

OHRANJANJE DELOVNE ZMOŽNOSTI - IZZIV ZA REHABILITACIJO V PRIHODNOSTI *IMPROVING WORK ABILITY - THE CHALLENGE FOR THE REHABILITATION IN FUTURE*

Asist. mag. Andrejka Fatur Videtič, dr. med.
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana

Povzetek

V prispevku so s statističnimi podatki predstavljene spremembe zdravstvenega stanja prebivalstva v Sloveniji. Predstavljajo izziv za rehabilitacijo, da bi med kazalnike izida uspešnega zdravljenja in rehabilitacije v prihodnosti vključili tudi doseženo stopnjo delovne zmožnosti ljudi s kronično okvaro zdravja in njihovo vrnitev na delo in s tem sooblikovali postopke obvladovanja invalidnosti pri bolnikih, ki so aktivni zavarovanci. Poudarjen je pomen bio-psiho-socialnega modela za definiranje delovne zmožnosti in njegovega prenosa v prakso. Podan je pregled izbrane literature, ki nakazuje smeri razvoja sodobne rehabilitacije s stališča njenega prispevka in uspešnosti pri vračanju bolnika na delo. Posebej je poudarjen bodoči razvoj poklicne rehabilitacije kot samostojne dejavnosti in kot dela terapevtskih programov, ki so usmerjeni k vrnitvi bolnika na delo.

Ključne besede:

delovna zmožnost, vrnitev na delo, bio-psiho-socialni model, rehabilitacija, poklicna rehabilitacija

Summary

The article discusses the changes in demographic, health and disability statistics of the Slovenian population. They are defined as a challenge for rehabilitation in the future - the achieved level of workability and return to work should be included among the outcome measures of health and rehabilitation treatment. In that manner rehabilitation should contribute to the disability management strategy. The role of bio-psycho-social model for the definition of workability is stressed. The article includes an outline of selected literature to illustrate future developmental directions for rehabilitation and vocational rehabilitation through rehabilitation programs which seem to have possible positive contribution to return to work and employment of working-age patients and clients.

Key words:

work ability, return to work, bio-psycho-social model, rehabilitation, vocational rehabilitation

UVOD - ZNAČILNOSTI POPULACIJE, POVEZANE Z DELOVNO ZMOŽNOSTJO

S sodobnim razvojem posameznika, skupin in družbe ter okolja postajata človekovo zdravje ter z njim povezana delovna zmožnost vse bolj ogrožena in hkrati potrebna dobrina. Delovna zmožnost vedno bolj razčlenjujejo, da bi jo tako lahko ohranili na čim višji ravni. Delovna zmožnost ljudi s kronično okvaro zdravja in njihovo vračanje na delo po zdravljenju in rehabilitaciji vedno bolj sooblikujeta postopke za obvladovanje invalidnosti v razvitih državah. Je pokazatelj njihove socialne vključenosti, uspešnosti preprečevanja njihovega prezgodnjega invalidskega upokojevanja in brezposelnosti zaradi invalidnosti in je temelj obvladovanja velikega naraščanja stroškov, povezanih z bolniškim

staležem. Številni statistični podatki o stanju prebivalstva v naši državi kažejo, da ima razvojno gledano rehabilitacija lahko pomembno mesto in vlogo pri oblikovanju postopkov za obvladovanje invalidnosti prav na področju ohranjanja delovne zmožnosti.

Pozornost velja že staranju prebivalstva. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je bila konec leta 2007 povprečna starost prebivalstva Slovenije 41,1 leta. Ob tem času je bilo na 100 oseb, mlajših od 15 let, kar 116 oseb, starejših od 64 let (indeks staranja prebivalstva je bil 112). Napovedi za nadaljnjih pet desetletij kažejo na povečevanje pričakovane življenjske starosti v Sloveniji, za moške s sedanjih 74 na 83 let in za ženske s sedanjih 82 na 89 let. Pomembno je spreminjanje deleža delovno aktivnega prebi-

valstva. Za obdobje do leta 2013 projekcije kažejo, da se bo razmerje med delovno sposobnim prebivalstvom (od 15 do 64 let) in starim prebivalstvom (65 let in več) od sedanjega razmerja 5:1 poslabšalo na 4:1. Tega neugodnega razmerja ne bo mogoče več bistveno popraviti niti z večjo rodnostjo niti s povečanim priseljevanjem. Aktiviranje starejšega prebivalstva za delo postaja ključni del socialno-ekonomskega razvoja. Slovenija si je za cilj zastavila, da bo dvignila stopnjo zaposlenosti starejših (v starosti 55-64 let) s sedanjih 33,5 % na 43 % do leta 2013.

