pred njegovo uvedbo v sistem ali vsaj ob uvedbi.

### **Seminarji in strokovni članki**

V projektu so bili predvideni in uresničeni 3 seminarji in zaključna konferenca, cilj je s tem dosežen.

- Izpeljani so bili tako seminarji kot zaključna konferenca, udeležba na seminarjih je bila visoka (na vsakem pribl. 100 ljudi). Delodajalce smo vabili tudi na druge seminarje (ne samo te v okviru aktivnosti projekta).
- Vodji projekta sta bili povabljeni na različna predavanja – sodelovali sta na: *Congress of European Forum for Research in Rehabilitation EFRR*; na REHA dnevih *Delovna mesta za invalide na odprtem trgu dela in socialno vključevanje* (Portorož, 30. 9. 2020); na REHA dnevih *Poklicna in zaposlitvena rehabilitacija včeraj, danes in jutri* (Portorož, 29. 9. 2021); na strokovnem srečanju *Združenja za medicino dela, prometa in športa* (spletni seminar, 3. 12. 2021); na *6. mednaro-*

*dnem kongresu medicinskih izvedencev* (Laško, 11.–12. 3. 2021); v okviru izobraževanja *Zgodnja poklicna in zaposlitvena rehabilitacija v procesu vračanja na delo* – za zdravnike in druge strokovne delavce (URI Soča, Ljubljana, 23. 10. 2020); na spletnem predavanju v okviru izobraževanja *Kako izboljšati vračanje na delo zaposlenih po dolgotrajni bolniški odsotnosti?* (11. 11. 2021); na predavanju v okviru 4. konference pokojninskega in invalidskega zavarovanja (Portorož, 14. 9. 2021); na REHA dnevih *Usposabljanje in zaposlovanje invalidov med pričakovanji in resničnostjo* (Portorož, 28. 9. 2022); na zaključni konferenci projekta ZPZR (24. 11. 2022); na strokovnem srečanju ob 50-letnici Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa; na 16. kongresu Evropskega foruma za raziskave v rehabilitaciji.

- Članki v ISIS in zborniku ZPIZ.

Nekateri seminarji so bili posneti in so objavljeni na spletni strani projekta (<https://www.zpzs.si/>). Precej promocijskih aktivnosti so vodje projekta izvajali dodatno.

Aktivnosti ozaveščanja in izobraževanja so bile uspešno izvedene, k temu pa so pomembno pripomogli kakovostni predavatelji. V pozitivnem smislu je presenetilo, da je obveščanje (tudi osebno obveščanje, ki sta ga opravili vodji projekta) sprožilo tako velik odziv strokovne javnosti, naklonjene projektu.

### Ocena seminarjev

Spletni seminar *Zgodnja poklicna in zaposlitvena rehabilitacija v procesu vračanja na delo, to je izobraževanje za zdravnike in druge strokovne delavce, vključene v projekt*, so ocenili le izvajalci zaposlitvene rehabilitacije ( $n = 9$ ). Njihova pričakovanja ( $M = 3,9$ ) so bila uresničena v večjem obsegu ( $M = 3,8$ ). Seminar (vsebine, zanimivost, izvajalci, uporabnost informacij za vsakdanje delo in razvoj dela) je bil, razen lokacije, termina in gradiv, ocenjen s povprečno oceno 4 ali več.

Spletni seminar *Psihosocialni vidik vračanja na delo* so ocenjevali različni strokovnjaki ( $n = 36$ ). Tudi njihova visoka pričakovanja ( $M = 3,7$ ) so bila izpolnjena ( $M = 4,3$ ) – vse postavke so ocenili kot odlične (s povprečno oceno 4,5 ali več).

Tretji spletni seminar, *Kako izboljšati vračanje na delo zaposlenih po dolgotrajni bolniški odsotnosti*, so ocenjevali delodajalci in izvajalci zaposlit-

vene rehabilitacije (n = 19). Rezultati tudi tu kažejo, da so bila pričakovanja v velikem obsegu izpolnjena, povprečna ocena posameznih postavk pa je bila 4,3 ali več.

V navedenih anketah so sodelujoči podali tudi nekaj **predlogov**, in sicer predlagajo poleg »še več podobnih vsebin«, kot so: izobraževanje na temo sodelovanja z medicino dela, priprava neposredno nadrejenih delavcev na vrnitev delavca na delo, izgorevanje na delovnem mestu, primeri zgodnje poklicne rehabilitacije, vpliv COVID-19 na nastanek nove invalidnosti in poslabšanje obstoječe invalidnosti, psihoterapevtski vidiki dela z ranljivimi ali psihosocialni momenti človeka in vedenjski vzorci ter pravni vidiki postopkov (kako se uresničuje pravica do poklicne rehabilitacije, kajti tudi potem, ko je odločba ZPIZ o tem že pravnomočna, se čaka na podpis posebne pogodbe, lahko tudi tedne ali celo mesece ipd.).

Niso pa bili enotni v tem, kakšnih oblik izobraževanja/usposabljanja si želijo – nekateri predlagajo kratka jedrnata predavanja o prenosu teorije v prakso, drugi pa si želijo, da bi se vsebine predstavljale v razširjeni obliki in v okviru daljšega izobraževanja.

### **Spletna stran**

Spletna stran po oceni evalvatorok (19. 10. 2022): Spletna stran je bila oblikovana in postavljena v predvidenem roku. Spletna stran ima primeren spletni naslov (<https://www.zpzs.si/>) in je vizualno privlačna. Kontaktni podatki in vse druge potrebne informacije so lahko dostopni in pregledno navedeni. Navigacija po spletni strani je preprosta, po intuiciji. Sestavljajo jo zavihki, v katerih so predstavljeni projekt, strokovne vsebine, pomembne povezave, dogodki, pogosta vprašanja in kontakt. Predstavljene so najpomembnejše informacije. *Pomembne povezave* so urejene po sklopih: objavljene so spletne povezave do organizacij, povezanih s temo projekta, z zakonodajo in povezanimi vsebinami. Podatki o dogajanju med projektom so aktualni in so objavljeni pregledno, z ustreznimi oblikovanimi povezavami na podstrani z več informacijami; pripravljena poročila so razumljiva, pregledna in vsebujejo tudi programe, fotografije, drsnice, posnetke ipd. *Pogosta vprašanja* so predstavljena po sklopih, da lahko različni zainteresirani hitro najdejo nekaj osnovnih informacij oziroma odgovorov. Ocenjujemo, da so opisi za zavarovance in delodajalce primerno kratki. Med *kontaktnimi podatki* so objavljeni tudi podatki strokovnih delavcev VIK točk in

obrazec za prijavo. Je pa to mogoče bolj prilagojeno strokovni javnosti kot zavarovancem in delodajalcem.

*Priporočila* – smiselno bi bilo:

- objaviti primerjalno analizo prispevkov s konferenc in objavljenih strokovnih člankov,
- predstaviti uspešne primere sodelovanja, saj bi tako lahko zavarovancem in delodajalcem najbolj poljudno predstavili koristi projekta,
- ob kontaktnih podatkih navesti, komu so namenjeni (zavarovancem, delodajalcem, strokovni javnosti ali vsem),
- dodatno raziskati, katere informacije potrebujejo zavarovanci (npr. dodati oris procesa, kam naj se najprej obrnejo, da bodo imeli največ informacij, in kaj je vloga posameznih služb, ki so predstavljene pod zavihkom Pomembne povezave) in katere delodajalci (kdo jim lahko svetuje pri odločanju o tem, kako prilagoditi delovno mesto oz. kako zavarovancu urediti zaposlitev).

### **Analiza stanja in primerjalni pravno-strokovni pregled dobrih praks v državah članicah EU (Aktivnost 3)**

Cilj je dosežen. Ocena stanja poklicne rehabilitacije in primerjalna študija o praksah v izbranih evropskih državah je opravljena, a so morali vodje projekta analizo, ki jo je pripravil zunanji izvajalec, dopolnjevati, to pa je od njih zahtevalo še dodaten čas.

Analiza kaže, da je na Nizozemskem in v Nemčiji poklicna rehabilitacija že vrsto let vključena v sistem zgodnje intervencije. Ekipe projekta (vodje, nekaj zdravnikov in strokovnih delavcev) si je primer take prakse ogledala v Nemčiji.

### **Predlog modela izvajanja poklicne rehabilitacije (Aktivnost 4)**

Predlog modela je bil oblikovan ob prijavi projekta, med njegovo pilotno izvedbo, ki se je končala konec leta 2022, pa se je na podlagi izkušenj sprotno dopolnjeval in spreminjal. Končni predlogi so bili oblikovani konec marca 2023.

## **Vzpostavitev vstopne informacijsko-koordinacijske točke – VIK točka (Aktivnost 5)**

VIK točke so novost, zato so posebnost modela vračanja na delo. V praksi se je potrdila pravilnost predloga iz projektne dokumentacije, da so za tovrstno delo potrebni strokovni delavci z ustrezno izobrazbo (socialni delavec, psiholog ipd.), specifičnimi znanji in ustrezno dodatno usposobljenostjo za delo z osebami s težavami v zdravju<sup>21</sup> in tudi z delodajalci, kar je potrebno predvsem zaradi razdrobljenosti tega našega sistema (usmerjevalna funkcija VIK točk). Strokovni delavci, zaposleni na VIK točkah, so bili mišljeni kot »vodje primera«, torej da zavarovanca sprejmejo in ga nato spremljajo ter da so vmesni člen med njim in vsemi relevantnimi institucijami, delodajalci ipd. Vedno znova se ugotavlja, da je nadvse pomembno konsistentno vodenje posameznega primera z enega mesta.

