

VRNITEV NA DELOVNO MESTO PO ODSOTNOSTI Z DELA ZARADI KOSTNO-MIŠIČNIH OBOLENJ Z VIDIKA PSIHOSOCIALNIH TVEGANJ PRI DELU

Kostno-mišična obolenja in psihosocialni dejavniki tveganja – uvod v temo



Vrnitev na delovno mesto in nadaljevanje z delom s kostno-mišičnimi obolenji je pomembna tema v vseh evropskih državah (pri čemer obstajajo razlike med državami), ker gre za eno najpogostejše sporočenih zdravstvenih težav po svetu (SZO, 2019).

V okviru evropske raziskave o delovnih razmerah (EWCS; glej Eurofound, 2015) je bilo navedeno, da je leta 2015 50 % vseh evropskih delavcev poročalo o eni ali več kostno-mišičnih težavah, pri čemer je bila najpogostejša težava bolečine v hrbtu, sledile pa so ji težave z zgornjimi okončinami (vrat in ramena) ter spodnjimi okončinami (kolki, kolena in gležnji).

Med z delom povezanimi zdravstvenimi težavami najbolj izstopajo kostno-mišična obolenja, povezana z delom: leta 2013 je 60 % vseh anketirancev v okviru ankete o delovni sili kostno-mišične težave opredelilo kot najresnejšo zdravstveno težavo (Eurostat, 2013). Vsako leto je zaradi kostno-mišičnih obolenj izgubljen velik delež delovnih dni; leta 2015 je na primer 53 % delavcev s kostno-mišičnimi obolenji navedlo, da so bili leto pred tem bolniško odsotni z dela (EU-OSHA, 2019a).

Razširjenost kostno-mišičnih obolenj je v zadnjih letih kljub velikim prizadevanjem, da bi zmanjšali tveganja zanje, še vedno velika. Ljudje živijo in delajo dlje, zato se bosta razširjenost ter vpliv kostno-mišičnih obolenj po svetu predvidoma še povečevala.

H kostno-mišičnim obolenjem lahko prispevajo različni dejavniki, kot so fizični, organizacijski, psihosocialni, socialno-demografski in individualni dejavniki (EU-OSHA, 2019a). Psihosocialna tveganja, zlasti v kombinaciji s fizičnimi, lahko povzročijo ali poslabšajo kostno-mišična obolenja.

Ergonomski pogoji so se v boju proti kostno-mišičnim obolenjem močno izboljšali, kar pa ne velja za organizacijo dela ali psihosocialno delovno okolje.

V tem članku razpravljamo o kostno-mišičnih obolenjih s poudarkom na vidiku psihosocialnih dejavnikov tveganja pri delu ter se osredotočamo zlasti na vrnitev na delovno mesto s kostno-mišičnimi obolenji.

Kaj so kostno-mišična obolenja in kaj kostno-mišična obolenja, povezana z delom?

Kostno-mišična obolenja so splošen izraz, s katerim opisujemo bolečino in neugodje v mišicah telesa (EU-OSHA, 2020a: 14). Kostno-mišična obolenja so raznolika skupina stanj, ki vplivajo na kostno-mišični sistem in lokomotorni sistem, tj. na mišice, kosti, sklepe ter povezana tkiva, kot so kite in vezi, kot je navedeno v mednarodni klasifikaciji bolezni (M00–M99). Zajemajo več kot 150 diagnoz. Kostno-mišična obolenja običajno spremljajo bolečine (pogosto vztrajne) in omejena mobilnost, spretnost ter funkcionalna sposobnost, zaradi česar so osebe manj sposobne za delo in sodelovanje v družbenih vlogah s povezanimi vplivi na duševno dobro počutje. Na širši ravni vplivajo na blaginjo skupnosti (SZO, 2019).

Nekatera kostno-mišična obolenja se pojavijo nenadoma (npr. po akutni travmi zaradi nesreče), večina pa se jih razvije postopno zaradi dolge ali ponavljajoče se izpostavljenosti (so kumulativna). Kostno-mišična obolenja lahko trajajo kratek čas ali so prisotna vse življenje (so kronična).

Izraz **kostno-mišična obolenja, povezana z delom** se nanaša na zdravstvene težave, ki prizadenejo mišice, kite, vezi, hrustanec, žilni sistem, živce ali drugo mehko tkivo in sklepe kostno-mišičnega sistema ter jih povzročajo ali poslabšajo predvsem samo delo; prizadenejo lahko zgornje okončine, vrat in ramena, križ ter spodnje okončine. Kostno-mišična obolenja, povezana z delom, so predvsem kumulativna obolenja, ki so posledica ponavljajoče se dolgotrajne izpostavljenosti nevarnostim pri delu.

Dejstva in številke v zvezi s kostno-mišičnimi obolenji ter negativni vplivi kostno-mišičnih obolenj, povezanih z delom

Če povzamemo podatke iz različnih virov ⁽¹⁾, so kostno-mišična obolenja, povezana z delom, velika težava v vseh državah članicah EU. Stopnji pojavnosti in razširjenosti ⁽²⁾ sta z leti na ravni EU ostali visoki. Kostno-mišična obolenja imajo **negativne posledice** na različnih „ravneh“: na mikroravni za posameznega delavca, na mezoravni za družbe in podjetja ter na makroravni za sistem javnega zdravstva, gospodarstvo in družbo na splošno. Kostno-mišična obolenja imajo lahko kratko- ali dolgoročne vplive; vplivajo na zdravje, kakovost življenja, kakovost dela, produktivnost in ekonomski položaj posameznika ter gospodarstvo države.



©David Tijero Osorio

Za inšpekcije dela, zavarovalnice, strokovnjake za varnost in zdravje pri delu (OSH) ter družbe sta **stopnji pojavnosti in razširjenosti poklicnih bolezni** (bolezni, ki so zakonsko potrjene kot poklicne bolezni) ključna kazalnika za zakonsko predpisano ukrepanje ter morebitno odškodnino za delavce. Vendar podatkov na ravni EU ni mogoče preveč uspešno primerjati. Kostno-mišična obolenja v nekaterih državah predstavljajo velik delež poklicnih bolezni (Eumusc, 2011), v drugih pa je delež veliko nižji, ker je kot poklicne bolezni priznanih manj kostno-mišičnih obolenj.

Kostno-mišična obolenja in odsotnost z dela. Več kot polovica delavcev s kostno-mišičnimi obolenji je navedla, da so bili v 12-mesečnem obdobju odsotni z dela (EU-OSHA, 2019a). 26 % delavcev s kroničnimi kostno-mišičnimi obolenji in drugimi zdravstvenimi težavami v EU navaja, da so na leto odsotni več kot osem dni (vendar le 7 % delavcev brez osnovnih zdravstvenih težav) (Eurostat, 2014). Dolge odsotnosti z dela ogrožajo dolgoročno zaposljivost osebe. Visoke stopnje bolniške odsotnosti z dela povzročajo večje stroške zaradi neposrednih ali posrednih nadomestil za bolniško odsotnost z dela ⁽³⁾.

Prezentizem ⁽⁴⁾. Delež delavcev s kostno-mišičnimi obolenji, ki poročajo, da so v času bolezni delali od 4 do 20 delovnih dni, je veliko višji kot pri delavcih z drugimi zdravstvenimi težavami (Eurofound, 2015). Prezentizem lahko povzroči nezadovoljstvo z delom, konflikte in visoke stopnje bolniških odsotnosti z dela.

⁽¹⁾ Glavni viri informacij so raziskave, kot so evropska raziskava o delovnih razmerah (EWCS), anketa o delovni sili – ad hoc moduli (LFS), Evropska raziskava podjetij o novih in nastajajočih tveganjih (ESENER), evropska anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) ter upravni podatki, pridobljeni na podlagi evropske statistike o nezgodah pri delu (ESAW), podatkovne zbirke European Health for All ali podatkovne zbirke Svetovne zdravstvene organizacije o smrtnosti v Evropi.

⁽²⁾ Stopnja pojavnosti obravnava število novih primerov kostno-mišičnih obolenj znotraj določene populacije in obdobja, stopnja razširjenosti pa obravnava skupno število kostno-mišičnih obolenj pri ljudeh v zadnjih 12 mesecih.

⁽³⁾ Neposredna nadomestila za bolniško odsotnost pomenijo, da družbe izplačujejo plače delavcev med bolniško odsotnostjo, posredna nadomestila za bolniško odsotnost pa, da družbe plačujejo socialno zavarovanje, družbe za socialno zavarovanje pa plačujejo plače v času bolniške odsotnosti in zdravljenja.

⁽⁴⁾ Prezentizem je izraz za delo, ko se delavec počuti bolnega ali je bolan.