Da bi lažje predvideli smeri nadaljnjega razvoja, bi opozorili še na zdravstveno stanje zaposlenih. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije so tudi v letu 2007 med najpomembnejše razloge za odsotnost z dela vseh zaposlenih (bolniški stalež) sodile poškodbe izven dela in pri delu (1,05 %), tudi z najvišjim indeksom onesposabljanja 3,8 dni (število izgubljenih dni na enega delavca) in mišično-skeletna obolenja (0,82 %), za katera so imeli oboleli delavci tudi drugi najvišji indeks onesposabljanja, to je 3,0 dni. Glede na oba navedena vzroka obolenosti delavcev velja, da so imeli tisti v starostni skupini 45 do 64 let še višji odstotek, tako bolniškega staleža, kakor tudi števila izgubljenih dni na enega delavca. Če ne upoštevamo obolenosti zaradi bolezni dihal, je bilo zaradi mišično-skeletnih obolenj in poškodb tudi največje število primerov na 100 obolelih delavcev, pri vseh in v starostni skupini od 45 do 64 let. Navedeno informacijo naj dopolnimo še s podatkom, da je imelo mišično-skeletno obolenje največji delež zavarovancev (32,8 %), vključenih v bolnišnično in ambulantno rehabilitacijsko obravnavo. Duševne in vedenjske motnje se ob tem času sicer ne kažejo s prevladujočim deležem med vzroki za odsotnost z dela, so pa na tretjem mestu in jih moramo pozorno spremljati, saj nanje že opozarjajo statistični podatki v drugih državah. S stališča prihodnje vloge rehabilitacije pri ohranjanju delovne zmožnosti in vračanja na delo je pomembne podatek, da ob tem času prevladuje bolnišnična oblika rehabilitacije zavarovancev, njen delež je 40,1 %, v primerjavi z ambulantnim zdravljenjem, katerega delež je samo 32,1 %. Še posebej pa naj opozorimo na statistični podatek, da so bili upokojeanci in brezposelne osebe v največjem deležu (49,4 %) vključeni v ambulantno in bolnišnično rehabilitacijo (49,4 % delež), ki mu z jasno opredelitvijo sledijo oboleli zavarovanci, zaposleni v bolnišnični zdravstveni dejavnosti z 1,3 % deležem.

Posebna pozornost velja podatkom o gibanju števila invalidov in upokojevanju zaradi invalidnosti. Po oceni Svetovne zdravstvene organizacije je skoraj 10 % oziroma 600 milijonov ljudi na svetu, ki sestavljajo skupino invalidov, med njimi jih je več kot 60 % starih od 15 do 64 let, torej iz skupine delovno aktivnega prebivalstva. Če upoštevamo pravne definicije, se število invalidov sicer lahko spreminja, tako da za Slovenijo velja ocena, da jih je okoli 170.000, med njimi pa je največji delež delovnih invalidov, okoli 80 %. V poročilu Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za leto 2007 je v poglavju o delu invalidskih komisij navedeno, da so v obravnavanem letu invalidske