Ideji, da naj proces vračanja na delo vodi ena oseba, pritrjuje tudi mnenje vseh sodelujočih. Zavarovanci so to, da jih spremlja in ustrezno informira ena oseba, pozitivno vrednotili, kajti informacije so zdaj zelo razpršene po različnih institucijah, in tako so bili v stiski pogosto popolnoma sami. Kot za to ustrezen kader pa so navajali zdravnika (vir: fokusna skupina z uporabniki).

Pri zaposlovanju strokovnih delavcev na VIK točkah pa je prišlo do odstopanja od tega, saj so bili zaposleni strokovni delavci upravno-pravnih smeri, brez ustreznih znanj in izkušenj z delom z ljudmi s težavami v zdravju oziroma le s poznavanjem postopkov po ZPIZ-2. Zaradi tega so morali izvajalci projekta spremeniti prvo fazo obravnave in sta tako v njej na VIK točki najprej sodelovali vodji projekta, šele v nadaljevanju pa izvajalci zaposlitvene rehabilitacije.

**Predlog:** Pri prenosu modela v sistemsko ureditev naj se ustrezno opiše kadrovski profil za VIK točke, z navedbo potrebnih kompetenc za izvajanje psihosocialne pomoči, podpore in svetovanja, s poznavanjem zakonodaje, psihosocialne pomoči in podpore zavarovancem, sodelovanja z delodajalci in drugih značilnosti vračanja na delo.

*Lociranost VIK točk:* VIK točki sta delovali na ZPIZ, to pa se ni izkazalo kot najboljša rešitev. Ker je to prva točka v procesu vračanja na delo, je ta lo-

---

21 Poznavanje problematike oseb s težavami z zdravjem, delovanja po biopsihosocialnem modelu, zakonodaje in znanje, potrebno za delo z osebami s težavami v zdravju in za svetovanje delodajalcem ipd.

kacija v zavarovancih povzročala bojazen in nelagodje, saj se ZPIZ takoj povezuje z invalidnostjo in upokojevanjem, torej s pasivnimi rešitvami, ne pa z aktivnimi, kar je vračanje na delo. Ko smo zaradi fluktuacije zaposlenih na VIK točkah te kasneje poskusili vzpostaviti na ZZSZ, se je to izkazalo kot boljša rešitev, saj je ZZSZ za zavarovance vstopna točka (prvi kontakt) že glede bolniškega staleža – je institucija, ki vodi njihov bolniški stalež. In ker poteka vračanje na delo med bolniškim staležem, stalež pa ne vodi nujno do uveljavljanja pravic na ZPIZ, je bolj smiselno, da je VIK točka locirana na ZZSZ, hkrati pa je kombinirano z ZPIZ, z vzpostavitvijo enotnega izvedenskega organa pa bi se lahko to ločevanje sploh odpravilo.

Dodaten razlog za to, da naj VIK točke ne bodo locirane (samo) na ZPIZ, je nepripravljenost zavarovancev za invalidsko upokožitev in nelagodje delodajalcev pred postopki na ZPIZ, kar izvira predvsem iz zapletenosti in dolgotrajnosti teh postopkov in težav ob upoštevanju omejitev iz odločb o invalidnosti.

Glede na to, da se kot eden od ključnih predlogov iz evalvacije projekta zgodnje zaposlitvene in poklicne rehabilitacije pri vračanju na delo navaža enoten izvedenski organ, predstavljamo še usmeritve European Social Network (2019), posredno povezane s tem predlogom. Ta mreža namreč v številnih dokumentih poudarja pomen prav teh t. i. enotnih vstopnih točk (one stop-shop), in to tako za uporabnike socialnih storitev kot za vodje primera (case manager). Te ugotovitve so tako lahko osnova za razmislek o enotnem izvedenskem organu.

## **Pilotno testiranje predloga modela v praksi (Aktivnost 6)**

### ***Mnenje STROKOVNJAKOV (anketa, n = 27)<sup>22</sup>***

Večina strokovnjakov je menila, da je bilo vodenje projekta ustrezno (92 %, M = 4,5), da so prejeli ustrezne informacije za sodelovanje v projektu (93 %, M = 4,4) in da je bilo sodelovanje z vsemi sodelujočimi pri projektu dobro (93 %, M = 4,4). V večini so se strinjali tudi s tem, da so z vključitvijo pridobili informacije, pomembne za razvoj njihove dejavnosti v prihodnje (70 % se jih je strinjalo, 22 % se jih je delno strinjalo, M = 4).

---

22 Podrobnejši rezultati so v prilogi, v Tabeli 1. Za potrebe analize smo odgovora 4 (strinjam se) in 5 (popolnoma se strinjam) združili, odgovor 3 pa predstavlja delno strinjanje oziroma nevtralno oceno.



Menili so tudi, da so v projektu imeli aktivno vlogo (89 %,  $M = 4,5$ ) – izmed vseh strokovnjakov so se s tem strinjali vsi imenovani zdravniki ZZS in izvajalci zaposlitvene rehabilitacije ( $n = 12$ ), specialisti MDPŠ pa so izbrali nevtralen odgovor ( $M = 3$ ). Dve tretjini (66 %,  $M = 3,9$ ) jih je menilo, da so s svojim znanjem in izkušnjami lahko prispevali k razvoju modela. Slaba tretjina (26 %) se jih je s tem delno strinjala, 2 strokovnjaka pa se s tem sploh nista strinjala.

Večina v anketi sodelujočih strokovnjakov (15 od 25) se je strinjala, da je proces obravnave ustrezen, nekaj izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije in specialistov MDPŠ pa se s tem ni strinjalo.

Menili so ( $M = 3,7$ , in to pri naslednjih treh postavkah), da je bil postopek izbire kandidatov ustrezen (izbor kandidatov in prvi kontakt sta bila v domeni imenovanih zdravnikov ZZS), da so bili kriteriji za izbor kandidatov ustrezni (kompleksne težave, bolniški stalež vsaj 3 mesece) in da je bil ustrezen tudi potek obravnave (VIK točka → SMDPŠ → izvajalec ZR → delodajalec, skupni sestanki → skupni sestanek z imenovanim zdravnikom ZZS in predsednikom invalidske komisije ZPIZ).

Povsem so se strinjali, da je sodelovanje med specialisti MDPŠ in izvajalci zaposlitvene rehabilitacije koristno ( $M = 4,8$ ). Menili so tudi, da so smiselni *timski sestanki z imenovanim zdravnikom ZZS in predsednikom invalidske komisije ZPIZ* ( $M = 4,5$ ), kontrolni pregledi pri specialistu MDPŠ ( $M = 4,4$ ) in spremljanje pri izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije ( $M = 4,4$ ).

Le delno pa so se strinjali s tem, da so zavarovanci motivirani za vračanje na delo ( $M = 3,1$ ) in delodajalci za sodelovanje ( $M = 3,2$ ).

Štiri petine strokovnjakov je ocenilo, da se lahko zavarovanci postopno vračajo na delo hitreje ( $M = 4$ ), s tem se ni strinjal zgolj en imenovani zdravnik ZZS. 95 odstotkov strokovnjakov je ocenilo tudi, da se lahko zavarovanci hitreje vključijo tudi v poklicno rehabilitacijo po ZPIZ-2 ( $M = 4,2$ ).

Nekoliko manj jih je menilo, da bo model mogoče prenesti v redno prakso (63 % se strinja, 29 % je nevtralnih,  $M = 3,7$ ). Pomisleke sta izrazila po en specialist MDPŠ (od 9 sodelujočih) in imenovani zdravnik ZZS (od 4 sodelujočih).

V pojasnilih so nekateri strokovnjaki navedli, da je bil ZPIZ pri tem premalo aktiven, da z nekaterimi (npr. z imenovanimi zdravniki ZZS, delodajalci)

v projektu niso sodelovali oziroma da so pri zavarovancih pogrešali večji interes za čimprejšnjo vrnitev na delo.

Dodatni komentarji oziroma pojasnila so bili:

- kontrolni pregled pri specialistu MDPŠ je smiseln le v določenih primerih, ne vedno;
- komunikacija po elektronski pošti je manj ustrezna, zamudna, usklajevanje pa oteženo; če bo sistem zaživel v praksi, bomo potrebovali sodoben informacijski portal;

*»Komunikacija z maili je manj ustrezna, zamudna, težko je usklajevanje. Če bi sistem zaživel v praksi, bi potrebovali **sodoben informacijski portal**, kjer bi lahko direktno komunicirali, si izmenjevali datoteke, mnenja, izvide in vodili bazo vključenih v postopke.«*

- premalo primerov za realno oceno;
- nekateri pa določene stvari težko ocenijo, ker je bilo njihovo sodelovanje vezano zgolj na del projekta.

### **Mnenje ZAVAROVANCEV (vir: anketa, fokusne skupine)**

Tu so predstavljeni rezultati **ankete** zavarovancev (n = 61), v oklepajih so navedene povprečne ocene posameznih postavk, dodana pa so tudi mnenja zavarovancev iz **fokusnih skupin** (n = 12).

Približno štiri petine (83 odstotkov) zavarovancev je menilo, da jim je bila možnost vključitve v projekt predstavljena pravočasno. Tisti, ki so navedli, da jim je bila ta možnost predstavljena prezgodaj (7 %), so navajali, da jim je bila predstavljena že v času zdravljenja, tisti, ki so ocenili, da jim je bila predstavljena prepozno (10 %), pa so navedli, da jim je bila predstavljena šele po več letih odsotnosti z dela.