Predčasna upokojitvev. Tretjina delavcev s kostno-mišičnimi obolenji (skupaj z drugimi zdravstvenimi težavami) meni, da svojega dela ne bodo mogli opravljati do 60. leta (Eurofound, 2015). Tveganje invalidnosti in predčasne upokojitve je višje pri ljudeh s kostno-mišičnimi obolenji.

Vpliv na nacionalno gospodarstvo. Zaradi kostno-mišičnih obolenj naj bi bilo predvidoma izgubljenega 1 do 2 % bruto domačega proizvoda (Bevan, 2015). Pri kostno-mišičnih obolenjih prihaja do dodatnih stroškov za zdravila in zdravljenje, rehabilitacijo, odškodnino, če je obolenje povzročilo delo, invalidske ter predčasne starostne pokojnine itd.

Tako preprečevanje kostno-mišičnih obolenj in podpiranje dobrega procesa vrnitve na delo nista bistvena le s človeškega in etičnega vidika, ampak tudi zaradi gospodarskih razlogov.

Psihosocialni dejavniki tveganja pri delu z vidika kostno-mišičnih obolenj

Kostno-mišična obolenja so povezana z več kategorijami tveganj, tj. z individualnimi in socialno-demografskimi dejavniki ter tveganji, povezanimi z delom. Poklicna izpostavljenost oziroma tveganja, ki smo jim izpostavljeni pri delu, lahko h kostno-mišičnim obolenjem prispevajo samostojno ali v kombinaciji.

Sledi kratek pregled takih dejavnikov:

- **fizični (biomehanski):** npr. velika fizična zahtevnost, izredno ponavljajoče se delo, uporaba znatne sile, vibracije, prekomeren mraz ali vročina, nerodna drža, daljše delovne naloge, daljše sedenje ali stanje ter še veliko drugih dejavnikov,
- **organizacijski** (način organizacije dela vpliva na to, kako naporne so fizične delovne naloge): število zaporednih delovnih ur, pogostost odmorov, slabe ureditve delovnega časa, delo pod časovnim pritiskom, premalo časa za okrevanje, neprožnost procesov, premajhno samoodločanje, premalo sredstev za izvajanje visokokakovostnega dela, monotone naloge in premajhen poklicni razvoj,
- **psihosocialni:** npr. zahtevno delo, nizka stopnja družbene podpore s strani neposredno nadrejenega ali sodelavcev, nizka raven nadzora na delovnem mestu, visoka delovna intenzivnost, konflikti med poklicnim in zasebnim življenjem, velika umska obremenitev, pomanjkanje avtoritete odločanja, pomanjkanje pohvale za opravljeno delo, konflikti vrednot na delovnem mestu, konflikti glede kakovosti dela, premajhna organizacijska pravičnost (npr. neenakomerna razdelitev dela), negotovost zaposlitve, neprimerno socialno okolje, pomanjkanje medosebnih odnosov na delu ali družbene podpore, diskriminacija, nadlegovanje in ustrahovanje, pri čemer lahko vsi navedeni dejavniki povzročijo stresne odzive pri delavcih ter tako povzročijo psihološko in fizično škodo.

Psihosocialna tveganja v študijah in publikacijah niso enotno opredeljena, vendar so pri večini pristopov obravnavana tveganja, povezana z glavnimi področji družbene podpore, nadzora na delovnem mestu, avtoritete odločanja in priznanja.



Zaradi večje uporabe novih tehnologij (tj. digitalizacija dela) so se spremenili vzorci tveganj, povezanih z delom, zato jih je treba upoštevati tudi pri ocenah in preprečevanju tveganj. Delo postaja vse bolj digitalizirano, zato več ljudi dela od doma ali na daljavo, medtem ko potujejo ali delo dobivajo prek digitalnih platform. To delavcem omogoča večjo prožnost, obenem pa premika meje med poklicnim in zasebnim življenjem. Digitalizacija pospešuje delovne postopke in tako povečuje časovni pritisk ter vodi v popolnoma nove oblike osebne komunikacije z neposredno nadrejenimi, nadzorniki in sodelavci (EU-OSHA, 2020b).

Dejavniki tveganja, povezani z delom, so neenakomerno razdeljeni po različnih sektorjih in poklicnih skupinah, odvisno od njihove narave in ergonomskih značilnosti, pa tudi od psihosocialnih značilnosti dela. Pri posebnih skupinah, kot so zaposlene ženske, migranti ali pripadniki skupnosti LGBTI (lezbijke, geji, biseksualne, transspolne in interspolne osebe), obstaja večja verjetnost, da bodo delavci imeli

kostno-mišična obolenja, kot dokazujejo podatki, predstavljeni v poročilu agencije EU-OSHA o *raznolikosti delovne sile in kostno-mišičnih obolenjih s pregledom dejstev, števil in primerov* (EU-OSHA, 2020c). Razlogi so večplastni, kot so splošno slabši delovni pogoji, slabše plačana dela ter višje ravni izpostavljenosti nadlegovanju, grožnjam, diskriminaciji in včasih okoljskim nevarnostim (pri umazanih, nevarnih in zahtevnih delih). Pomembna lekcija v okviru študij, ki jih je naročil švedski organ za delovno okolje (SWEA), je, da razlike v boleznih pri ženskah in moških nimajo bioloških vzrokov, ampak jih povzročata drugačna organizacija dela in neenakomerna razporeditev delovnih virov (SWEA, 2020).

Razumeti je treba, da lahko kostno-mišična obolenja povzročijo ali poslabšajo zgoraj navedeni psihosocialni dejavniki tveganja, zlasti v zvezi s preprečevanjem in vrnitvijo na delovno mesto. Zato lahko ukrepi za izboljšanje in zmanjšanje dejavnikov psihosocialnega stresa močno vplivajo na okrevanje po kostno-mišičnih obolenjih ter trajnostno vrnitev na delovno mesto.

Kako so povezana psihosocialna tveganja in kostno-mišična obolenja?

Trenutno sprejeti modeli kostno-mišičnih obolenj temeljijo na biopsihosocialnem modelu⁽⁵⁾, ki ga je razvil Engel (1977) in je bil pozneje prilagojen (npr. Hauke et al., 2011). Delavci se s psihosocialnimi tveganji srečujejo pri delu in zunaj njega. Posamezni stresni odziv ali reakcija na dejavnike tveganja se šteje za ključni dejavnik v povezavi med dejavniki tveganja, povezanimi z delom (ki so lahko fizični, psihosocialni ali organizacijski), in obolenji. S tem se poudarja, zakaj mora ukrepanje potekati na poklicni in individualni ravni ali v kombinaciji, kot je opisano spodaj.

Naslednje ugotovitve iz poročila agencije EU-OSHA (2020b) kažejo, kako so povezani psihosocialni dejavniki tveganja na delovnem mestu in kostno-mišična obolenja:

- **nizka družbena podpora:** številne ugotovitve v okviru raziskav podpirajo razmerje med nizko družbeno podporo in bolečinami, povezanimi z mišicami, v vseh delih telesa, zlasti bolečinami v križu, vratu in ramenih,
- **nizka stopnja nadzora na delovnem mestu,** ki zajema pomanjkanje avtoritete odločanja: to je dokazano neposredno povezano z bolečinami v hrbtu, vratu, ramenih, zapestjih, komolcih, kolkah in kolenih,
- **nizko zadovoljstvo pri delu:** zdi se, da je ta dejavnik še posebej povezan z bolečinami v zgornjih okončinah in križu,
- **konflikti med poklicnim in osebnim življenjem:** v okviru več študij se je izkazalo, da so konflikti med poklicnim in osebnim življenjem povezani s kostno-mišičnimi bolečinami (predvsem z bolečinami v križu),
- **negativno socialno vedenje,** kot je diskriminacija, nadlegovanje in ustrahovanje: ta tveganja se zdijo neposredno povezana s kostno-mišičnimi obolenji. Ugotovljeno je bilo tudi posredno razmerje prek psihološkega napora.

Skupina strokovnjakov je v imenu agencije EU-OSHA izvedla raziskavo, da bi proučila, ali obstaja statistično razmerje med razširjenostjo kostno-mišičnih obolenj in nekaterimi dejavniki tveganja, povezanimi z delom (EU-OSHA, 2019a). Na podlagi več regresijskih modelov z uporabo podatkov iz šestega vala evropske raziskave o delovnih razmerah (2015) so proučili razmerje med različnimi dejavniki tveganja in kostno-mišičnimi obolenji. Ugotovljena je bila pozitivna povezava med kostno-mišičnimi obolenji v hrbtu, spodnjih in zgornjih okončinah ter verbalnim nasiljem, spolnim nadlegovanjem, ustrahovanjem in nejasnimi navodili za delo, medtem ko so imeti besedo pri delu, zadovoljstvo z lastnim delom, pravična obravnava na delovnem mestu in zmožnost vzeti si odmor, kadar je to potrebno, negativno povezani s težavami z zgornjimi okončinami, kar kaže na morebiten zaščitni učinek.