komisije prve stopnje obravnavale 33.113 zadev ali 3,2 % več kot leta 2006. Pomemben je podatek, da so ugotovile 2.979 invalidov I. kategorije (18,1 % vseh podanih mnenj za oceno invalidnosti), 9.369 invalidov II. in III. kategorije (57,1 % vseh podanih mnenj za oceno invalidnosti), pri 4.074 zavarovancih (24,6 % vseh podanih mnenj za oceno invalidnosti) pa invalidnosti niso ugotovile. Najpogostejši vzrok invalidnosti je bila bolezen - pri 89,2 % primerov, sledile so poškodbe izven dela - 6,1 %, poškodbe pri delu - 3,2 % in poklicne bolezni - 0,3 %. Najpogostejši razlog za oceno invalidnosti so bile mišično-skeletne bolezni, 30,9 % vseh bolezenskih stanj, sledila so jim bolezenska stanja zaradi duševnih in vedenjskih motenj s 16,7 % in bolezni obtočil z 11,2 %. V obravnavo za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije je bilo napotenih 175 zavarovancev, nastopilo jo je 88, zaključilo pa 87 zavarovancev. Prevladujoča oblika poklicne rehabilitacije je bilo izobraževanje za pridobitev javno veljavne izobrazbe. Čeprav več kot leta 2006, pa vendar je bila še vedno premalo izkoriščena možnost prilagoditve delovnega mesta, kot oblike poklicne rehabilitacije, saj je bilo sklenjenih le 26 tovrstnih pogodb. Enako velja za sofinanciranje programov usposabljanja zaradi zagotovitve ali ohranitve delovnega mesta invalidov, za katere je bilo sklenjenih 65 pogodb.

V prispevku bi želeli opozoriti :

- na pomen prenosa bio-psiho-socialnega modela v prakso - za sodobno razumevanje zdravja in z njim povezane delovne zmožnosti;
- kateri so lahko izzivi in smeri razvoja sodobne rehabilitacijske medicine, povezani z ohranjanjem delovne zmožnosti bolnikov;
- katera strokovna področja poklicne rehabilitacije bodo s svojim razvojem podprla takšno stopnjo rehabilitiranosti bolnikov, da bi se le-ti uspešno vrnili na delo.

BIO-PSIHO-SOCIALNI MODEL – OSNOVA ZA CELOVITO RAZUMEVANJE ZDRAVJA IN DELOVNE ZMOŽNOSTI

Opredelitev pojma delovna zmožnost/invalidnost

Vsekakor je pomembno osvetliti pojem in definicijo delovne zmožnosti, če naj bi njeno ohranjanje in krepitev sodila med pozitivne cilje rehabilitacijske obravnave bolnika, vrnitev bolnika na delo pa med njene pozitivne izide. Njeno razumevanje in definiranje, povezano tudi z invalidnostjo, je namreč silno različno, tako v strokovni literaturi, kakor tudi v zakonodaji in v različnih programsko strateških dokumentih. V okviru medicinskih strok delovna zmožnost kot pojem ni prav priljubljen, kar pa težko razložimo in utemeljimo, če naj bi bila zaposlitev/vrnitev na delo pomemben, pozitiven končni cilj postopkov zdravljenja in rehabilitacije in eden od kazalnikov uspešnosti. Sodila naj bi torej med pozitivne

lastnosti bolnika, saj naj bi z njo sporočali, kaj bolnik še zmore delati, ne pa kaj ne zmore.

Po splošni definiciji delovna zmožnost pomeni usklajen odnos med zmogljivostjo delavca (funkcijsko, izvedbeno) in zahtevami dela ter delovnega okolja. Sestavlja jo niz telesnih in duševnih sposobnosti in zmožnosti človeka/bolnika, ki so potrebne za izvedbo posameznih delovnih opravil in nalog z uporabo določenih delovnih sredstev. Pomemben del delovne zmožnosti je tudi vzdržljivost za dejavnike delovnega okolja. Le-ti včasih pri vračanju bolnika na delo pomenijo večje tveganje za njegovo zdravje kot samo delo.

Ocenjevanje delovne zmožnosti je tehtanje skladnosti med zahtevami delovnega mesta in delavčevo odzivnostjo. Upoštevati mora njihovo povezanost, časovno in krajevno pogojeno spremenljivost ter možen vpliv družbenih dejavnikov. Tako sta delavčeva odzivnost kot tudi delovno mesto (okolje) zelo dinamični kategoriji, zato tudi ocena ne more biti statična in trajna ugotovitev, temveč dinamičen proces. Ocena ima tako svoj razpon; od popolne delovne zmožnosti (ki jo pogosto povezujemo tudi s popolnim zdravjem) preko različnih stopenj zmanjšane delovne zmožnosti do popolne nezmožnosti za delo. Zato vrednotenje delovne zmožnosti v praksi nemalokrat povzroča veliko težav in različnih, tudi nasprotujočih si mnenj.