*»Kako pravi čas je bil, bo pokazal sam delovni proces. Bi pa rekla, da je bil čas, ko mi je nevropsihiatrinja predstavila možnost priključitve projektu, pravi. Velik sklop zdravljenja se je bližal koncu in brez projekta res ne vem, kaj bi se zgodilo, saj se sama med birokracijo in zmedenostjo raznih*

*predpisov nikakor nisem znašla. Moje stanje se sicer slabša, a projekt mi je omogočil in mi dal možnost, da delam naprej, toliko kot zmorem, omogočil mi je potrebno podporo in mi dal občutek, da sem kljub svojemu stanju še lahko koristna.»*

Zavarovancem so projekt in možnost vključitve predstavili različni sodelujoči. 90 odstotkov zavarovancev<sup>23</sup> je ocenilo, da jim je bil projekt predstavljen na razumljiv ali zelo razumljiv način (M = 4,4,). Tistim, ki so jim možnost vključitve v projekt predstavili vodje projekta, imenovani zdravnik ZZS ali strokovni delavec na VIK točkah, so približno 90-odstotno navedli, da jim je bilo to predstavljeno na razumljiv ali zelo razumljiv način. Izmed tistih, ki jim je možnost vključitve predstavil izbrani osebni zdravnik, jih je to navedlo 67 odstotkov.

Glede informiranja o možnosti vključitve se pokaže razlika med zavarovanci v Ljubljani in Celju. Prvi so dobivali informacije iz različnih virov (poleg zgoraj naštetih še v okviru različnih terapevtskih postopkov, npr. program kronične nerakave bolečine na URI Soča, fizioterapevtska, psihološka ali psihiatrična obravnava), v Celju pa so od imenovanega zdravnika ZZS po pošti prejeli vabilo s kratko obrazložitvijo.

Za dodatne informacije so se obrnili na VIK točke, omenjali pa so tudi vodji projekta oziroma so se obrnili tudi na izbranega osebnega zdravnika. Posamezniki so izpostavili, da so bili njihovi izbrani osebni zdravniki premalo informirani o projektu in o možnostih za vključitev v projekt. Zato je treba ob prenosu modela v sistemsko ureditev, še pred njegovo dejansko uvedbo, pripraviti natančen načrt za informiranje zdravnikov na različnih ravneh.

Smiselno bi bilo tudi, da bi imeli na spletni strani projekta oris modela in celotnega procesa tudi za zavarovance, ki se tokrat niso mogli vključiti.

*»Vse mi je bilo lepo predstavljeno, razloženo, ampak jaz si ne zapomnim.«*

Zavarovanci (n = 55) so v povprečju menili, da so v projektu pridobili informacije, pomembne za njihovo zaposlitev v prihodnje (da trditev o tem povsem velja, jih je navedlo 82 odstotkov, M = 4,3), pridobili pa so tudi

---

23 Na anketo je odgovarjalo 61 zavarovancev od 100 vključenih.

znanja in veščine za obvladovanje svojega stanja zaradi bolezni oziroma poškodbe (M = 4,1).

*»Da odkrivam svoje druge potenciale, da sem še aktivna in prispevam k preskrbi svoje družine.«*

*»Vsak človek v timu ima določeno znanje, ki ga potrebuješ. Da so vsi ti ljudje pripravljeni vložiti svoj trud, čas in znanje v nas, je neprecenljivo. Želim si, da se projekt ne konča, ampak bi imeli možnost podpore, obravnave in svetovanja tudi drugi sodržavljeni. Odlična bi bila tudi možnost nadaljnjega spremljanja in svetovanja (v primeru menjave delodajalca, poslabšanja oz. izboljšanja bolezni ...). Po dolgem času sem se počutila sprejeto in imela občutek, da me ljudje poslušajo, razumejo in mi dejansko pomagajo.«*

Pred vključitvijo v projekt s poklicno rehabilitacijo nihče od zavarovancev s tem še ni imel izkušenj. V projektu so imeli dobre izkušnje z izbranim osebnim zdravnikom, manj pa so bili zadovoljni z delom ZZS (zaradi podaljševanja bolniškega staleža po en mesec ali manj) oziroma z zdravstvenim sistemom nasploh (predolgo čakanje na specialistične storitve, npr. slikanje hrbtenice, kar je epidemija COVID-19 še poslabšala).

*»Nič ne dosežeš, če sam ne stopnjuješ zahtev.«*

Večina zavarovancev pred vključitvijo v projekt ni imela *pričakovanj* ali pa jih je imela malo. Nekateri so se vključili zaradi slabega psihičnega stanja. Tisti, ki so imeli pričakovanja, pa navajajo naslednja: koristi od projekta *»ker v takem projektu lahko samo pridobiš«*, pomoč pri zbiranju vseh potrebnih dokazil za ZZS, pomoč pri komuniciranju z ZZS, lažje premagovanje težav pri urejanju statusa in pomoč pri prilagoditvi delovnega mesta (vir: fokusna skupina).

Zavarovanci so bili zelo zadovoljni s celotnim sodelovanjem v projektu (M = 4,5)<sup>24</sup> in ga vidijo kot zelo koristnega (M = 4,5). Z vsemi vključenimi (strokovnjaki, zdravniki, delodajalec, VIK točke) so dobro sodelovali (M = 4,5).

---

24 V oklepajih so navedene povprečne ocene.

Pri vračanju na delo je bila zanje zelo pomembna možnost stalne pomoči in podpore strokovnega tima in specialista MDPŠ (M = 4,6). Sodelovanje strokovnega tima<sup>25</sup> ocenjujejo kot zelo koristno (M = 4,6). Da bi jim bilo lažje, če bi jim svetovala samo ena oseba, pa se v povprečju niso strinjali (M = 2). Nekoliko nižje (M = 3,9) so ocenili pomembnost in bistvenost sodelovanja z delodajalcem za vračanje na delo. Taki oceni je verjetno botrovalo to, da nekateri delodajalci z zavarovanci niso želeli sodelovati oziroma so začeli sodelovati šele po posredovanju strokovnih delavk zaposlitvene rehabilitacije (fokusna skupina).

Po mnenju zavarovancev (fokusna skupina) so s pomočjo strokovnega tima, ki jih je v projektu obravnaval, lahko rešili težave, pri katerih jim sicer ne bi nihče pomagal. Pri tem gre predvsem za pomoč strokovnih delavk (izvajalci zaposlitvene rehabilitacije), za njihovo pojasnjevanje postopkov – strokovne delavke so jim predstavile usmeritve, zakonodajo in pravice in jim pomagale pri urejanju bolniškega staleža. Svetovale so jim tudi o možnih delih in prilagoditvah glede na njihovo bolezen oziroma poškodbo.

To, da so cilje določili s specialistom MDPŠ in drugimi strokovnimi delavci, so ocenili z oceno povsem velja (M = 4,6), enako pa tudi to, da so lahko sodelovali pri odločanju o tem, kako se bodo vračali na delo (M = 4,4).

V povprečju so se strinjali z ugotovitvami in predlogi obravnave (M = 4,3). Menili so tudi, da so s sodelovanjem pri projektu pridobili informacije, pomembne za njihovo zaposlitev v prihodnje (M = 4,3), poleg tega pa tudi nova znanja in veščine za obvladovanje svojega stanja zaradi bolezni oziroma poškodbe (M = 4,1).

Verjamejo, da bodo lahko obdržali zaposlitev (M = 3,9), in tudi na splošno, da se ljudje lahko hitreje vrnejo na delo (M = 3,9).

V smislu izpolnjenih pričakovanj so navajali, da so bili v projektu slišani in da jim je to olajšalo povratek na delovno mesto. So pa nekateri (zaposleni za določen čas) med trajanjem projekta službo izgubili oziroma so si pred vključitvijo v projekt želeli, da ne bi bili obravnavani na invalidski komisiji ZPIZ, a se je pokazalo, da je to v njihovem položaju edina pot.

Posamezniki so imeli izkušnjo, da se je delodajalec negativno odzval, čeprav so ga obiskale strokovne delavke projekta. Kar nekaj jih je izražalo

---

25 Socialna delavka, psihologinja, delovna terapevtka in drugi člani strokovnega tima.

zaskrbljenost glede odziva delodajalca zaradi njihovih omejitev za delo, določenih z odločbo ZPIZ. Izražali so bojazen, da bodo zaradi omejitev ostali brez zaposlitve (vir: fokusna skupina).

*Mnenja zavarovancev ob oziroma po vključitvi v projekt* (vir: fokusna skupina): Proces vračanja na delo je bil za zavarovance velikokrat težaven, projekt pa je po njihovem mnenju veliko pripomogel k temu, da je bil proces manj stresen in v večji meri podporen. Projekt so v splošnem ocenili kot zelo koristen, izpostavljali so samo njegovo izvedbo in predvsem delo in odzivnost vodij projekta.

Menili so, da ima projekt veliko ***prednosti*** (vir: fokusna skupina).

Prva skupina podpore je bila povezana s **postopki**. Zaradi sodelovanja med organizacijami oziroma akterji, vključenimi v reševanje njihovih težav, so postopki na ZZS in ZPIZ stekli hitreje, hitrejši pa so bili tudi drugi organizacijski postopki.

Druga skupina podpore je bila povezana z **vračanjem na delo**. Zavarovanci so poudarili pomen sodelovanja strokovnega tima pri vzpostavljanju stika z delodajalci in pri pogovorih oziroma dogovorih z njimi (hitrejše dogovarjanje), koristnost ogleda delovnega mesta in predlogov za njegovo prilagoditev. Poudarili so tudi pomen poznavanja specifik posameznega delovnega mesta, saj vsa delovna okolja ne prenesejo enake strategije. Strokovne delavke so zavarovancem pomagale pri stiskah in dilemah glede vračanja na delo, nekateri so se bali npr., da bi se morali vrniti prehitro in da bi zaradi svojega nepopolnega okrevanja pomenili grožnjo še za druge zaposlene v delovnem okolju oziroma da bi zaradi prehitrega vračanja morali ponovno na zdravljenje in celo na dodatne operacije. **Nekateri so izpostavili, da je bilo posebej pomembno, da jih niso prehitro poslali nazaj na delo za polni delovni čas in da so imeli možnost preizkušati, koliko ur dela v danih razmerah zmorejo.** V primeru zavarovanca, ki je med bolniškim staležem izgubil službo za določen čas, je bilo iskanje rešitev hitrejše, dobil je nasvete glede samozaposlitve. Sicer pa je bilo zanje pomembno tudi strokovno spremljanje v času, ko so bili že spet na delovnem mestu in ponovno potrebovali pomoč (še vedno je delodajalec tisti, ki ne upošteva napotkov).