⁽⁵⁾ Biopsihosocialni model je leta 1977 razvil G. L. Engel. V njem se zdravje in bolezen štejeta za produkta *bioloških značilnosti* (kot so geni), *vedenjskih dejavnikov* (kot so življenjski slog in prepričanja v zvezi z zdravjem) ter *socialnih razmer* (kot so kulturni vplivi, družinska razmerja in družbena podpora).

Poleg tega je za osebe s kroničnim kostno-mišičnim obolenjem mogoče trditi, da je težje prezreti simptome bolečine, ko smo pod stresom. Med kostno-mišičnimi bolečinami in umom obstaja tesna povezava (OSHWiki, 2019).

Upravljanje kostno-mišičnih obolenj na različnih ravneh preprečevanja in vrnitve na delovno mesto

Za posameznike in organizacije je pomembno ohranjati kostno-mišično zdravje delavcev v celotnem obdobju njihovega delovnega življenja ter tako zagotoviti, da so bolj zdravi, so manj pogosto bolniško odsotni in dlje časa ostanejo v službah. Boljše zdravje in višja kakovost življenja sta prisotna še dolgo po zaključku delovnih let. Celostno preprečevanje in dobri postopki za vrnitev na delo pomagajo ohranjati ali ponovno doseči zmožnost za delo. So del visokega in vključujočega standarda za varnost in zdravje pri delu.

Končni cilj je zagotoviti delovno mesto, ki izvaja ukrepe za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj in stresa, povezanega z delom, spodbuja kostno-mišično zdravje in duševno zdravje ter zgodnje ukrepanje za obravnavanje morebitnih kostno-mišičnih težav, zagotovi ustrezne prilagoditve, da se omogoči nadaljevanje z delom osebam, ki okrevajo po kostno-mišičnem obolenju, ter učinkovito rehabilitacijo in načrte za vrnitev na delovno mesto (EU-OSHA, 2021).

V tem oddelku je poudarjena pomembnost preprečevanja kostno-mišičnih obolenj in vrnitve na delo po kostno-mišičnem obolenju, zlasti v okviru psihosocialnih dejavnikov tveganja, ter je podan primer ocene tveganja kot del preventivne politike in podlaga za vrnitev na delovno mesto.

Ocene tveganja kot podlaga za preprečevanje dejavnikov tveganja, povezanih z delom, za kostno-mišična obolenja

Predpisi s področja varnosti in zdravja na ravni EU določajo odgovornosti delodajalcev za preprečevanje tveganj, povezanih z delom, na podlagi rednih ocen, pri katerih se oceni tveganje za varnost in zdravje delavcev ter jih je treba redno izvajati.

Družbe bi morale ob upoštevanju obveznosti ocene vseh tveganj za varnost in zdravje delavcev poleg (trajnih) fizičnih tveganj pri delu obravnavati tudi organizacijska tveganja, vse bolj psihosocialna tveganja ter seveda novo nastajajoča tveganja, ki so posledica novih delovnih tehnologij in metod. V nekaterih državah članicah je bila sprejeta dopolnilna zakonodaja z vključenimi psihosocialnimi tveganji. To pa je med družbami povzročilo napačno mišljenje, da je treba izvajati različne ocene tveganja. Agencija EU-OSHA v več poročilih jasno priporoča vrnitev k izvirnemu pojmu ocen in izvajanje celostne ocene tveganj. To pomeni, da je treba posodobiti orodja za oceno tveganj, da bi obravnavali razmerje med fizičnimi in psihosocialnimi tveganji. Psihosocialnih dejavnikov tveganja ni mogoče oceniti z „merjenjem delovne opreme“, ampak jih je treba oceniti z anketami, razgovori z delavci in ugotovitvami v skladu z znanstvenimi standardi za evidentiranje psihosocialnih dejavnikov tveganja. Vendar bi morali biti oceni fizičnih in psihosocialnih tveganj povezani. Strokovnjak za varnost in zdravje pri delu bi na primer lahko opravljal razgovore z delavci, medtem ko bi pregledoval njihove delovne postaje. To pomeni tudi, da morajo biti vsi strokovnjaki za varnost in zdravje pri delu usposobljeni za oceno psihosocialnih tveganj. Vendar pogosto tehnično usmerjeni varnostni inženirji niso pripravljene spremeniti svojih načinov ocenjevanja. Tako varnostni inženirji ocenjujejo ergonomska ali tehnična tveganja, zdravniki ali psihologi, specializirani za zdravje pri delu, pa psihosocialne dejavnike tveganja. Vendar bi bilo treba v idealnem primeru oceni izvajati skupaj, tako da bi oba izvajalca sodelovala kot strokovna ekipa za povezavo različnih tveganj.

V državah članicah so na voljo številni vodniki za oceno tveganja ter gradivo na ravni EU ali gradivo mednarodnih organizacij, male družbe pa lahko za interne ocene psihosocialnih tveganj uporabijo poljubno gradivo. Pomembno si je zapomniti, da bi bilo treba pri oceni tveganja obravnavati tudi potrebe posebnih skupin, na primer mladih ali starejših delavcev, zaposlenih žensk ali migrantov. Ocene, ki obravnavajo različne vidike posebnih skupin, bodo omogočile izvajanje ustreznih in učinkovitih ukrepov.

Praktičen primer pomembnosti celostnega pristopa k oceni tveganja

Naslednji primer, ki ga je zagotovila avtorica in izhaja iz njenih izkušenj, poudarja pomembnost celostnega pristopa k oceni tveganja.



ampak jih sploh niso uporabljali.

Na tem oddelku je bil časovni pritisk velik zaradi velikega pretoka pacientov in resnega pomanjkanja osebja zaradi bolniških odsotnosti. Zaradi nenehnega premajhnega števila osebja so bile medicinske sestre edine zadolžene za več sob s pacienti in niso mogle dobiti pomoči sodelavcev pri dviganju težkih pacientov. To je bilo tudi zamudno, saj so po dvigalni napravi morale v drugo sobo. Kadar so šle sestre po dvigalno napravo, je glavna sestra pritiskala nanje, naj pohitijo. Sestre, zlasti sestre migrantke, niso hotele ugovarjati glavni sestri, ki je bila znana po „kaznovanju“ uporniških sester z neugodnimi delovnimi izmenami. Zato so delo opravljale brez dvigalne naprave. Če povzamemo, neposredno nadrejena delavcem ni nudila podpore, delovne zahteve in časovni pritisk pa so bili veliki. Psihosocialni dejavniki tveganja so podaljševali tveganja, povezana z delom, za sestre in celo poslabšali njihove kostno-mišične težave.

Načela lajšanja vrnitve oseb s kostno-mišičnimi obolenji na delovno mesto

Zgodnje ukrepanje pomaga preprečevati dolga obdobja bolniških odsotnosti. Ukrepe, kot so razgovori, strokovna podpora ali prilagoditev delovnega okolja, bi bilo treba sprejeti čim prej, tj. takoj po prijavi simptomov (EU-OSHA, 2021). V zgornjem primeru se je zgodnje ukrepanje (z zagotavljanjem ergonomskih dvigalnih naprav) izvedlo po prijavi simptomov, vendar je bil psihosocialni vidik v celoti prezrt, neposredno nadrejena pa ni nudila podpore, zato zgodnje ukrepanje ni imelo pozitivnega vpliva. Celostna ocena tveganja je nato pokazala, zakaj zgodnje ukrepanje ni bilo uspešno.

Vrnitev na delovno mesto po bolniški odsotnosti. Cilj ukrepov za vrnitev na delovno mesto je olajšati ponovno vključitev na delovno mesto po dolgotrajni bolniški odsotnosti. Enotna opredelitev dolgotrajne odsotnosti ne obstaja: v številnih državah je to šest tednov, nato pa se sprejmejo ukrepi za vrnitev na delovno mesto. Njihov cilj je podpreti delavce z zmanjšano sposobnostjo in zmožnostjo za delo, naj bo zaradi kroničnih kostno-mišičnih obolenj, raka ali drugih zdravstvenih težav. Pomagajo jim ozdraveti in zmanjšati tveganja dolgoročne invalidnosti, ki jih pogosto povezujemo s kroničnimi boleznimi. Cilj vrnitve na delovno mesto je, da delavec spet začne opravljati svoje delovne naloge, delodajalec pa doseže trajnostno ohranjanje delavcev⁽⁶⁾. Nekateri delavci mogoče nikoli ne okreva v celoti, vendar morda lahko z ustreznimi prilagoditvami pri delu in z osredotočanjem na tisto, kar zmorejo, še vedno delajo vse do upokojitve.