Zdravje, delovna zmožnost in bio-psiho-socialni model

Pristopov za merjenje zdravja je več, kot ključne bi navedli: metode (funkcijskega) ocenjevanja, merjenje zdravstvenega stanja in uporabo klasifikacij. Praviloma potekajo ločeno, malo je bilo poskusov njihovega povezovanja. Sodobna medicina je izrazito usmerjena v razvijanje z dokazi podprtih modelov in modelov kakovosti. Številne metode funkcijskega ocenjevanja in merjenja zdravstvenega stanja so sicer postale tudi del klinične prakse, še posebno v rehabilitacijski medicini, vendar v okviru bio-medicinskega modela.

Rezultati številnih raziskav pa kažejo, da za odločanje o vrnitvi na delo (delovna/zaposlitvena diagnostika) medicinski model ni najbolj ustrezen. Zanj namreč velja, da je ob postavitvi diagnoze postopek odločanja za večino ljudi (bolnikov) z enako diagnozo bolj ali manj jasen (algoritmi odločanja). Ob postavitvi delovno/zaposlitvene diagnoze za posameznega bolnika pa podatkov ne primerjamo s skupino, ki ji pripada, pač pa jih za načrtovanje vrnitve na delo presojamo individualno. Npr.: za bolnika po operaciji utesnitvenega sindroma v zapestju, ki ima po operaciji tudi kronično bolečino, je v medicinskem modelu postopek diagnostičnih preiskav in zdravljenja jasen - bolnika opredeljuje diagnoza obolenja in enaki postopki veljajo za vse bolnike s to diagnozo. Ko pa to skupino analiziramo glede na vrnitev na delo, moramo prepoznati individualne težave, povezane z delom, ki lahko posameznika različno omejujejo. Primer:

za vse take bolnike velja priporočilo, naj bi na delovnem mestu njihove roke ne bile izpostavljene vibracijam. Popolnoma individualno pogojeno pa je, v kolikšni meri bo to posameznika oviralo pri vrnitvi na delo/zaposlitev. S tem so povezane tudi različne rešitve, ki lahko obsegajo spremembe v postopku dela in uporabi orodja, premestitev na drugo delovno mesto ali program usposabljanja/izobraževanja za pridobitev novega poklica.

Z navedenim primerom bi želeli poudariti pomen uvajanja širšega, bio-psiho-socialnega modela v klinično prakso, še posebno za ocenjevanje delovne zmožnosti in ustvarjanje potrebnih pogojev za bolnikovo vrnitev na delo ob zaključku zdravljenja in rehabilitacije. Utemeljuje in definira ga Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja, ki je tako prva ustvarila tudi možnost opisovanja funkcijskega stanja bolnika. Zajema vsa področja človekovega zdravja in z zdravjem povezanih stanj, tako da jih lahko sistematično opišemo kot motnjo v zgradbi ali funkciji posameznih organskih sistemov. Na ravni človeka lahko opišemo omejitve učinkovitosti in zmogljivosti njegovega delovanja in sodelovanja, definira pa tudi dejavnike okolja in omogoča ocenjevanje pozitivnega ali negativnega vpliva le-teh. Dinamično povezovanje vseh navedenih kategorij je lahko tudi osnova za bio-psiho-socialno ocenjevanje bolnikove delovne zmožnosti in uresničevanje pogojev za njegovo vrnitev na delo.

Prav rehabilitacijska medicina je tista klinična stroka, ki s prevzemanjem bio-psiho-socialnega modela lahko razvije model spremljanja uspešnosti obravnave bolnika tudi s celovito oceno dosežene stopnje njegove delovne zmožnosti in z oceno o možni vrnitvi na delo.