Tretja skupina podpore je bila za **psihosocialno pomoč**. Zavarovanci so pripisali visoko vrednost možnosti, da se lahko za informacije in pomoč na nekoga obrnejo. Pohvalili so dostopnost in hitro odzivnost strokovnih

delavk (odzivi na telefon, odgovori na vprašanja, ko so zavarovanci v stiski) in ustrezen odnos do zavarovancev (niso imeli občutka, da so samo številke, kot je to pogosto v odnosu z drugimi institucijami; upoštevano je bilo njihovo mnenje in psihofizično stanje). Ker so bili nekateri prvič v takem položaju (dolgotrajni bolniški stalež ali šok po poškodbi), so to podporo še posebej pozitivno vrednotili, saj so bili zaradi te podpore bolj obveščeni o svojih pravicah in so razumeli postopke. S tovrstno podporo so se lažje soočili s težkimi razmerami in se spopadli z boleznijo, potem ko so jo prvotno zanikali, izboljšali sta se njihova motiviranost in samozavest.

Zavarovanci so zaznali **pozitivne učinke projekta tudi na področjih, na katerih tega niso pričakovali**. Največ se jih je kazalo kot izboljšano psihično blagostanje – zmogli so sprejeti stanje, v kakršnem so bili, imeli so več volje do življenja, izboljšalo se jim je psihično zdravje. To, česar so se naučili v projektu, jim je koristilo tudi v zasebnem življenju. Izboljšali so se tudi družinski odnosi – ob psihosocialni pomoči in z razreševanjem občutka krivde so postali bolj optimistični, to pa je vplivalo tudi na njihove odnose z družinskimi člani, in so z njimi lažje komunicirali. Ena od zavarovank je navedla še, da so se nanjo obračali njeni znanci in sorodniki s podobnimi težavami in jo prosili za informacije. Nekateri so navedli, da se jim je izboljšalo zdravstveno stanje. Zaradi sodelovanja v projektu so opazili napredek tudi pri zmožnosti za delo. Nekateri so imeli občutek, da lahko že bolje delajo (s skrajšanim delovnim časom).

**Pomanjkljivosti** projekta zavarovanci v veliki večini niso navajali. Tisti redki, ki so jih omenili, pa so jih povezovali z *epidemijo COVID-19*, ki je otežila dosegljivost zaposlenih v drugih institucijah (ZZZS, ZPIZ ...), da so jim bili določeni zaupni podatki (npr. rezultati psiholoških testiranj) predstavljeni po telefonu. Drugi sklop pomanjkljivosti je bil *informiranje glede možnosti vključitve v projekt*. Spoznanje iz tega je, da je treba ob prenosu modela v sistemsko ureditev informiranje zastaviti širše.

Preostale pomanjkljivosti so bile posamične: zavarovanci so imeli med obravnavo pri izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije občutek, da njihovo razmišljanje o njihovem delu v prihodnje ni ustrezno; navajali so, da se zavarovance preveč usmerja ali na invalidsko komisijo ZPIZ ali v samostojno podjetništvo, za kar pa mnogi nimajo energije.

Posamezni uporabniki so izpostavili tudi, da bi jim koristilo, če bi imeli sprotni vpogled v dokumente, ki nastajajo o njih, tako pa so nekateri to lahko

videli šele po preteku določenega časa. Ena od zavarovank je navedla, da je dokumente o vračanju na delo dobila šele ob koncu projekta/rehabilitacije, ko se je že vključevala v delo.

Zavarovanci so **predlagali nekaj izboljšav**: projekt naj se umesti v sistem, saj je koristen tako za zavarovance kot za delodajalce, s tem pa bo tudi širše dostopen; sodelovanje zavarovancev in delodajalcev naj bo pri vračanju na delo obvezno in ne zgolj prostovoljno; proces naj se zaključi po dokončni oceni invalidnosti in določitvi primerne delovnega mesta; doda naj se možnost ponovne vključitve v primeru težav oziroma možnost obračanja na strokovne delavce tudi po izteku vključenosti. Priporočili bi ga vsem zavarovancem in delodajalcem.

*»Hitrejša obravnava na ZPIZ, sploh v primerih, ko je prisotna volja za delo.«*

Opozarjali so tudi na nepovezanost med izbranim osebnim zdravnikom in zdravniki specialisti oziroma neupoštevanje mnenj drug drugega. Predlagali so, da naj se izboljšata *povezanost* med izbranim osebnim zdravnikom, ZZZS, ZPIZ in strokovnimi delavci zaposlitvene rehabilitacije in komunikacija med njimi ter da bi morale biti mnenje izbranega osebnega zdravnika in specialistov MDPŠ na ZZZS glede zavarovancevih omejitev bolj upoštevano. Strokovni delavci zaposlitvene rehabilitacije bi morali imeti pri določanju omejitev v času bolniškega staleža več besede, njihovo mnenje in priporočila bi morali biti bolj upoštevana. S tem bi se skrajšali postopki, saj ne bi bila potrebna ponovna obravnava na invalidski komisiji ZPIZ (ne bi bilo podvajanja dela). Zadoštevati bi morala ocena in mnenje specialista MDPŠ in strokovnega tima, že brez vključevanja drugih ustanov. Pravočasno bi moralo biti tudi informiranje in ozaveščanje izbranega osebnega zdravnika.

Nekateri zavarovanci so navedli, da so se jim ob telesnih težavah pojavile tudi težave v duševnem zdravju. Taka raznolikost in kompleksnost težav pa zahteva poseben pristop. Nekateri zavarovanci so navajali tudi, da invalidska komisija ZPIZ ne upošteva mnenja strokovnega tima zaposlitvene rehabilitacije, temveč deluje po nekem svojem principu in pravilih ter potem poda oceno na podlagi manj celostnega vpogleda v položaj posameznega zavarovanca, zato se lahko ta zelo razlikuje od ocene strokovnega tima.

Do razlik je prihajalo tudi pri zaključevanju bolniškega staleža. Nekateri zdravniki so se držali normativov (npr. kdaj po operaciji se moraš vrniti na delovno



mesto), in to brez upoštevanja razmer v posameznem primeru, drugi so zaključevali bolniški stalež brez mnenj in izvidov. Težava so tudi ob dolgotrajnem bolniškem staležu nizka nadomestila. Zavarovanci si želijo, da bi bilo na že tako bolne ljudi manj pritiska v smislu zaključevanja bolniškega staleža.

Manj zadovoljive so bile tudi izkušnje z ZPIZ, bodisi zaradi zavrjenega predloga za upokožitev za štiri ure bodisi zaradi dolgega čakanja na odgovor. Obravnava na invalidski komisiji ZPIZ poteka včasih tudi celo leto. Nekateri zavarovanci so imeli občutek, da na invalidski komisiji ZPIZ sploh ne berejo mnenj specialistov, nekateri pa so morali intervenirati za pospešitev postopka. Posamezniki so izražali bojazen, da jim v njihovi delovni organizaciji ne bodo mogli zagotoviti zanje ustreznega delovnega mesta, zlasti če jim bo invalidska komisija ZPIZ določila omejitve pri delu.

Poudarjen je bil tudi pomen sodelovanja delodajalcev in njihovega razumevanja problematike vračanja na delo, njihove izkušnje z delodajalci pa so bile različne – imeli so podporo in so se na delovno mesto po bolniškem staležu vračali postopoma oziroma so jim zmanjšali obseg dela ali ergonomsko uredili, prilagodili delovno mesto (npr. namesto pretežno fizičnega delo so opravljali organizacijsko delo), v majhnih kolektivih pa se je bilo v primerih bolniškega staleža in potem dela za krajši delovni čas težje usklajevati. Nekateri delodajalci pa si, po mnenju zavarovancev, sploh ne želijo, da bi se zavarovanci, če imajo kakršnekoli omejitve, vrnili na delo. Zavarovanci menijo tudi, da bi morali imeti delodajalci več posluha za zdravstvene težave svojih zaposlenih. Samozaposleni in zavarovanci iz kmetijske dejavnosti pa so poseben problem.

Zavarovanci so opozorili še na stigmatizacijo ljudi, ki so v dolgotrajnem bolniškem staležu, tako v družbi kot v konkretnem delovnem okolju, in izražali potrebo po več pregledih pri zdravniku SMDPŠ, več fizioterapijah ipd.

Koristi zgodnjega vključevanja v poklicno in zaposlitveno rehabilitacijo lahko povzamemo tudi po mnenju iz anketnega vprašalnika:

*»Tu vidim prednost in prihodnost, ki jo prinaša projekt. Tim strokovnjakov z različnih področji, ki preuči tvoje stanje in ti pomaga, da se lahko vrneš na delo. Nisi sam – ne v birokraciji, ne v pogovorih z delodajalcem. Poznaš postopke, veš, kaj se bo dogajalo, pokažejo ti pot. Če*

*nečesa ne veš, vprašaj, in ti povejo. Pot vračanja na delo je usklajena in prilagojena tvojemu zdravstvenemu stanju, ki ga je videl in preučil tim strokovnjakov z različnih področji.»*

### **Mnenje DELODAJALCEV (vir: anketa, n = 27)**

Delodajalci so pozitivno ocenili sodelovanje s strokovnimi delavci (M = 4,1), ob tem pa izpostavili pomen sodelovanja specialista MDPŠ in sodelovanja s strokovnim timom tudi potem, ko se je zavarovanec že (postopno) vračal na delo (72 %, M = 4).