Procesi vrnitve na delovno mesto so v različnih državah članicah EU različno urejeni. Številne države zagotavljajo posebne programe, raven podpore pa se znatno razlikuje med državami, kot je izpostavljeno v poročilu agencije EU-OSHA o politikah držav članic na področju rehabilitacije in vrnitve na delovno mesto (EU-OSHA, 2016). Države so bile na podlagi posebnih kazalnikov razvrščene v štiri skupine. Ena od skupin izstopa zaradi inkluzivnosti rehabilitacijskega sistema držav (vsi delavci so upravičeni do rehabilitacije), osredotočenosti na preprečevanje in zgodnje ukrepanje, široke odgovornosti delodajalca pri procesu vrnitve na delovno mesto, učinkovitega usklajevanja večdisciplinarnih ekip ter pristopa k ravnanju s posameznimi primeri (v to skupino spadajo Avstrija, Danska, Finska, Nemčija, Nizozemska, Norveška in Švedska). Rehabilitacija delavcev običajno temelji na celostnem okviru politike za spodbujanje trajnostnega dela ali preprečevanje izključenosti s trga dela (EU-OSHA, 2016: 4). V Avstriji je bil na primer ta okvir politike določen v Zakonu o delu in zdravju

⁽⁶⁾ Cilj pobud za ohranjanje delavcev na delovnem mestu je obdržati delavce na delovnih mestih s trajnim ali začasnim zagotavljanjem podpore; v idealnem primeru bi se pobude začele, še preden pride do dolgotrajne bolniške odsotnosti.

(Arbeit- und Gesundheit-Gesetz), sprejetem leta 2011, ki mu je leta 2017 sledil Zakon o ponovni vključitvi (Wiedereingliederungsgesetz).

Direktive EU o enakem obravnavanju določajo standarde za vključevanje delavcev z invalidnostmi, med katere spadajo tudi delavci s kroničnimi kostno-mišičnimi obolenji. Člen 15 Direktive Sveta 89/391/EGS določa, da je treba posebno občutljive skupine varovati pred nevarnostmi, ki jih specifično prizadevajo.

Zaposlitvena rehabilitacija je del pojmov v zvezi z vrnitvijo na delovno mesto. Zdravniška, zaposlitvena in socialna rehabilitacija je proces ponovnega doseganja optimalne fizične, čutne, intelektualne, psihološke in socialne stopnje funkcionalnosti (EU-OSHA, 2016, navedek SZO, 2016). Vrnitev na delo je oblika rehabilitacije, ki se začne z zdravniško rehabilitacijo in konča z zaposlitveno ⁽⁷⁾; potreben je skupen pristop, ki vključuje vse zadevne udeležence, od izvajalca zdravstvene dejavnosti do delodajalca, neposredno nadrejenega ter delavca (EU-OSHA, 2021).

Na ravni družbe se delež delodajalcev, ki izvajajo politike družbe v podporo uslužbencem, ki se vračajo na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti, med državami članicami EU-27 in Združenim kraljestvom znatno razlikuje. Delež je najvišji v Združenem kraljestvu ter na Švedskem, Finskem in Nizozemskem, kjer presega 90 %, in najnižji v Litvi z 19 %; povprečje v EU znaša 73 % (EU-OSHA, 2020).

Preden si ogledamo podrobnosti, bi se morali programi za vrnitev na delovno mesto osredotočati na tri glavne cilje:

- oblikovati in izvajati učinkovito strategijo za varnost in zdravje pri delu za obravnavanje bolezni na delovnem mestu (učne organizacije),
- povečati število delavcev, ki se po bolezni in bolniški odsotnosti vrnejo na delovno mesto in tam tudi ostanejo (trajnost),
- ustvariti pozitivne izkušnje vrnitve na delovno mesto ter zdravo in podporno kulturo za delavce.

V naslednjih preglednicah je podan pregled posrednikov in osnovnih pogojev za procese vrnitve na delovno mesto za osebe s kostno-mišičnimi obolenji, pri čemer so še posebej poudarjeni psihosocialni vidiki. V preglednici 1 so opredeljene odgovornosti družbe, v preglednici 2 pa odgovornosti delavca.

Preglednica 1: Ustrezni vidiki za družbe, da bi zagotovili uspešno vrnitev delavcev s kostno-mišičnimi obolenji na delovno mesto

1. Zdravstvena politika

- Izvesti celosten pristop k upravljanju varnosti in zdravja pri delu na najvišji ravni družbe ali organizacije, vključno s podporno celostno zdravstveno politiko, ki zajema spodbujanje zdravja, preprečevanje ter opredeljeno politiko vrnitve na delovno mesto. Standard za varnost in zdravje pri delu določa preprečevanje, redno oceno ter ponovno oceno tveganja, ukrepanje, kadar so opredeljene težave, in zdravstveno varstvo pri delu.
- Zagotoviti sistematično in jasno opredeljeno politiko vrnitve na delovno mesto, ki zajema organizacijske faze in posamezne načrte za vrnitev na delo.
- Sprejeti celosten pristop, ki obravnava tveganja na delovnem mestu, vključno s fizičnimi, organizacijskimi in psihosocialnimi dejavniki/stresorji.
- Izmeriti uspešnost in dejavnike, ki vplivajo nanjo.

Kar zadeva psihosocialna tveganja in kostno-mišična obolenja, je treba vidike, kot so zahteve na delovnem mestu (vključno s psihološkim pritiskom), nadzor na delovnem mestu, občutek cenjenosti, družbena podpora, organizacijska pravičnost, obravnavanje konfliktov in nadlegovanja, oceniti ter obravnavati v ocenah tveganja.

Za izvedbo procesa nenehnega izboljševanja bi bilo treba na ravni družbe zbirati podatke o kostno-mišičnih obolenjih ter spremljati vse organizacijske in psihosocialne ukrepe, ki so bili sprejeti, da bi preprečili kostno-mišična obolenja ali omogočili nemoteno vrnitev na delovno mesto.

⁽⁷⁾ Nemčija je dosegla precejšen uspeh na podlagi MBOR (*medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation* oziroma zdravniško-zaposlitveno usmerjene rehabilitacije).

2. Kultura spodbujanja zdravja in dobre komunikacije

- Spodbujati kulturo dobre komunikacije v zvezi z zdravjem in boleznimi, ki delavcem omogoča, da se z neposredno nadrejenim odkrito pogovorijo o svojih potrebah.
- Ustvariti pozitivno ozračje in podporno kulturo brez pritiska ali sankcij.
- Čim prej stopiti v stik z bolnimi delavci in redno ohranjati stik z njimi, da bi jim pokazali, da je pomoč na voljo, če jo potrebujejo.
- Zagotoviti, da so delavci v celoti vključeni v program za vrnitev na delovno mesto ter da je ta praksa splošno sprejeta.

Psihosocialni dejavniki so lahko ključni za doseganje hitre vrnitve na delovno mesto, tj. kadar predstavljajo prednost in ne tveganja, na primer zagotavljanje družbene podpore s strani neposredno nadrejenih ali sodelavcev.

Delavci bi morali preprosto prijavljati težave. Delavce s kostno-mišičnimi obolenji bi bilo treba spodbujati k pogovoru o psihosocialnih dejavnikih tveganja pri delu ter prejemanju ergonomske, organizacijske in psihosocialne podpore, da bi zagotovili nemoteno vrnitev na delovno mesto.

3. Spodbude

- Predstaviti program za vrnitev na delovno mesto kot privlačno in koristno možnost, ne pa kazen.
- Zagotoviti, da imajo delavci hiter dostop do ukrepanja v zvezi z delovnim mestom za kostno-mišične bolezni ter (zunanje) podpore, ki zajema strokovnjake za zdravje pri delu, trenerje, psihologe ali psihoterapevte, ki lahko delavcem pomagajo analizirati posamezne stresne vzorce, okrepiti odpornost ter obravnavati njihove potrebe.

4. Ozaveščanje

- Ozaveščati neposredno nadrejene o naravi in vplivu kroničnih bolezni, njihovi povezavi s psihosocialnimi vprašanji ter kako upravljati psihosocialna tveganja.
- Pokazati pripravljenost na razpravo o potrebah delavcev, pa tudi poudariti zakonske pravice in dolžnosti vseh vključenih strani v zvezi z bolniško odsotnostjo.
- Vključiti vrnitev na delovno mesto v zdravstveno politiko družbe in zagotoviti, da so vodilni delavci obveščeni ter usposobljeni v zvezi s tem, kako podpirati osebje, kar jih bo ozavestilo o pomembnosti psihosocialnega tveganja pri ljudeh s kostno-mišičnimi obolenji.

V okviru kostno-mišičnih obolenj in psihosocialnih dejavnikov tveganja to pomeni tudi, kot je bilo že navedeno, da bi morali neposredno nadrejeni razumeti kostno-mišična obolenja, povezana z delom, in vpliv psihosocialnih dejavnikov tveganja na kostno-mišična obolenja, ter da bi morali o teh težavah razpravljati s svojimi delavci in jih znati podpirati.