DELOVNA ZMOŽNOST IN VRNITEV NA DELO – IZZIV ZA RAZVOJ SODOBNE REHABILITACIJE

Rehabilitacija je stroka, ki že po svoji definiciji obravnava bolnika kot celoto, v katero sodi tudi njegova delovna zmožnost in vrnitev na delo. Glede na staranje prebivalstva in spremljajočo obolevnost pridobiva pomembno mesto in vlogo v akcijskih načrtih zdravstvenega varstva v številnih državah. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija je pripravila akcijski načrt aktivnosti za področje rehabilitacije in zmanjšane zmožnosti/invalidnosti za obdobje 2006 do 2011. Tako ne presenečajo številne študije in raziskave, s katerimi so preučevali smeri in področja razvoja rehabilitacije, njene uspešnosti in učinkovitosti, tudi z vidika njenega vpliva na delovno zmožnost in vračanje obravnavanih bolnikov na delo. Skupni razvojni model seveda še ni nastal, saj so pri tovrstnem preučevanju številne težave: v študije niso bili vključeni primerljivi vzorci bolnikov, neenaki oziroma nepriemerljivi so bili izbrani, preučevani parametri in napovedni dejavniki, skromno je število študij, v katere bi bile vključene kohorte. Kljub navedenim raziskovalnim težavam pa lahko

iz literature povzamemo nekaj ključnih smeri, ki nakazujejo razvoj sodobne rehabilitacije prav s stališča njenega prispevka in uspešnosti pri vračanju bolnika na delo:

- a) oblikovanje meril za napotitve bolnikov v programe rehabilitacijske obravnave za obvladovanje bolniškega staleža in delovne invalidnosti, kot del strategije razvoja zdravstvenega varstva na različnih ravneh, za različne skupine obolelih;
- b) razvijanje rehabilitacijskih programov za okvare, ki so posledica sodobnega časa in načina življenja, in jih uvrščamo med »novo nastajajoče«. Mednje so najpogosteje uvrščena stanja po nezgodni možganski poškodbi in politravmi, sindrom kronične utrujenosti in kronične bolečine, borelioza, aids;
- c) za načrtovanje rehabilitacijske obravnave bolnikov je posebej poudarjen pomen prepoznavanja bolezenskih sprememb zaradi čezmernih in ponavljajočih se obremenitev pri delu;
- d) oblikovanje programov stalnega izobraževanja rehabilitacijskih strokovnjakov, pri katerem je poudarjeno ne le poznavanje in spremljanje že omenjenih novih vzrokov invalidnosti, temveč tudi izobraževanje za področje ocenjevanja delovne zmožnosti, s poudarkom na delovni anamnezi in poznavanju zahtev in obremenitev pri delu. Poudarjen je tudi pomen izobraževalnih programov za ostale zdravstvene delavce, npr. za razumevanje in prepoznavanje posledic okvar zdravja, opredeljenih v Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja. To bo tudi prispevek k boljšemu strokovnemu sporazumevanju. Dolgoročna usmeritev v razvoj programa podiplomskega izobraževanja industrijske rehabilitacijske medicine za različne strokovnjake;
- e) poudarjen je pomen prilagajanja rehabilitacijskih programov, tako da bolnik v njih lahko aktivno sodeluje, pomembna pa je tudi vključenost njegove družine. Zato mora imeti rehabilitacijski tim dovolj časa, da bi skupaj z bolnikom in njegovo družino dosegli zastavljene programske cilje;
- f) zgodnji terapevtski programi za vrnitev bolnikov v bolniškem staležu na delo (return-to-work treatment programs) so uspešnejši kot programi za bolnike, pri katerih je okvara zdravja že postala kronična. So tudi bolj učinkoviti, če vključujejo izobraževanje bolnikov, duševno in telesno krepitev, specifično za delo, ki ga bolnik opravlja, in sprostitvene tehnike;
- g) multidisciplinarni in raznoliki, obsežnejši ambulantni terapevtski programi za bolnike s kroničnimi okvarami zdravja, ki vključujejo tudi urjenje kognitivnih sposobnosti, lahko zagotavljajo stabilnejšo vrnitev na delo;
- h) povezovanje programov medicinske rehabilitacije s programi poklicne rehabilitacije lahko pomembno poveča možnosti za vrnitev na delo in prepreči invalidsko upokojevanje;
- i) prilagajanje metod in tehnik ocenjevalnega dela obravnave starejšim bolnikom (še zaposlenim), ker imajo lahko več spremljajočih težav: niso večji testnega sodelovanja, potrebujejo več časa, se hitreje utrujajo, imajo zmanjšane funkcije čutil (vid, sluh);
- j) posamezni strokovnjaki rehabilitacijskega tima lahko z uvajanjem novih metod in tehnik razvijajo tudi ergonomski vidik rehabilitacijske obravnave skupaj z bolnikom in ga ustrezno izobražujejo/vplivajo na njegovo prilagajanje, s tem pridobijo ustrezne podatke o potrebnih prilagoditvah delovnega mesta in dela;
- k) vrnitev na delo, postavljena kot cilj, mora biti del multidisciplinarnih in raznolikih programov rehabilitacije. Za doseganje tega cilja so pomembna naslednja načela rehabilitacijskega tima: njegova enotnost in verodostojnost, sodelovanje z delodajalcem, motivacija bolnika kot delavca, bolnikovo sprejemanje programa, bolnikova motiviranost za ponovno zaposlitev, skladnost tima pri prenosu informacij, vzpostavitev medsebojnega zaupanja med bolnikom in člani tima, postopnost posegov, ukrepov, obvladovanje bolečine, vrnitev na delo kot del terapevtskega programa;
- l) zagotavljanje spremljanja bolnika po vrnitvi na delo. Več pozornosti potrebujejo starejši delavci s kronično boleznijo; rezultati raziskav kažejo, da ob zaključku zdravljenja in rehabilitacije bolnik še ni povsem zmožen prevzeti delovne aktivnosti v celoti. Prvi mesec po zaključku bolniškega staleža bolnik še pridobiva funkcijsko zmožljivost, krepí telesno zdravje, lahko še vedno čuti bolečine, ali ga je strah, da se bodo zaradi obremenitev/nenadnih gibov zdravstvene težave ponovile. Posredovanje ustreznih navodil osebnemu zdravniku, ki naj bi bolnika vodil/spremljal;
- m) na učinkovitost rehabilitacijskih programov v lokalni skupnosti kaže z dokazi podprt program za preprečevanje zmanjšane zmožnosti za delo/invalidnosti bolnikov z bolečino v križu v akutni in zgodnji kronični fazi obolenja. Njegovi avtorji poročajo, da naj bi obsegal: »zmanjšano zmožnost« kot postavljeno diagnozo z vseh možnih vidikov (telesni, psihosocialni, poklicni, administrativni vidik) ter prilagodljiv proces vrnitve na delo, ki naj bi bil usmerjen k delovnemu mestu, vključen naj bi bil interdisciplinarni tim (glede na vrsto prizadetosti), potekal naj bi v sodelovanju z osebnim zdravnikom bolnika, z delodajalcem in službo za varnost in zdravje pri delu.
- n) rehabilitacija na delovnem mestu s postopnim delovnim obremenjevanjem, kot sestavnim delom protibolečinskega zdravljenja bolnikov s kronično bolečino v križu, se je pokazala kot dober in zelo učinkovit pristop vračanja na delo (8);
- o) uveljavljajo se programi prilagajanja na delovnem mestu za obvladovanje zmanjšane delovne zmožnosti delavcev z bolečino v križu. Ob sodelovanju delodajalca in različnih zdravstvenih strokovnjakov lahko obsegajo: prilagajanje dela, postopno obremenjevanje bolnika z delom, utrjevanje/pripravo za delo, podporo/pomoč pri delu, delo pod posebnimi pogoji. Analiza dveh preglednih raziskav o njihovi učinkovitosti z dokazi podpira predvsem ugotovitev, da lahko pospešijo bolnikovo vrnitev na delo za 6 mesecev in več, ni pa dovolj trdnih dokazov o tem, kateri od navedenih programov bi bil učinkovitejši, kar

pa ne velja za programe delovnega utrjevanja v kliničnih programih.