Svoje vloge pri vračanju na delo pa niso vsi ocenili kot aktivno; niso se strinjali, da so s svojim znanjem in izkušnjami lahko pripomogli k temu, niti da so v projektu pridobili pomembne informacije za nadaljnje delo z zaposlenimi z zdravstvenimi težavami (M = 3,4; s tako vlogo se je strinjala polovica sodelujočih, 6 jih je izbralo nevtralno vrednost, 7 pa se jih s trditvijo ni strinjalo).

Deloma, čeprav v manjši meri, so se strinjali, da je bila vrnitev na delo zaradi postopnega vračanja na delo hitrejša (kar 29 % se jih s tem povsem ne strinja, M = 2,9), v povprečju pa so se dokaj strinjali, da je implementacija pilotnega modela vračanja na delo v redno prakso smiselna (63 % navedb, M = 3,8). Navajali so tudi, da so s sodelovanjem vseh, tudi zavarovancev, tem lažje prilagodili delo, naloge in obremenitve.

Delodajalci so navajali tudi, da ima pilotni projekt veliko prednosti in da se je z njim pokazalo, da bi se na tak način močno skrajšal bolniški stalež in bi se zavarovanec lahko hitreje vrnil na delo. Po njihovem mnenju bi obravnave v skupnem timu, v katerem bi sodelovala tako ZZS kot ZPIZ, zagotovo skrajšale vračanje na delo in postopke na invalidski komisiji ZPIZ, tudi zavarovanci bi lahko s svojo aktivno vlogo pripomogli, da bi delodajalci v sodelovanju z njimi poskušali najti zanje primerno delovno mesto. Delodajalci so menili tudi, da bi bilo na ta način več zanimanja za poklicno rehabilitacijo.

Ob tem pa so bili izraženi tudi pomisleki o smiselnosti (pre)zgodnjega vračanja na delo, saj predstavlja krajši delovni čas za nekatere velik izziv (to lahko moti delovni proces, zahteva pomoč sodelavca). Nekateri delodajalci so tako ocenili, da bi bilo bolj smiselno, da bi se zavarovanec vrnil na delo šele, ko je sposoben delati polni delovni čas, pa čeprav z manjšo učinkovi-

tostjo. Zgodnejše vračanje na delo lahko po mnenju takih zmanjša delavčevu učinkovitost, hkrati pa delodajalcu poveča stroške.

Nekateri delodajalci so ocenili, da v projektu niso bili (dovolj) podprti, želeli so si več, in to boljšega sodelovanja s strokovnim timom ali zdravniki, potrebovali bi tudi pravno pomoč; menili so, da so bili podpore deležni predvsem njihovi zaposleni. Nekateri delodajalci pa so imeli občutek, da so z zavarovancem vse uredili že sami. Ustrezen dodatni pripomoček bi tako lahko bila dodatna spletna (pod)stran, prilagojena delodajalcem.

Njihov predlog je bil tudi, da se jih informira že pred vključitvijo zavarovanca v projekt, in sicer predvsem da se jih seznanijo z namenom projekta, s sodelujočimi pri vračanju na delo in z njihovo vlogo, možnostmi delodajalca in zavarovanca ter možnim izidom po koncu projekta. Proces vračanja na delo naj se začne čim prej, sodelujejo naj različni strokovnjaki, obravnava pa naj bo enotna (manj „podajanja“ delavca od enega do drugega specialista). Več naj bo sodelovanja med delodajalcem in zdravniki, vendar naj bosta pri tem jasno dogovorjeni in razmejeni vloga in odgovornost specialista MDPŠ, ki je sodeloval pri projektu, in specialista MDPŠ, s katerim ima delodajalec pogodbo (izvajalec medicine dela pri delodajalcu).

Pojasni pa naj se tudi vloga delodajalca v primeru, ko je proces vračanja na delo neuspešen. Na nadaljnje zaposlitvene možnosti je namreč treba gledati širše, saj je v podjetju glede na zavarovančeve omejitve pri delu pogosto težko dobiti ustrezno delovno mesto.

*»Dejstvo, da smo večje podjetje, včasih izzove prepričanje, da imamo dovolj delovnih mest, in da ga bomo že lahko nekam prerazporedili, čeprav ni nujno, da je oseba sploh še delazmožna.«*

Delodajalci so menili tudi, da je pri pripravi načrta vračanja na delo smiselno natančno proučiti še to, ali je zavarovanec sploh motiviran za delo, in naj se predloge za izboljšanje delovnih mest tudi finančno ovrednoti in se za to določi financerja.

## 8 PREDLOG REŠITEV IN SPREMEMB – OPTIMIZACIJA PROCESA ZGODNJEGA VRAČANJA NA DELO

Optimizacija procesa zgodnjega vračanja na delo obsega ukrepe, s katerimi bi v ta proces aktivno posegali s strokovno podporo. Sem spada določitev časovnih mejnikov in z njimi povezanih strokovnih ukrepov.

### 1. Poenotenje definicije invalidnosti

- Prvi korak k poenotenju sistema je sprememba razumevanja **invalidnosti** v smeri, da je **to zdravstveno stanje, ki ga je mogoče izboljšati**.
- Pri ocenjevanju invalidnosti in zdravstvenih ovir v procesu vračanja na delo in poklicne rehabilitacije mora biti v uporabi **funkcionalna definicija invalidnosti**, ki predvideva uporabo **biopsihosocialnega modela**, katerega središče je obravnavana oseba, medtem ko je v sedanjih postopkih ta obravnavana le v medicinskem okviru in tako niso v ospredju vse njene dejanske potrebe in potrebe okolja.
- **Izmenjava podatkov o zavarovancih** – urediti bi bilo treba pravno razmerje med ključnimi akterji v teh procesih (ZZZS, ZPIZ, ZRSZ, medicina dela, izvajalci zaposlitvene rehabilitacije).

### 2. Enoten izvedenski organ

- Pri izvajanju procesov vračanja na delo je treba za osebe z okvarami zdravja, začasnimi ali trajnimi, določiti **organizacijsko obliko in delovanje po enotnih kriterijih**, iz katerih bi izhajalo izvedenstvo tako na področju zdravstvenega kot invalidskega zavarovanja. Tako pri ocenjevanju zmožnosti za delo ne bi prihajalo do uporabe različnih kriterijev, taka organizacijska oblika (enoten izvedenski organ) pa bi predstavljala krovno enoto, ki bi izvedensko delo strokovno usmerjala. Za obravnavo zavarovancev na komisijah enotnega izvedenskega organa bi lahko pripravili predlog izbrani osebni zdravnik, imenovani zdravnik ZZZS ali specialist MDPŠ, lahko pa tudi zavarovanec sam.
- Enoten izvedenski organ bi moral biti v **pristojnosti ZZZS in ZPIZ** in bi moral delovati v sodelovanju z **ZRSZ**. Organiziran bi bil **regijsko**.

Komisije pri enotnem izvedenskem organu bi ocenjevale potrebnost nadaljnje obravnave zavarovancev.

- Pravico do obravnave na komisiji enotnega izvedenskega organa bi morale imeti **tudi brezposelne osebe** z zdravstvenimi težavami. V tem primeru bi v komisiji sodeloval **še** predstavnik ZRSZ.

### 3. Obravnava zavarovancev v dolgotrajnem bolniškem staležu

- **Začetno obdobje** bolniškega staleža opredelimo kot prve **3 mesece bolniškega staleža**. V tem času potekajo diagnostika, zdravljenje in medicinska rehabilitacija, stečejo pa že lahko tudi ukrepi za vračanje na delo.
- **Po treh mesecih** bolniškega staleža se začne **izvajati ukrepe**, ki so podlaga za čim hitrejše vračanje delavcev na delo, obenem pa se v skladu z doktrino nadaljujejo diagnostika, zdravljenje in medicinska rehabilitacija. **Odpraviti je treba pravilo, da mora biti zdravljenje zaključeno, da se postopek vračanja na delo sploh lahko začne.**
- Specialist MDPŠ obravnava zavarovanca najkasneje po 3 mesecih bolniškega staleža in poda predlog vračanja na delo v obliki **individualnega načrta za vračanje na delo**. Oceno lahko zahtevajo delodajalec, delavec, imenovani zdravnik ZZS ali izbrani osebni, zdravnik.
- Po individualnem načrtu vračanja na delo je v sklopu te prve obravnave poudarek na vračanju na njegovo delovno mesto, in to v **tesnem sodelovanju z delodajalcem**.
- Specialist MDPŠ predlaga vračanje na delo **na več nivojih**. Najprej išče rešitve pri obstoječem delodajalcu, če pa to ni mogoče, predlaga kompleksnejšo obravnavo pri enotnem izvedenskem organu.

### 4. Poklicna rehabilitacija

- **Za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije ne bi smel biti predpogoj status invalida**. Rehabilitacija bi se morala začeti že takoj, ko je jasno, da bo zavarovanec potreboval kompleksno strokovno obravnavo.
- Na predlog specialista MDPŠ, izbranega osebnega zdravnika ali imenovanega zdravnika ZZS mora rehabilitacijske potrebe oceniti komisija **enotnega izvedenskega organa**.