5. Strokovna večdisciplinarna podpora (interne in zunanje službe)

- Vrnitev na delovno mesto je najuspešnejša, kadar so vključeni različni zunanji zdravstveni delavci (kot so službe s področja varnosti in zdravja pri delu ali svetovalne službe) in zdravnik družbe (če ga ni zagotovila zunanja organizacija), kadrovska služba, neposredno nadrejeni ter seveda sami delavci.
- Preprost dostop do storitev zdravstvenega varstva in večdisciplinarni pristop, ki vključuje medicinske in nemedicinske posrednike, sta pomembna za zagotavljanje nemotene ponovne vključitve delavcev.
- Velike družbe pogosto zagotovijo ekipo za vključevanje, usposobljeno na več področjih, ter osebo, ki vodi vključevanje, zadolženo za usklajevanje ekipe in samega procesa vključitve.
- V malih in srednjih podjetjih (MSP) zunanje službe (npr. s področja varnosti in zdravja pri delu ali zdravstvene zavarovalnice) pogosto imenujejo osebo, ki vodi zadevo; tudi tu je bistvenega pomena večdisciplinarni pristop, ki usklajuje prispevek več strokovnjakov.

Prednost zunanjih svetovalnih služb je, da bi bilo delavcu morda lažje spregovoriti o sami težavi; slabost pa je, da te službe morda ne bodo v celoti razumele stanja na delu ter ne morejo posredovati na delovnem mestu ⁽⁸⁾.

- Osebe, ki vodijo vključitev ali zadevo, postopno usmerjajo vodilne delavce in delavca skozi proces vključitve ter ga usklajujejo.

V primeru kostno-mišičnih obolenj, ki nimajo enega samega vzroka, temveč so povezana z več dejavniki tveganja, je nujna celostna ocena tveganja. Pri kompleksnejših primerih sta za ukrepanje na delovnem mestu morda potrebna drugačno strokovno znanje (ergonomsko, psihološko, poklicno itd.) ter podpora medicinskih in nemedicinskih strokovnjakov. Psihološko usmerjanje ali psihoterapija sta prav tako lahko del zaposlitvene rehabilitacije. Vsa podporna prizadevanja bi morala upoštevati strog postopek in časovni razpored. Male družbe, ki nimajo potrebnega internega strokovnega znanja, lahko prejmejo podporo svetovalnih služb ali zdravstvenih zavarovalnic.

6. Družbena podpora

- Ker je psihosocialna podpora ključna za uspešno vrnitev na delo, zagotovite, da neposredno nadrejeni, kadrovska služba in sodelavci podpirajo delavca.

Podpora sodelavcev je pogosto odvisna od tega, kako neposredno nadrejeni pouči ekipo. Podpora je lahko psihosocialne, socialne ali fizične narave. Kot kažeta študiji primerov kostno-mišičnih obolenj v tem članku, je bila psihosocialna pomoč vsakič pomemben dejavnik pri uspešnem procesu vrnitve na delovno mesto.

7. Krepitev sposobnosti

- Zagotovite redno usposabljanje za osebo, ki vodi vključevanje, in ekipo za vključevanje.
- Naj bodo zunanji strokovnjaki pripravljene zagotoviti svoje strokovno znanje.
- Zagotovite organizacijsko učenje prek rednega vrednotenja procesa.
- Redno posodablajte strokovno podporno mrežo, zlasti kadar ni internega strokovnega znanja; to še posebej velja za MSP.

Kakovost ukrepanja in celotnega procesa vrnitve na delovno mesto je močno odvisna od sposobnosti ekip ter (internih ali zunanjih) strokovnjakov, ki svetujejo družbi in delavcu ter ju vodijo skozi proces. Učenje na podlagi pregledov procesov vrnitve na delovno mesto pomaga pri krepitvi sposobnosti organizacije.

Ni presenetljivo, da je visoka raven vrhunske sposobnosti pomembna za uspešno vrnitev na delo s kostno-mišičnimi obolenji, zlasti glede na novo nastajajoča psihosocialna tveganja (npr. kakšno pomoč potrebuje delavec, ki ima hude težave z vratom, dela za terminalom z vidnim prikazom, delno od doma, in doma šola otroke?). Da bi bilo ukrepanje resnično koristno, je treba razumeti vse vidike.

8. Prilagoditve na delovnem mestu

- Razmislite o prisotnih dejavniki tveganja, ki jih je treba obravnavati, ali spremembah, ki jih je treba uvesti, ko se delavec s kostno-mišičnim obolenjem vrne na delo.
- V ta namen je treba izvesti ad hoc ocene, ki jih običajno opravijo strokovnjaki za varnost in zdravje na delovnem mestu. Obravnavati morajo širok razpon tveganj, kot so fizični, organizacijski in psihosocialni dejavniki, ter vključevati delavca in neposredno nadrejenega.

Sledi nekaj primerov prilagoditev, ki bi lahko koristile pri kostno-mišičnih obolenjih, povezanih z delom, na katere dodatno slabo vplivajo psihosocialni stresorji:

⁽⁸⁾ V Avstriji nacionalni program za vrnitev na delovno mesto, fit2work, ponuja poslovno in individualno svetovanje. Poslovno svetovanje družbi pomaga razviti in standardizirati politiko vrnitve na delovno mesto ter pridobiti strokovno znanje znotraj družbe v zvezi s tem, kako določiti posamezne načrte za vrnitev na delovno mesto. Delavcu se zagotovi individualno svetovanje. Če delavec noče, da se družbi razkrije njegova identiteta, ukrepanje in prilagoditve na delovnem mestu pogosto niso možni, sprejeti pa je mogoče le posamezne ukrepe.

- Prilagodite delovno opremo (nadomestite jo z bolj ergonomsko opremo), delavca poučite, kako se uporablja, in mu dajte čas, da se privadi nanjo (naj ne bo pod časovnim pritiskom).
- Spremenite ali zamenjajte delovne naloge ali vsaj omejite trajanje težavnih delov nalog (npr. dolga obdobja sedenja).
- Delavcu omogočite, da menja več nalog, prevzame drugo vlogo ali se vključi v drug oddelek v družbi, obenem pa, če je to potrebno, zagotovite, da sodelavci sodelujejo ter da se morebitni konflikti obvladujejo, da bi se preprečile nadaljnje težave.
- Omogočite prilagodljiv delovni čas; na ta način se lahko delavec tudi udeležuje zdravniških sestankov.
- Delavcu dovolite, da si vzame odmor, ko ga potrebuje.

9. Postopna vrnitev na delovno mesto

- Omogočite postopno ali delno vrnitev na delo s postopnim podaljševanjem delovnega časa. Običajno ta proces traja tri do devet mesecev, redko dlje.

Delavcem s kostno-mišičnimi obolenji postopna vrnitev koristi, saj se tako lahko preveri, ali so opravljene prilagoditve ustrezne, ali so delavci kos stresorjem in ali jim družbena podpora na delu ter znotraj njihovih družin pomaga pri okrevanju in vrnitvi na delovno mesto ter ostajanju na njem. Ta proces daje delavcem občutek, da imajo nadzor, kar omili strah in stres, ki ga občutijo.

10. Primeren čas

- Proces vrnitve delavca na delovno mesto in uvedba ukrepov bi morala potekati ob primernem času, ne prezgodaj in ne prepozno; običajno je to šest do osem tednov po začetku bolniške odsotnosti. Daljša je odsotnost delavca z dela, manj možnosti je za uspešno vrnitev na delo.

Po šestih do osmih tednih bi morala zdravniško zdravljenje in rehabilitacija delavcev s kostno-mišičnimi obolenji napredovati že toliko, da njihovo zdravje ne bi smelo biti ogroženo, ko se vrnejo na delovno mesto (vsaj delno).

11. Prilagoditev procesa vrnitve na delovno mesto v okviru običajnega postopka

- Program za vrnitev na delovno mesto upošteva običajen postopek, ki ga je sprejela družba (politika vrnitve na delovno mesto), vendar je treba znotraj tega standarda ukrepe prilagoditi potrebam posameznika in zagotoviti prilagojen načrt za vrnitev na delovno mesto.
- Številne družbe z delavcem sklenejo nekakšen „sporazum o ponovni vključitvi“ (pogosto celo formalnega).

Na ravni družbe bi moral obstajati običajen postopek ponovne vključitve. Postopek se začne s tem, kako pristopiti do delavca in kako zgodaj stopiti v stik z njim. Nato se ocenita položaj posameznika in delovni prostor, vključno s pripravo načrta za ponovno vključitev, ki se osredotoča na ukrepanje na delovnem mestu ter podpira in spodbuja posamezne ukrepe. Ker se dejavniki, ki lahko povzročijo ali poslabšajo kostno-mišična obolenja, povezana z delom, med delavci razlikujejo, je ključno, da se ukrepanje na delovnem mestu (psihosocialni ali ergonomski ukrepi ali kombinacija) prilagodi potrebam delavca. Včasih je treba prilagoditi hitrost postopne vrnitve na delo. Nenazadnje bi bilo treba opredeliti način, na katerega bi bilo treba spremljati (ovrednotiti) napredek na področju ponovne vključitve.