RAZVOJ SODOBNE POKLICNE REHABILITACIJE POSTAJA IZZIV ZA OHRANJANJE DELOVNE ZMOŽNOSTI IN ZA VRNITEV NA DELO

V naši državi poklicno rehabilitacijo izvajamo strokovno in metodološko podobno kot v ostalih gospodarsko razvitih državah: poteka kot proces s timskim pristopom, ki pravzaprav že od vsega začetka sloni na bio-psiho-socialnem modelu vračanja na delo in zaposlovanja invalidov – pri človeku upošteva zdravstvene in socialne dejavnike, dejavnike delovnega in širšega okolja. Osnova za načrtovanje aktivnosti je ocenjevanje človekovega delovnega funkcioniranja in delovnega vedenja, ki metodološko vključuje tudi izvajanje dela (work evaluation) (delovne vzdržljivosti in učinkovitosti, sposobnosti učenja za delo, prenos veščin in znanja v izvedbo dela z ustreznim učnim napredkom, odnos do dela, medosebni odnosi). V nadaljevanju program dela, povezan z delom in zaposlitvijo, lahko poteka kot psihosocialno svetovanje in pomoč obravnavani osebi, priprava in vodenje programa usposabljanja, tudi s prilagajanjem dela in delovnega mesta, nudenjem podpore osebi in delodajalcu ter spremljanje po zaposlitvi.

Spremljanje razvoja poklicne rehabilitacije v svetu kaže, da v številnih državah postaja temeljni nosilec programov za ohranjanje delovne zmožnosti in zaposlenosti različnih skupin delovno aktivnega prebivalstva s kroničnimi obolenji. Čeprav za poklicno rehabilitacijo še bolj kot za samo rehabilitacijsko stroko velja, da so rezultati študij in raziskav težko primerljivi med seboj, bi povzeli nekaj ključnih področjih, ki veljajo kot izziv za njen razvoj in utrditev njene vloge:

- a) poklicna rehabilitacija postaja ključna za naslednje skupine prebivalstva: za mlade s kroničnimi obolenji, ki kot delavci potrebujejo podporo pri oblikovanju in razvoju svoje delovne kariere; za starajoče in stare s kroničnimi obolenji, ki kot delavci potrebujejo podporo, da bi ohranili svojo delovno zmožnost in s tem zaposlitev do svoje upokojitvene starosti in bi še dobro telesno in duševno zmogljivi vstopili v upokojitveno obdobje; za ljudi z motnjami v duševnem zdravju;
- b) poklicna rehabilitacija strokovno in sistemsko postaja stalen del programov zdravljenja in celovite rehabilitacije. Zavarovalniška medicina jo razvija ne samo za ocenjevanje delovne zmožnosti, temveč jo vključuje tudi v rehabilitacijske programe za ohranjanje in krepitev delovne zmožnosti zavarovancev s trajno okvaro zdravja (kot eden od možnih pristopov za preprečevanje dolgotrajnega bolniškega staleža in prezgodnje delovne in poklicne invalidnosti). Za rehabilitacijske programe zagotavlja tudi različne, fleksibilne vire financiranja;

- c) za ohranjanje programov poklicne rehabilitacije v vseh zavarovalniških sistemih financiranja je pomembno oblikovanje meril za odločanje, kdo po nastanku trajne okvare zdravja potrebuje pomoč tima za poklicno rehabilitacijo in za vrnitev na delo;
- d) uvajanje individualiziranega rehabilitacijskega načrta, ki je posebej pripravljen za vsakega posameznega obolelega delavca. To je osnova, da je program obravnave s postavljenimi cilji prilagojen potrebam posamezne obravnavane osebe – kaj potrebuje za vrnitev na delo, kakšno in koliko aktivne vloge lahko oseba sama prevzame («client oriented» - kaj potrebuje, kaj želi, kaj zmore);
- e) krepitev programov usposabljanja za delo, še posebno neposredno pri delodajalcih, saj se kažejo kot najbolj uspešni za ohranjanje in doseganje zaposlenosti, podporno zaposlovanje, na prehodu iz šole v svet dela;
- f) individualen pristop, »po meri obolele osebe/delavca« tudi na področju oblikovanja dela/zaposlitve («customised employment»);
- g) prav poklicna rehabilitacija je tista, ki pomaga krepiti aktivno vlogo delodajalca, da postane sodelavec v strokovnem timu pri uresničitvi rehabilitacijskega načrta – sodeluje pri iskanju dela, soglašati mora s številnimi prilagoditvami organizacije in izvedbe dela, zagotoviti mora tudi ustrezno strokovno podporo sodelavcev («natural support»);
- h) pridobivanje specialnih znanj za prilagajanje in opremljanje delovnih mest in delovnega okolja individualnim potrebam obolelega delavca;
- i) usmerjenost k hitremu in širokemu pridobivanju novih znanj, tako s stališča poznavanja novih vzrokov obolenosti, uvajanja novih metod in tehnik ocenjevanja in pristopov vračanja na delo ter zaposlovanja. S tem je povezano neprekinjeno izobraževanje članov tima na praktičen in učinkovit način (npr. posredovanje aktualne literature, programi za učenje na daljavo, primeri dobre prakse, spremljanje z dokazi podprtih modelov, razprava v »strokovnih klubih«);
- j) vključitev lokalne skupnosti, da bi postala aktivni sodelavec pri uresničitvi rehabilitacijskega načrta vračanja obolelega delavca na delo ali zaposlovanja (npr. odpravljanje stereotipov v stališčih do posameznih skupin ljudi, razvoj lokalne mreže delodajalcev, transport, informiranje, izobraževanje);
- k) razvoj z dokazi podprtih uspešnih programov poklicne rehabilitacije pri ohranjanju delovnih potencialov, zaposlitve in zaposlovanja določenih skupin obolelih s trajno okvaro zdravja, ki slonijo na sodelovanju vseh v družbenem sistemu: nosilcev financiranja in strokovne izvajalce, povezane v odgovornosti za doseganje postavljenih ciljev, na individualni in družbeni ravni.