- Strokovne podlage za poklicno rehabilitacijo pripravijo strokovni timi izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije. Zavarovanca napoti v obravnavo komisija enotnega izvedenskega organa.
- **Medicinska in poklicna rehabilitacija** morata biti **povezani** in potekati morata **vzporedno**, ne zaporedno. Zavarovanec bi se tako vključil v proces vračanja na delo in poklicne rehabilitacija še med bolniškim staležem, kar se je pokazalo kot najučinkovitejši pristop.
- V procesu vračanja na delo in poklicne rehabilitacije **bi morali imeti ključno vlogo delodajalci in zavarovanci**, to pomeni, da bi aktivno sodelovali pri načrtovanju in izvajanju vračanja na delo oziroma pri poklicni rehabilitaciji.
- Sistemsko bi bilo treba **formalizirati različne oblike skrajšanega delovnega časa**, saj je v praksi pogosto nemogoče zagotoviti npr. 4-urni delavnik vsak dan, mogoče pa je zagotoviti 8 ur dela vsak drugi dan. Nekateri zavarovanci težko dosežejo 4 ure dela na dan in 20 ur na teden daljši čas. Pripraviti je treba tako zakonsko podlago, ki bo v procesu vračanja na delo in tudi po končanem procesu omogočala prilagodljivo oblikovanje delovnega časa (naš cilj bi moral biti, da naj vsakdo dela, kolikor zmore).
- Če vrnitev na obstoječe delovno mesto ni mogoča, se prizadevanja za vrnitev na delo, vključno z ukrepi poklicne rehabilitacije, razširijo na **celoten trg dela**. Poklicna rehabilitacija se v takem primeru usmeri v **pomoč pri iskanju nove zaposlitve**. Ob izgubi zaposlitve pa se zavarovanca takoj preusmeri v zaposlitveno rehabilitacijo in se pri tem uporabi že izdelano strokovno mnenje.

## 5. Širitev pravic iz naslova poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2

- Ob obstoječi pravici do poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2 bi bilo treba poenostaviti in podrobneje razdelati proces iskanja novega delodajalca na trgu delovne sile. Pri vseh zavarovancih s trajnimi okvarami zdravja, za katere se v procesu obravnave v timu ugotovi, da jim obstoječega delovnega mesta ni mogoče prilagoditi, delodajalec pa ne razpolaga z drugim ustreznim delovnim mestom, naj bi se ta proces začel čim prej. Pri uveljavljanju drugih pravic iz poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2 pa je treba zavarovancem omogočiti, da jih tudi pri tem spremlja strokovni delavec tima.

## 6. Sodelovanje delodajalcev

- Določiti je treba **obliko stalnega sodelovanja delodajalca z zaposlenimi**, in sicer z namenom ohranjanja stika, kar pomeni večje možnosti za vrnitev na delo, pa tudi pri iskanju drugih rešitev.
- **Povečati je treba odgovornost in vzpostaviti sistem spodbud za delodajalce.** Delodajalce je treba bolje seznaniti s **spodbudami za sodelovanje v procesu vračanja na delo.**
- Delodajalcem, ki sodelujejo v procesu vračanja na delo njihovega zaposlenega, je treba **zagotoviti ustrezno strokovno podporo.**

## 7. Vloga zdravnikov in drugih strokovnih delavcev

- **Pri izbranih osebnih zdravnikih** je treba uzavestiti problematiko dolgotrajnega bolniškega staleža in jih opolnomočiti s poznavanjem možnosti za učinkovit proces vračanja na delo.
- **Imenovani zdravniki ZZS** bi morali imeti možnost, da spremljajo zavarovanca ves čas njegovega bolniškega staleža, saj primer poznajo in spremljajo njegov razvoj.
- V okviru obravnave na ZZS naj bi se zavarovancu dodelil strokovni delavec ustrezne izobrazbe in usposobljenosti, ki bi bil vodja primera in bi zavarovanca obveščal o njegovih pravicah in dolžnostih ter bi ga spremljal ves čas procesa vračanja na delo.
- **Specialisti MDPŠ bi se morali usposobiti tudi za sodelovanje v procesu vračanja na delo.** Urediti bi bilo treba status specialistov MDPŠ in jih vključiti v javni sistem zdravstvenega zavarovanja z namenom sodelovanja v procesu vračanja na delo.
- V začetku vpeljevanja sistemskih sprememb bi bilo smiselno oblikovati **mrežo specialistov MDPŠ**, v kateri bi delovali že usposobljeni specialisti, postopno pa bi postalo sodelovanje pri vračanju na delo ena od aktivnosti vseh izvajalcev medicine dela. Pokazala pa se je tudi potreba, da bi specialisti MDPŠ v zvezi s procesom vračanja na delo svetovali tudi izbranim osebnim zdravnikom.
- V procese vračanja na delo bo treba po vzoru mreže izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije vključiti več **strokovnih timov.**
- Zagotoviti je treba boljše sodelovanje med vsemi udeleženi – med izbranimi osebnimi zdravniki ter specialisti MDPŠ, ZZS in

ZPIZ, v smislu konkretnega sodelovanja (dogovarjanja) brez zdaj obstoječih administrativnih ovir. Ključno je torej **medsektorsko in medinstitucionalno povezovanje** (npr. poklicna in zaposlitvena rehabilitacija), preseči moramo ločevanje programov glede na institucije, financiranje ipd.



## 9 RAZUMEVANJE KOMPLEKSNIH KLINIČNIH PRIMEROV V MEDICINI DELA

Analiza obravnav v pilotnem projektu je pokazala, da nekaterih zavarovancev, ki so bili v dolgotrajnem bolniškem staležu, ne bi bilo treba obravnavati timsko, temveč bi zadostovala že obravnava pri izvajalcu medicine dela. V kriterijih za vključitev v pilotni projekt je bilo sicer predvideno, da se vključujejo zavarovanci s kompleksnimi zdravstvenimi težavami, a teh nismo natančno opredelili. Poleg tega pa kompleksnost težav ni povezana samo z medicinskim vidikom, zato moramo gledati na zavarovance, ki so odsotni z dela zaradi bolezni, v širšem kontekstu delovnega in socialnega okolja.

S tem namenom smo pregledali literaturo. Primeren model za ugotavljanje kompleksnosti težav smo odkrili v članku, v katerem D. Lalloo in drugi ugotavljajo, da se s kompleksnimi kliničnimi primeri srečujemo v vseh vejah medicine. Posebnost medicine dela kot stroke pa je v tem, da se mora povezovati tako z delavci kot z njihovimi delodajalci in da so nasveti teh specialistov (MDPŠ), povezani z zdravjem, ob tem regulirani še z dodatnimi etičnimi in zakonskimi pravili, kar daje kompleksnosti še dodatno dimenzijo. **V ospredju je razmerje med delavcem in delovnim mestom, kar še bolj povečuje zahtevnost reševanja posameznega primera.**

Zmožnost za delo je treba ugotavljati pri delavcih, ki so dolgotrajno odsotni z dela, pri takih s pogosto kratkotrajno odsotnostjo in pri vseh tistih zaposlenih, ki zaradi težav z zdravjem potrebujejo prilagoditev delovnega mesta, novo zaposlitev ali se morajo invalidsko upokojiti.

Pacienti s kompleksnimi zdravstvenimi težavami so tisti, za katere so potrebni posebni načini diagnostike in/ali zdravljenja. V preteklosti so se študije usmerjale na posameznega pacienta in njegovo zdravstveno stanje, običajno le na komorbidnost ali multimorbidnost. Z razvojem so prišli v ospredje tudi številni drugi dejavniki, to so psihični, socialni, okoljski, kulturološki, genetski, vedenjski in politični, poleg tega pa še odnos zdravnik–pacient in zdravnikova izobrazba, znanje in izkušnje ter komunikacijske veščine. Zaradi številnih dejavnikov, ki vplivajo na proces vračanja na delo, se zdravniki včasih težko odločijo, kakšna obravnava bi bila za delavca v procesu ocenjevanja zmožnosti za delo potrebna.

V navedenem članku je predstavljen **model za ugotavljanje kompleksnih primerov v medicini dela**. Model je bil oblikovan na podlagi proučitve v literaturi opisanih modelov, pri tem pa je bila uporabljena baza podatkov MEDLINE, s ključnimi besedami, in vključeni so bili vsi modeli, opisani do maja 2018, v člankih v angleškem jeziku. V model so njegovi avtorji vključili pet dimenzij, kot so: demografski podatki/kulturni dejavniki, fizično zdravje, psihično zdravje, socialne okoliščine, izkušnje z zdravjem in družbeni dejavniki. Dimenzije so med seboj logično povezali, nekatere dejavnike so spremenili ali opustili, vse pomembne pa so ohranili oziroma so jih dodali. Končni model, ki ga predlagajo, vsebuje 27 dejavnikov, razporejenih na 3 področja, ki vplivajo na kompleksnost primera v medicini dela.

Model so preizkušali na 200 primerih, ki so jih analizirali in kodirali dejavnike, ki prispevajo h kompleksnosti. Sledila je ponovna modifikacija modela, z združevanjem, spreminjanjem ali zavračanjem dejavnikov kompleksnosti primera. Model so nato ponovno pregledali eksperti in se opredelili do posameznih dejavnikov. Ugotovili so, da **na kompleksnost primera pomembneje vplivata zdravje in delovno okolje kot biopsihosocialni dejavniki** (glej spodnjo tabelo).

Med zdravstvenimi dejavniki se je kot najpomembnejša izkazala multimorbidnost, ki postavlja pred medicino dela največje izzive, značilna pa je predvsem za starejše delavce. Pri mlajših delavcih ima večji vpliv resnost obolenja in vpliv tega na njegovo funkcioniranje. V povezavi z delovnim mestom pa se izpostavljajo visoke funkcionalne zahteve in nevarna delovna mesta. Seveda pa lahko imajo velik vpliv tudi biopsihosocialni dejavniki, na primer negativno prepričanje o možnosti ozdravitve, saj tudi to zelo vpliva na kompleksnost primerov. Ob tem pa se dejavniki tveganja medsebojno še multiplicirajo.