Ponovna vključitev pomeni tudi, da se ne osredotočamo na to, česa delavec ni zmožen, ampak na tisto, kar lahko počne ter kako se lahko razvija in okreva.

12. Pregledovanje in spremljanje napredka

- Redno pregledujte proces vrnitve posameznika na delovno mesto, da bi videli, ali so ukrepi uspešni, kako gre delavcu in ali so potrebne prilagoditve.
- Vrednotenje izvedite na metaravni: evidentirajte vse primere vrnitve na delovno mesto in poročajte o njih. Kaj bi se lahko naučili iz njih, kaj je delovalo, kaj je bilo treba spremeniti, katera

tveganja so poslabšala ali povzročila kostno-mišična obolenja, kako bi jih bilo mogoče preprečiti itd.?

- Spremljanje uspešnosti je ključno za oceno rezultata (kazalniki z zamikom, kot je pravočasnost ali trajnost ponovne vključitve) ter ukrepanja, ki je vodilo v uspešno vrnitev na delovno mesto (vodilni kazalniki, kot so prilagoditve na delovnem mestu ali družbena podpora).

Za delavca s kostno-mišičnim obolenjem to pomeni:

- merjenje, ali je bil delavec s kostno-mišičnim obolenjem varno in trajnostno ponovno vključen v delovni proces (rezultat),
- oceno ukrepanja,
- ugotavljanje, kako je delavec dojemal zagotovljeno družbeno podporo,
- ugotavljanje, kako obsežna je bila ocena psihosocialnih tveganj.

Vir: preglednica, ki jo je avtorica pripravila na podlagi več publikacij agencije EU-OSHA o kostno-mišičnih obolenjih (EU-OSHA, 2020d, 2021) in lastnih izkušenj kot oseba, ki je bila zadolžena za vrnitve na delovno mesto v Avstriji.

Delavci sami morajo prispevati k preprečevanju bolezni, povezanih z delom, in nemoteni vrnitvi na delovno mesto, na primer z upoštevanjem predpisov s področja varnosti in zdravja pri delu.

Preglednica 2: Ustrezni vidiki za delavce, da bi zagotovili uspešno vrnitev delavcev s kostno-mišičnimi obolenji na delovno mesto

1. Upravljanje varnosti in zdravja pri delu – pravice in dolžnosti

- Tako, kot naj bi družbe izvajale visokokakovostno upravljanje varnosti in zdravja pri delu za preprečevanje tveganj, zgodnje ukrepanje ter vrnitev na delovno mesto, morajo tudi delavci prispevati k svojemu dobremu počutju z upoštevanjem pravil s področja varnosti in zdravja pri delu ter ergonomskih navodil in dejavnim sodelovanjem v ocenah tveganja. Obveznost sodelovanja delavcev je določena v predpisih s področja varnosti in zdravja pri delu.

Za delavce s kostno-mišičnimi obolenji to pomeni uporabo posebne opreme, ki jo zagotovi družba, ali sodelovanje v ocenah psihosocialnega tveganja.

2. Samoupravljanje zdravstvenih težav

- Kadar delavci trpijo zaradi bolečin, ki omejujejo njihovo zmožnost dela (preden ta bolečina povzroči dolgo bolniško odsotnost), pa tudi, kadar se vrnejo na delovno mesto po odsotnosti, je samoupravljanje bolečine ter drugih težav in omejitev ključno. Seveda je samoupravljanje lažje, če družba zagotavlja podporo in omogoča določeno mero prožnosti.

Bolečina spada med glavne dejavnike, ki vplivajo na zmožnost dela: bolečina povzroča stres, velja pa tudi obratno, stres povečuje bolečino in tako poslabša kostno-mišična obolenja. Samoupravljanje je lahko kombinacija preprečevanja nepotrebnih naporov, redne telovadbe (tudi v službi), uporabe tehnik za lajšanje bolečin ter tudi učenje veščin sproščanja (EU-OSHA, 2021). Del pojma samoupravljanja je, da se naučimo sporočati potrebe, da bi prejeli podporo. Zunanja podpora je pogosto potrebna, da bi se naučili dobrega samoupravljanja.

3. Zaupanje in pripravljenost na pogovor

- Delavci morajo biti pripravljeni govoriti o zadevnih zdravstvenih težavah, in sicer z zdravstvenimi strokovnjaki, pa tudi z neposredno nadrejenim.
- Diagnoz se ne sme deliti na ravni „družbe“; običajno je treba obvestiti le zdravnika medicine dela ali zdravnika splošne medicine. V tem primeru je lahko publikacija agencije EU-OSHA z naslovom *Iztočnice za razpravo o kostno-mišičnih obolenjih na delovnem mestu* (2019c) dragocena za prebijanje leda.

Delavci s kostno-mišičnimi obolenji bi morali:

- govoriti z neposredno nadrejenim takoj ob pojavu težave, opredeliti psihosocialne dejavnike, ki vplivajo na njihovo stanje, ter predlagati, kako želijo delati v prihodnje,
- med bolniško odsotnostjo ostati v stiku z neposredno nadrejenim in sodelavci, da bi bili deležni družbene podpore in povečali razumevanje sodelavcev, v kakšnem stanju so,
- če je to nemogoče, npr. ker je nadlegovanje s strani nadzornika osnoven psihosocialni dejavnik tveganja, bi morali stopiti v stik s kadrovsko službo ali svetom delavcev,
- poiskati strokovno podporo in se pogovoriti o svojem stanju; na prvem mestu je seveda zdravniška podpora, vendar je včasih potrebno tudi psihološko usmerjanje, zlasti če je delavca sram svoje šibkosti.

4. Pozitiven odnos do vrnitve na delovno mesto in spremljajočih sprememb

- Pozitivno razmišljanje o vrnitvi na delo je ključnega pomena. Zdrava organizacijska kultura ustvarja pozitivno ozračje in podpira pozitivno razmišljanje; delavci pa se morajo kljub temu zavedati, da bo dober in dobro podprt proces vrnitve na delo pozitivno vplival na njihovo zmožnost dela ter jim zagotavlja novo priložnost.
- Delavci se morajo zavedati, da ukrepi kljub podpori družbe in velikemu prizadevanju njih samih morda ne bodo uspešni po načrtih in jih bo treba prilagoditi. Zato morajo biti pripravljeni na povratne informacije drugih glede tega, kaj deluje in kaj ne, ter po vrnitvi biti proaktivni pri obravnavanju težav.
- Delavci bi morali biti pripravljeni in si želeli sprejeti spremembe nalog ali vlog, kar je morda potrebno, da bodo lahko nadaljevali z delom.

To so splošna priporočila za vrnitev na delovno mesto, ki bodo zlasti prav prišla delavcem, ki se vračajo na delo s kostno-mišičnimi obolenji (ki jih pogosto ni mogoče ozdraviti, so kronična ter povezana z bolečino in stresom).

Pozitivno razmišljanje in pripravljenost sprejeti spremembe bosta delavcem vrnitev na delo močno olajšala. Psihološko usmerjanje ali psihoterapija pomagata razviti pozitivno razmišljanje, zato sta pogosto vključena v rehabilitacijske programe.

5. Dejavno sodelovanje

- Vsak delavec bi moral dejavno sodelovati v procesu vrnitve na delovno mesto. V družbah z dobrimi standardi za varnost in zdravje pri delu je sodelovanje samoumevno, vendar je zanj še vedno odgovoren sam delavec. Samoupravljanje, kot je bilo že navedeno, je del dejavnosti.

Navedenih je nekaj primerov, kako lahko delavci s kostno-mišičnimi obolenji dejavno sodelujejo:

- zgodaj naj stopijo v stik z neposredno nadrejenim, da bi se pogovorili o položaju, in podajo svoje predloge, kaj bi jim lahko pomagalo (preden je potrebna dolga bolniška odsotnost z dela),
- pogovorijo naj se s sodelavci, da bi jih ti bolje razumeli,
- pravočasno naj stopijo v stik z zdravstvenimi delavci (medicinskimi, psihološkimi), da bi zgodaj prejeli podporo in razpravljali o tem, kaj bi jim lahko pomagalo; opišejo naj, kaj točno deluje in kakšne so omejitve, ter proučijo strategije za lajšanje bolečin,
- pripravljeni naj bodo obravnavati psihosocialne dejavnike v ad hoc ocenah, kot so nepravilnost ali premajhen nadzor,
- prispevajo naj svoje zamisli, kaj je potrebno, da bi zagotovili nemoteno vrnitev na delovno mesto; ti predlagani ukrepi bi bili lahko ergonomske, organizacijske ali psihosocialne narave,
- pri vrnitvi na delovno mesto naj bodo pripravljeni „dati“ nekaj v zameno (npr. delavec s kroničnim kostno-mišičnim obolenjem bi lahko imel težave z nočnimi izmenami, ki jih mora kriti njegova ekipa; delavec bi v zameno lahko predlagal, da prevzame dnevno izmeno ob koncu tedna).