ZAKLJUČEK

S prispevkom smo želeli opozoriti na dejstvo, in ga z literaturo tudi podpreti, da je v prihodnosti rehabilitacija ena

ključnih strok, ki bo morala postati reprezentativna nosilka programov, ki bodo kot del obvladovanja trajnih posledic okvar zdravja akutno in kronično obolelih obsegali tudi programe za ohranjanje in krepitev delovne zmožnosti in z njo povezane vrnitve na delo. Dosedanji razvoj rehabilitacijske stroke se kaže kot obetaven. Za prihodnost pa predstavlja izziv tako za sistem financiranja - da bi ga z zagotovitvijo sredstev podprl in ohranjal, kakor tudi za stroko - da bi s preučevanjem in raziskovalnimi rezultati potrdila svojo uspešnost in učinkovitost tudi na področju ohranjanja delovne zmožnosti in zaposlenosti obolelih s trajnimi okvarami zdravja, kot del kakovosti njihovega življenja in družbene vključenosti.

Literatura:

- Inštitut za varovanje zdravja RS: URL:http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke
- Statistični urad Republike Slovenije za: http://www.stat.si/publikacije/pub_psp.asp
- Vertot N, ur. Invalidi, starejši in druge osebe s posebnimi potrebami v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2007.
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Letno poročilo 2007. Ljubljana, Februar 2008.
- Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, et al. Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med* 2002; 34(5): 205-10.
- Homa DB. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in job placement. *Work* 2007; 29(4): 277-86.
- Kampfe CM, Wadsworth JS, Mamboleo GI, Schonbrun SL. Aging, disability, and employment. *Work* 2008; 31(3): 337-44.
- Kuoppala J, Lamminpaa A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehabil Med* 2008; 40(10): 796-804.
- Koch L, Hennesey M. Emerging disabilities: guest editorial. *Work* 2008; 31(3): 273-75.
- Lillfjell M, Krokstad S, Espnes GA. Factors predicting work ability following multidisciplinary rehabilitation for chronic musculoskeletal pain. *J Occup Rehabil* 2006; 16(4): 543-55.
- Isernhagen SJ. Job matching and return to work: occupational rehabilitation as the link. *Work* 2006; 26(3): 237-42.
- Slebus FG, Sluiter JK, Kuijer PPFM, Willems JHBM, Frings-Dresen MHW. Work-ability evaluation: a piece of cake or a hard nut to crack? *Disabil Rehabil* 2007; 29(16):1295-300.
- Hafner D, Owens LA. How globalization is changing our workforce: a global vision to job development. *J Vocat Rehabil* 2008; 29(1): 15-22.
- Citron T, Brooks Lane N, Crandell D, Brady K, Cooper M, Revell G. A revolution in the employment process of individuals with disabilities: customized employment as the catalyst for system change. *J Vocat Rehabil* 2008; 28(3): 169-79.
- Lewis A. Vocational rehabilitation in the 21st century: skills professionals need for systems success. *Work* 2008; 31(3): 345-56.