Predlagani model vključuje naslednje dejavnike kompleksnosti:

<p>1. Zdravstveni dejavniki:</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• resna fizična bolezen</li><li>• multisistemske okvare</li><li>• funkcionalne motnje</li><li>• nenadna izguba funkcioniranja</li><li>• multimorbidnost (starejši delavci)</li><li>• stranski učinki zdravil (sedacija, zmanjševanje zmogljivosti)</li><li>• kognitivne motnje</li><li>• težave z učenjem pri zaposlenih</li><li>• stanja z negotovo prognozo, pri katerih je potrebno sodelovanje specialista</li><li>• resne psihiatrične bolezni (bipolarna motnja, shizofrenija, psihoze)</li><li>• odvisnost, škodljiva raba substanc</li></ul>
<p>2. Faktorji delovnega okolja:</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• visoko zahtevno delo (psihično in fizično, npr. gasilci, policisti ...)</li><li>• dela z visoko odgovornostjo za varnost</li><li>• medikalizacija politike ravnanja s človeškimi viri v podjetju</li><li>• pomemben konflikt med delodajalcem in zaposlenim</li><li>• grožnja odpovedi</li><li>• pravni postopki (poškodba pri delu)</li><li>• nepripravljenost vodstva za prilagajanje delovnih mest</li><li>• slabo razumevanje vloge medicine dela</li></ul>

3. Biopsihosocialni dejavniki	<ul style="list-style-type: none"><li>• stresorji zaradi domačih, osebnih razmer</li><li>• napačna percepcija bolezni (rumene zastave)</li><li>• socioekonomski dejavniki</li><li>• jezikovne, komunikacijske ovire</li></ul>
-------------------------------	---

Vsekakor bi bilo ta model treba prilagoditi in prirediti s specifikami našega delovnega in socialnega okolja. Kljub temu pa menimo, da je dobro izhodišče za nadaljnjo razpravo in vzpostavitev strokovno utemeljenega ločevanja primerov glede na njihovo kompleksnost in tudi načine obravnave.

## 10 KLINIČNA POT ZA OBRAVNAVO ZAVAROVANCEV, KI SO DOLGOTRAJNO ODSOTNI Z DELA

### Začetna obravnava zavarovanca

- Prve **3 mesece bolniškega staleža** opredelimo kot začetno obdobje bolniškega staleža. V tem času potekajo diagnostika, zdravljenje in medicinska rehabilitacija.
- V tem obdobju steče tudi – na pobudo imenovanega zdravnika ZZSZ, izbranega osebnega zdravnika, delavca ali delodajalca – strokovna obravnava za vračanje na delo.
- Strokovno obravnavo izvede specialist MDPŠ, izvajalec medicine dela pri delodajalcu.
- V sklopu obravnave opravi:
  - klinični pregled zavarovanca,
  - pregled medicinske dokumentacije,
  - ogled delovnega mesta in
  - razgovor s predstavnikom delodajalca.
- Na podlagi obravnave je izdelan individualni načrt vračanja na delo, s poudarkom na vračanju na njegovo delovno mesto.
- Možni predlogi za izid obravnave:
  - zavarovanec še ni zmožen za vračanje na delo → določi se datum **za spremljanje** pri specialistu MDPŠ;
  - zavarovanec **je zmožen za vračanje na delo**, a so potrebne ustrezne **prilagoditve** delovnega mesta, delovnega procesa in/ali delovnih nalog, pri delu potrebuje pomoč in podporo in druge ustrezne prilagoditve ali pa premestitev na drugo ustrezno delovno mesto;
  - zavarovanec **je zmožen za vrnitev na isto delovno mesto**, vendar se predlaga **postopno vračanje na delo**, po shemi 2-4-6-8, 4-6-8 ali 4-8, ob prehodih med posameznimi urnimi po-

stavkami pa je priporočeno spremljanje pri specialistu MDPŠ z evalvacijo poteka procesa vračanja na delo;

- pri zavarovancu gre za **kompleksne zdravstvene težave** (glej definicijo), predlagana je obravnava v strokovnem timu;
  - zavarovanec je **trajno nezmožen** za organizirano pridobitno delo → predstavitev na invalidski komisiji ZPIZ z namenom ugotavljanja invalidnosti.
- Ob vračanju na delo je potrebno spremljanje pri specialistu MDPŠ, ob vsakem obisku pa se navodila v INVD osvežijo.
  - Specialist MDPŠ pripravi INVD in ga posreduje imenovanemu zdravniku ZZS, ki lahko predlog uporabi in, ob upoštevanju preostale zdravstvene dokumentacije, upošteva pri izdaji odločbe o bolniškem staležu.

### **Obravnava kompleksnih primerov zavarovancev v bolniškem staležu**

- Po 3 mesecih bolniškega staleža obravnava zavarovanca enoten izvedenski organ in odloči o njegovi vključitvi v proces vračanja na delo v proces zgodnje poklicne ali zaposlitvene rehabilitacije (strokovna podpora pri vračanju na delo).
- Strokovne podlage za vračanje na delo<sup>26</sup> pripravi specialist MDPŠ in strokovni tim (izvajalci zaposlitvene rehabilitacije).
- Sestava strokovnega tima in nivo zdravstvene dejavnosti, na katerem bo potekala obravnava, bosta prilagojena zavarovančevim zdravstvenim težavam.
- Izdelek timske obravnave bo ocena funkcionalnih zmogljivosti zavarovanca glede na obremenitve in škodljivosti na delovnem mestu, nadaljnji predlogi pa bodo oblikovani v sodelovanju z zavarovancem in delodajalcem.
- Možna izida obravnave:
  - Zavarovanec se bo začel **vračati na svoje delovno mesto** pri delodajalcu z manjšimi začasnimi prilagoditvami tega delovnega mesta in/ali procesa dela ali pa pri istem delodajalcu na **drugo**

---

26 Poročilo obravnave, strokovno mnenje in individualni načrt vračanja na delo.

**delovno mesto.** Pričakujemo namreč, da se bo pri njem povrnilo funkcioniranje, kot je bilo pred boleznijo oziroma poškodbo.

- Zavarovanec **se bo vključil v poklicno rehabilitacijo kot pravico po ZPIZ-2.** V tem okviru se predlagajo že do zdaj znane oblike poklicne rehabilitacije, lahko pa se med seboj kombinirajo.

Rezultate celostne obravnave pošlje strokovni tim v obliki strokovnega mnenja enotnemu izvedenskem organu, ta pa odloči o nadaljnjih postopkih in o zavarovančevih pravicah.

V primeru odločitve, da je smiselna vključitev v poklicno rehabilitacijo kot pravico po ZPIZ-2, strokovni tim **svoje mnenje dopolni** s pripravo **strokovnih podlag** za uveljavljanje te pravice. V tem dokumentu podrobneje opredeli, katero od oblik poklicne rehabilitacije bo zavarovanec uveljavljal.

Izobraževanju in/ali prilagoditvi istega ali drugega delovnega mesta sledi praviloma **usposabljanje v smislu postopnega vračanja na delo in ugotavljanja učinkovitosti na novem ali prilagojenem delovnem mestu.**

**Če delodajalec za zavarovanca zaradi njegovih zdravstvenih težav nima ustreznega delovnega mesta, se njegovo usposabljanje opravi pri drugem delodajalcu,** proces pa lahko poteka v okviru poklicne rehabilitacije kot pravice po ZPIZ-2.

Če specialist MDPŠ presodi, da je smiselna ponovna **obrnava**, lahko to predlaga. V primeru spremembe zdravstvenega stanja pa lahko vnovično obravnavo predlagajo tudi zavarovanec sam (pri izbranem osebnemu zdravniku) ali pa imenovani zdravnik ZZZS oziroma zdravstvena komisija.

## 11 ZAKLJUČNE UGOTOVITVE PROJEKTA ZPZR

Zaključne ugotovitve projekta izhajajo iz poznavanja izkušenj slovenskega sistema, primerjalne analize tujih praks, pilotnega projekta in evalvacije tega projekta. Ugotovitve smo v celoti podali v poglavju 7 – *Predlogi rešitev in sprememb*; tu povzemamo samo najpomembnejše.

Na podlagi primerjalne analize ugotavljamo, da se sistem poklicne rehabilitacije v Sloveniji močno razlikuje od sistemov poklicne rehabilitacije v Nemčiji in na Nizozemskem. Trenutna sistemska ureditev poklicne rehabilitacije v Sloveniji je potrebna korenite spremembe, da bi lahko omogočala izvajanje pravice do poklicne rehabilitacije kot temeljne pravice oseb z zmanjšano zmožnostjo za delo. Pri tem ji lahko služijo kot primer dobre prakse nekatere značilnosti nemškega in nizozemskega modela poklicne rehabilitacije.

Iz analize poklicne rehabilitacije v Nemčiji izhaja, da bi bila smiselna uporaba Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, ki temelji na biopsihosocialnem modelu, saj omogoča ustrezno celostno obravnavo oseb, ki zaradi bolezni oziroma poškodbe trenutno ali trajno ne morejo več opravljati svojega dela.

K večjemu interesu in pogostejšemu odločanju za poklicno rehabilitacijo bi pripomogla tudi sprememba ZPIZ-2, po kateri bi bila pravica do poklicne rehabilitacije v postopku vračanja na delo ključni element, kot imajo to urejeno v Nemčiji in na Nizozemskem.

Spodbuditi oziroma vzpostaviti bi bilo treba stalno komunikacijo med odgovornimi institucijami – ZZZS, ZPIZ in ZRSZ –, načrtovana bi morala biti strateško, ob pomembnih mejnikih rehabilitacije. Tako bi se med odgovornimi institucijami vzpostavilo učinkovitejše sodelovanje. To bi zahtevalo spremembo različnih zakonov, še prej pa bi bila smiselna vzpostavitev krovnega telesa, ki bi skrbelo za medsebojno sodelovanje vseh relevantnih institucij, strokovnjakov in socialnih partnerjev.

Na podlagi nizozemskega modela ugotavljamo, da bi morale biti oblikovane spodbude, ki bi zagotovile bolj aktivno vključevanje delodajalcev, tako pri spremljanju zaposlenega in oblikovanju individualnega načrta za njego-



vo vračanje na delo kot tudi pri iskanju nove zaposlitve za tistega njihovega zaposlenega, za katerega ne morejo več zagotoviti ustreznega delovnega mesta.