6. Ohranjanje stikov z družbo med bolniško odsotnostjo

To je bilo že omenjeno, vendar tega ni mogoče dovolj poudariti. Pomembno je, da delavci ostanejo v stiku z neposredno nadrejenim in sodelavci, da bi spodbudili razumevanje ter podporo. Družbena podpora spada med glavne dejavnike uspešnega zgodnjega ukrepanja in vrnitve na delovno mesto.

Vir: preglednica, ki jo je avtorica pripravila na podlagi več publikacij agencije EU-OSHA o kostno-mišičnih obolenjih (EU-OSHA, 2020d, 2021) in lastnih izkušnjah kot oseba, ki je bila zadolžena za vrnitve na delovno mesto v Avstriji.

Vse družbe (z nekaterimi izjemami) lahko uporabijo posrednike iz preglednice 1 za pomoč delavcem s kostno-mišičnimi obolenji, da bi se uspešno vrnili na delovno mesto. Vendar bo to morda težje za MSP. Večina nima internega strokovnega znanja, vendar lahko predlagajo (in usposobijo) osebe, s katerimi lahko delavci stopijo v stik ter bodo zadolžene za zagotavljanje zunanje podpore za vrnitev na delo. MSP lahko prejmejo pomoč in svetovanje zunanjih služb. V številnih državah so na voljo posebne svetovalne storitve ⁽⁹⁾, zdravstvene zavarovalnice in vladni ali skupnostni programi pa MSP omogočajo podporo pri varnosti in zdravju pri delu in vrnitvi na delovno mesto.

Praktična primera vrnitve na delovno mesto

V spodnjem oddelku sta prikazana dva primera, kako je mogoče upoštevati splošne smernice za vrnitev na delo za delavce s kostno-mišičnimi obolenji. Obe družbi iz teh primerov zagotavljata programe za vrnitev na delovno mesto. Pomembnost ocene psihosocialnih dejavnikov tveganja je bila poudarjena v že opisanem praktičnem primeru, vendar pa naslednji študiji primerov prikazujeta pomembnost psihosocialnih vidikov v procesu vrnitve na delovno mesto.

Primer 1: čistilka v bolnišnici

Primer 1 temelji na dokazih, ki jih je zbrala avtorica, in je bil izbran, ker prikazuje pomembnost celostnega pristopa, ki obravnava vse psihosocialne vidike, k ponovni vključitvi delavcev s kostno-mišičnimi obolenji.



©Oblikovanje: Freepik

Ozadje. 52-letna ženska dela kot čistilka v splošni bolnišnici. Tam večino dejavnosti čiščenja opravijo uslužbenci, ki jih neposredno zaposluje bolnišnica. Bolnišnica uporablja agencijske delavce le za posebne naloge. Skoraj polovica čistilnega osebja je stara nad 50 let, dve tretjini pa je žensk. Ženska je begunka iz vojn v nekdanji Jugoslaviji, vendar v Avstriji živi že 25 let. Dela polni delovni čas, pet dni na teden, v okviru sistema izmen, ki vključuje konce tedna, ne pa tudi nočnih izmen. Je zanesljiva in dobro vključena uslužbenka, ki

jo neposredno nadrejeni ter sodelavci spoštujejo. Je ločena in ima odrasle otroke. Rada bi delala še deset let, da bi prejela dobro pokojnino. V zadnjih letih se je večkrat pritožila nad bolečinami v križu in je bila nekajkrat za krajši čas bolniško odsotna, zdravila se je zaradi bolečin ter obiskovala fizioterapijo. V mesecih pred zadnjo bolniško odsotnostjo je zaradi ekonomskih razlogov opravljala dodatne izmene. Nato je morala ostati doma zaradi nepopolnega zdrsa ledvene medvretenčne ploščice. Prejela je zdravila, vendar ni bila operirana. Rehabilitacija je trajala tri tedne. Skupaj je bila z

⁽⁹⁾ Avstrijski zavod za zavarovanje pred nesrečami na delu (AUVA, *Allgemeine Unfallversicherungsanstalt*) podpira družbe z manj kot 51 zaposlenimi prek svojega programa za varnost in zdravje pri delu AUVAsicher ter zagotavlja poslovno in individualno svetovanje ter podporo za vrnitev na delo prek svojega programa fit2work, ki je na voljo vsem.

dela odsotna skoraj dva meseca. Bolnišnica ima vključujočo zdravstveno politiko, ki zajema tudi vrnitev na delovno mesto. Po 21 dneh bolniške odsotnosti vsakega zaposlenega povabijo na razpravo, kakšno podporo bo potreboval, da bi zagotovili nemoteno vrnitev na delo. Poleg tega je vodja oddelka čiščenja vzpostavil program za spodbujanje zdravja z zdravstvenimi forumi v različnih jezikih, v okviru katerih delavci razpravljajo o zdravstvenih težavah, povezanih z delom, in delijo zamisli za spodbujanje dobrega zdravja pri delu. Kot kontaktna oseba za delavce je bil usposobljen „zdravstveni multiplikator“. Ekipe in neposredno nadrejeni so se udeležili usposabljanja za zdravo vodenje, vzpostavljen je bil program za ergonomijo (za oceno vseh delovnih nalog in njihove primernosti za starejše delavce), ergonomsko usposabljanje na delovnem mestu pa je bilo okrepljeno.

Proces vrnitve na delovno mesto. Delavka je bila od prvega dne bolniške odsotnosti v stiku z neposredno nadrejenim, ki mu je zaupala. Sprejela je vabilo na razgovor o vrnitvi na delovno mesto z neposredno nadrejenim in članom ekipe za vključevanje po obdobju rehabilitacije. Skupaj so pripravili načrt za ponovno vključitev. Dogovorili so se, da se bo postopno vrnila na delo v treh mesecih in počasi delala vse dlje. Zdravnik družbe je po posvetovanju odobril to postopno vrnitev. Delavka je redno obiskovala fizioterapijo in si je po vrnitvi lahko med delom vzela kratke odmore, da je izvajala vaje ali počivala. Strokovnjak za varnost in zdravje pri delu, ki je proučil njene delovne naloge, je izvedel ad hoc oceno tveganja. Zato so iz ergonomskih razlogov spremenili del njene opreme in nalog; ni ji bilo več treba plezati po lestvah ali prazniti težkih veder. Prej je delala predvsem sama, zdaj pa je postala del majhne delovne ekipe, da bi ji po potrebi lahko na pomoč priskočili sodelavci. Njeni sodelavci so bili obveščeni o njeni ponovni vključitvi ter so ji bili v podporo, vodja njene ekipe pa jo je na koncu vsakega dni povprašal o zmožnosti dela. Poleg tega je njen neposredno nadrejeni angažiral socialnega delavca, ki naj bi ji pomagal urediti osebni ekonomski položaj ter finančne obveznosti. Zaradi vseh teh sprememb se je delavka uspešno vrnila na delo in tam tudi ostala.

Če povzamemo, so bili za uspeh ključni:

- zdravstvena politika organizacije,
- sodelovanje delavke pri pripravi načrta za ponovno vključitev,
- podpora neposredno nadrejenega in sodelavcev,
- postopna vrnitev na delovno mesto,
- podpora strokovnjakov (zdravnika družbe, socialnega delavca),
- ocena tveganja, ki je bila osredotočena na njene naloge (ne le na njeno splošno delovno mesto), in reorganizacija njenega dela,
- sprememba njenih nalog in opreme ter zagotavljanje družbene interakcije (organizacijske spremembe),
- možnost odmorov, kadar jih je potrebovala, in
- spoštljiva delovna kultura na oddelku.

Primer 2: receptorka v srednje veliki družbi

Ta študija primera je bila objavljena v publikaciji agencije EU-OSHA (2020d); v tem članku je predstavljena, ker je dober primer delavke s predvsem računalniškim in sedečim delom, ki trpi zaradi kostno-mišičnega obolenja ter se je kljub temu lahko vrnila na delo po zaslugi ukrepov za preprečevanje psihosocialnih tveganj.