Nujno bi bilo uveljaviti pravico do poklicne rehabilitacije kot dela celostne rehabilitacije, ki se začne izvajati že med bolniškim staležem in je namenjena pospeševanju procesa vračanja na delo. Vzpostavitev primerljivega sistema, kot je nemški MBOR, že v začetni fazi medicinske rehabilitacije, bi lahko pripomogla k večjemu vključevanju v poklicno rehabilitacijo in posledično manjšemu številu invalidskih upokojitev. S hitrejšim prepoznavanjem zaposlenih, primernih za rehabilitacijo, in hitrejšimi obravnavami in izvajanjem poklicne rehabilitacije bi se celotna poklicna rehabilitacija skrajšala. Zaposlenemu pa bi to olajšalo tudi ohranjanje stika z delovnim mestom in bi omogočilo večjo motiviranost za vrnitev v delovni proces.

Tudi naš pilotni projekt je pokazal, da bi se morali z zavarovanci, ki so odsotni z dela zaradi zdravstvenih težav, začeti ukvarjati čim prej. Ključno vlogo v procesu vračanja na delo bi moral imeti na predlog izbranega osebnega zdravnika imenovani zdravnik ZZS, ki bi na podlagi informacij izbranega osebnega zdravnika zavarovanca usmeril v nadaljnjo obravnavo.

Za vključevanje v te procese je ključna motivacija, za to pa bi potrebovali usposobljene strokovne delavce, ki bi na predlog imenovanega zdravnika ZZS zaposlenega povabili na razgovor z namenom, motivirati ga za vračanje na delo. Strokovni delavec bi zavarovanca spremljal in usmerjal celoten potek procesa. Po izkušnjah iz projekta bi moral ta strokovni delavec imeti sedež na ZZS ali pri enotnem izvedenskem organu.

Pilotni projekt je pokazal, da je timska obravnava zavarovancev smiselna le pri kompleksnih primerih, ki smo jih poskušali definirati na podlagi lastne izkušnje in modela iz literature.<sup>27</sup>

Tudi v preprostejših primerih pa bi bilo smiselno vključevati specialiste MDPŠ pri delodajalcih, saj bi ti s »tehničnim«<sup>27</sup> poznavanjem delovnih mest, pa tudi organizacijskih posebnosti in navsezadnje tudi politike in kulture vračanja na delo še najlažje ocenili, kakšne so možnosti določenega zaposlenega v bolniškem staležu za vrnitev v delovni proces.

---

27 Glej poglavje 7.2 Razumevanje kompleksnih kliničnih primerov v medicini dela.

V projektu se je izkazalo, da je bilo v procesu vračanja na delo ključno sodelovanje vseh vključenih, saj je to bistveno pripomoglo, da se je določen delež zavarovancev vrnil na svoje delovno mesto brez obravnave na invalidski komisiji ZPIZ, kar je za zavarovanca in tudi za delodajalca najbolj zadovoljiv izid. V projektu je bil tak izid statistično pomembno povezan s stopnjo izobrazbe zavarovancev.

Za pripravljenost za sodelovanje v teh procesih bo potrebne več zunanje spodbude, in to tako za delodajalce kot za zavarovance.

V procesu vračanja na delo sama predstavitev na invalidski komisiji ZPIZ še ne ponuja rešitve. O ustreznih omejitvah pri delu bi morali razmišljati v sodelovanju z zavarovancem in delodajalcem, ki morata omejitve prenesti v prakso. Ko je izdana odločba ZPIZ, je naloga delodajalca, da poišče primerno delovno mesto, vendar je to ob današnji dinamiki spreminjanja proizvodnih procesov pogosto težko izvedljivo. Velika podjetja uporabljajo za svoje proizvodne procese sistematizacije, v okviru katerih je mogoče delavce premeščati glede na potrebe proizvodnega procesa, zato je težko govoriti o delovnem mestu, ki bi bilo rezervirano za določeno osebo s težavami v zdravju. Hkrati pa so lahko zelo specifične posameznikove omejitve dodatna ovira pri iskanju ustreznega dela zanj.

Evalvacija projekta je pokazala, da so vsi sodelujoči projekt ocenili kot koristen in uporaben in da podpirajo prenos pilotnega modela na sistemsko raven. Pri tem so poudarili kot pomembno predvsem hitrejše vračanje na delo in vključevanje v poklicno rehabilitacijo, aktivno vlogo delodajalcev in zavarovancev in medsebojno sodelovanje institucij, kot dobra in učinkovita praksa pa se je izkazalo tudi sodelovanje specialistov MDPŠ in članov strokovnega tima izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije.

Za pomembno se je izkazalo tudi to, da se zavarovance napotuje na čim manj institucij, za to pa je nujno povezovanje vseh akterjev na področju vračanja na delo. S tem ciljem predlagamo ustanoviti enoten izvedenski organ.

Taka rešitev pa zahteva spremembe pri vseh udeleženi. Vsi, tudi zdravniki in strokovni sodelavci, predvsem pa zavarovanci in delodajalci, bi morali biti seznanjeni s potmi za vračanje na delo, predvsem pa bi morali verjeti, da lahko v ustreznih okoliščinah in z ustrežno strokovno podporo sodeluje v procesu dela prav vsak človek.

## 12 LITERATURA IN VIRI

- Belin, A., Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y., in Fries-Tersch, E. (2016). *Rehabilitation and return to work: Analysisreport on EU and Member States policies, strategies and programmes*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Bockting, Ad (2007). *Changes in legislation on disability in the Netherlands*. Inclusion in working life ISSA European Regional Meeting.
- Bode, I. (2019). The Post-corporatist Rehabilitation System in Germany: High Potential, Critical Moments. V Harsløf, I., Poulsen, I. in Larsen, K. (ur.), *New Dynamics of Disability and Rehabilitation. Interdisciplinary Perspectives* (43–68). Singapore: Palgrave Macmillan.
- Brecelj, V., Tabaj, A., Bitenc, Č., Toplak, L., Kovač, L., in Kapel, A. (2017). *Evalvacija zaposlitvene rehabilitacije za leto 2016*. URI Soča, Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo.
- de Rijk, A. (2019). Work Disability Prevention in the Netherlands: A Key Role for Employers. V MacEachen, E. (ur.), *The science and politics of work disability prevention* (223–242). New York, London: Routledge.
- Knegt, R., in Westerveld, M. (2008). Sicknes and disability: Going Dutch as a cure for a ‚Dutch disease‘. V *The employment contract as an exclusionary device: An analysis on the basis of 25 years of developments in the Netherlands* (75-100). (Social Europeseries; No. 16). Antwerpen: Intersentia.
- Kramžar, B., Zaviršek, M., Toplak, L., Tabaj, A., in Vidmar, J. (2010). *Evalvacija zaposlitvene rehabilitacije za leto 2009*. Ljubljana: Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo URI Soča. Dostopno prek: [http://www.irrs.si/f/docs/Razvojni\\_center\\_za\\_poklicno\\_rehabilitacijo/Evalvacija\\_zaposlitvene\\_rehabilitacije.pdf?irrs\\_admin=jnj3mren2s1na2mqicb9l6p8i4](http://www.irrs.si/f/docs/Razvojni_center_za_poklicno_rehabilitacijo/Evalvacija_zaposlitvene_rehabilitacije.pdf?irrs_admin=jnj3mren2s1na2mqicb9l6p8i4)
- Laloo, D., Gallagher, J., Macdonald, E., in McDonnell, C. (2021). Clinical Case Complexity in Occupational Health: Contributing Factors and a Proposed Conceptual Framework Model. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(6), e352–e361.
- Mittag, O., Kotkas, T., Reese, C., Kampling, H., Groskreutz, H., de Boer, H., in Welti, F. (2018). Intervention policies and social security in case of reduced working capacity in the Netherlands, Finland and Germany. A comparative analysis. *International Journal of Public Health*, 63(9), 1081–1088.

- Nijhuis, F. J. N., van Lierop, B. A. G., in Wichers, F. (2006). Vocational rehabilitation in the Netherlands. V Gobelet, C. in Franchignoni, F. (ur.), *Vocational Rehabilitation* (367–377). Paris: Springer-Verlag France.
- OECD (2007). *Sickness and Disability Schemes in the Netherlands*. Country memo as a background paper for the OECD Disability Review.
- Prijon, T. (2022). Statistična analiza zdravstvenega absentizma, Slovenija, 2018–2021. Interno gradivo.
- Reims, N., in Bauer, U. (2015). Labour Market Status and Well-Being in the Context of Return to Work After Vocational Rehabilitation in Germany. *Journal of Occupational Rehabilitation*, (25): 543–556.
- Sremec, M. (2020). .Osebni intervju, 10. september 2020.
- Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča (2020). *Strokovno poročilo URI Soča za leto 2019*.
- Welti, F. (2019). Work disability policy in Germany: Experiences of collective and individual participation and cooperation. V MacEachen, E. (ur.), *The science and politics of work disability prevention* (171–188). New York, London: Routledge.
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – ZPIZ-2 (2013). *Uradni list RS*, (48/22).
- Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov – ZZRZI (2004). *Uradni list RS*, (16/07, 87/11, 96/12, 98/14, 18/21)
- Zakon o delovnih razmerjih – ZDR-1 (2013). *Uradni list RS* (21/13, 78/13).
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZZV (1992). *Uradni list RS* (72/06).
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu – ZVZD-1 (2011). *Uradni list RS* (43/11).





REPUBLIKA SLOVENIJA  
**MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO,  
SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI**



EVROPSKA UNIJA  
EVROPSKI  
SOCIALNI SKLAD  
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST



**ZPZR**

Zgodnja poklicna in  
zaposlitvena rehabilitacija  
v procesu vračanja na delo



Univerzitetni  
rehabilitacijski inštitut  
Republike Slovenije Soča