Ozadje. Ženska je stara nad 60 let in dela kot receptorka v srednje veliki družbi. Pri delu uporablja predvsem računalnik, zato pogosto sedi. Zadolžena je za telefonsko centralo, recepcijo in e-poštne račune ter skrbi za poštno in kurirske dostave. Za osteoartritisom (tj. bolečino in otrdelostjo prizadetih sklepov) je trpela, še preden je začela delati kot receptorka. Ko je začela delati v družbi, so že vedeli za njeno težavo. Ko se je stanje poslabšalo, je dobila stol s posebnima naslonoma za roke in podporo za hrbet (zgodnje ukrepanje – prilagoditve). V nesreči doma si je zlomila dve vretenci, strgala vezi v gležnju in poškodovala koleno. Šest mesecev je bila bolniško odsotna, prejela je zdravljenje in bila vključena v zdravljenje. Njen neposredno nadrejeni, vodja kadrovske službe in sodelavci so z receptorko med bolniško odsotnostjo ohranjali stik ter podpirali njeno odločitev, da se vrne na delo.

Njena družba izvaja redne ocene tveganja, vključno z ocenami tveganja za DSE ⁽¹⁰⁾, in ima delovne postaje, za katerimi je mogoče sedeti ali stati, ter opremo z različnimi zasnovami, kot so miške in sledilne ploščice. Organizacija ima politiko vrnitve na delovno mesto, ki vključuje postopno vrnitev na delo.

Njena vrnitev na delo je bila postopna in je trajala tri mesece. Ko se je vrnila na delo, je še vedno uporabljala bergle in obiskovala fizioterapijo. Ergonomska ekipa je skupaj z njo ocenila delovno postajo. Njenim potrebam so prilagodili več orodij in opremo: dobila je boljše slušalke, novo počivalo za noge in poseben stol, okrog nje pa so omogočili več prostora, da bi med pogostimi kratkimi odmori lahko vstala in se razmigala.

Njen neposredno nadrejeni je bil v veliko podporo. Naloge, ki so vključevale ročno razvrščanje, kot so poštno pošiljke in shranjevanje, so prevzeli drugi sodelavci. Po zaslugi teh manjših sprememb delovnih nalog in okolja se je lahko uspešno ponovno vključila na prvotno delovno mesto receptorke.

Če povzamemo, so bili za uspeh ključni naslednji dejavniki:

- politika vrnitve na delovno mesto,
- spoštljiva organizacijska kultura,
- vključitev delavke,
- podpora kadrovskega oddelka, neposredno nadrejenega in sodelavcev,
- postopno podaljševanje delovnega časa,
- posebna ocena tveganja med procesom vrnitve na delovno mesto,
- prilagoditev uporabljane opreme in orodij,
- možnost odmorov,
- organiziranje podpore in prenos neprimernih nalog na druge.

Kot je navedla sama delavka: najbolj sta ji pomagala razumevanje in podpora, ki ju je bila deležna.

Sklepne ugotovitve

Pri kostno-mišičnih obolenjih gre za zahtevne zdravstvene težave, ki vplivajo na delovno aktivno prebivalstvo. Ljudje živijo in delajo dlje, zato se bosta razširjenost ter vpliv kostno-mišičnih obolenj predvidoma še povečevala. Obenem se spreminja narava dela (npr. delo na daljavo) in pojavljajo se nova tveganja, kar pomeni, da postajajo psihosocialni dejavniki, kot je nadzor nad lastnim delom ali dobra družbena podpora, še bolj pomembni.

Za posameznike in organizacije je pomembno ohranjati kostno-mišično zdravje delavcev v celotnem obdobju njihovega delovnega življenja ter tako zagotoviti, da so bolj zdravi, so manj pogosto bolniško odsotni, ohranjajo zmožnost dela in dlje časa ostanejo v službah. Boljše zdravje in višja kakovost življenja sta prisotna še dolgo po zaključku delovnih let. Spodbujanje, ohranjanje in ponovno doseganje kostno-mišičnega zdravja koristijo vsem stranem.

Pri doseganju tega so ključni visoki **standardi za varnost in zdravje pri delu**. Organizacije bi morale oblikovati **vključujočo zdravstveno politiko** ter skladno strategijo za varnost in zdravje pri delu, ki na podlagi rednih ocen obravnava spodbujanje zdravja, preprečevanje in vrnitev na delovno mesto ter prilagajanje delovnega mesta, delovnega okolja in opreme.

Opozoriti bi bilo treba, da se **splošna načela preventive na področju varnosti in zdravja pri delu** nanašajo tudi na preprečevanje psihosocialnih dejavnikov tveganja za kostno-mišična obolenja:

⁽¹⁰⁾ DSE – slikovni zaslon.

tveganja je treba opredeliti in se jim v čim večji meri izogniti z bojem proti njim pri izvoru ter prilaganjem dela potrebam delavcev. Zaželeni so kolektivni ukrepi, poskrbeti pa bi bilo treba za usposabljanje in izobraževanje.

Eno ključnih sporočil je, da kostno-mišična obolenja niso povezana le s fizičnimi dejavniki tveganja, ampak tudi z organizacijskimi in psihosocialnimi dejavniki tveganja pri delu. Taki dejavniki so povezani in imajo pomembno vlogo pri pojavu kostno-mišičnih obolenj, povezanih z delom. Ukrepi za izboljšanje in zmanjšanje dejavnikov psihosocialnega stresa lahko močno vplivajo na okrevanje po kostno-mišičnih obolenjih ter trajnostno vrnitev na delovno mesto.

To kaže, da bi morale ocene tveganja obravnavati širok razpon tveganj, tj. morale bi postati **celostne ocene tveganja**.

Prvi korak po pojavu kostno-mišičnih obolenj je **zgodnje ukrepanje s prilagoditvijo dela** in zagotavljanjem **individualne podpore**. Naslednji korak je zagotoviti učinkovite **programe za vrnitev na delo** na delovnem mestu s prilagoditvijo organizacije dela, delovnih postaj, delovnega časa, opreme itd. potrebam delavcev, ki se vračajo po odsotnosti, in omogočanjem delne ali postopne vrnitve na delo. Vrnitev na delovno mesto s kostno-mišičnim obolenjem ne pomeni, da mora delavec popolnoma okrevati po kostno-mišičnem obolenju ali biti popolnoma sposoben za delo. Zmožnost dela s kostno-mišičnim obolenjem pomeni, da ima posameznik na voljo sredstva, ki se ujemajo z njegovimi delovnimi nalogami in delovnimi pogoji ter mu kljub vsem omejitvam zaradi kostno-mišičnega obolenja omogočajo, da ustrezno opravlja svoje delovne naloge. Potrebni bodo **ukrepi na delovnem mestu**, ki ga bodo dopolnjevali posamezni ukrepi (rehabilitacija, fizioterapija, psihološko usmerjanje itd.). Organizacija bo morala spodbujati **pozitiven in razumevajoč odnos** (ki zajema ozaveščanje vodilnih delavcev), da bi delavci lažje spregovorili o svojem stanju in občutili manjši strah. Proces vrnitve na delovno mesto bi bilo treba podpreti z **večdisciplinarnim pristopom**, ki vključuje različne strokovnjake in izvedence.

Primeri, predstavljena v tem članku, kažeta, kako doseči ravnovesje med delom s kostno-mišičnim obolenjem in delovnimi zahtevami ter kako pomembni so psihosocialni vidiki, da se delavec uspešno ponovno vključi na delovno mesto in tam tudi ostane.

Avtorica je prepričana, da bi bilo mogoče preprečiti številna kostno-mišična obolenja, ki jih povzročajo ali poslabšajo delo, še posebej v povezavi s psihosocialnimi dejavniki tveganja, če bi podjetja in organizacije krepili spoštljivo zdravo delovno kulturo, zagotavljali dobre delovne pogoje ter spodbujali dobro počutje na delovnem mestu, upoštevali predpise s področja varnosti in zdravja pri delu ter delavce resnično vključili v preprečevanje tveganj in procese vrnitve na delovno mesto.

Avtorica: Irene Kloimüller, Kloimüller Co KG/Wert:Arbeit; www.wertarbeit.at.

Vodenje projekta: Małgorzata Milczarek, Maurizio Curtarelli, Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA).

Ta dokument za razpravo je naročila Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA). Njegovo vsebino, vključno z vsemi izraženimi mnenji in/ali sklepi, so prispevali le avtorji in ne odraža nujno stališč agencije.

© EU-OSHA, 2021. Razmnoževanje je dovoljeno ob navedbi vira.

Avtorske pravice za fotografiji na straneh 13 in 14: <https://www.freepik.com>, oblikovanje: Freepik.

Prevod opravil Prevajalski center (CdT, Luksemburg), na podlagi izvirnega angleškega besedila

References

- Arbeit- und Gesundheit-Gesetz — AGG (Arbeit- und Gesundheit-Gesetz: Bundesgesetz, mit dem ein Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu Arbeit und Gesundheit geschaffen wird), BGBl. I, Nr. 111/2010 (Art. 114 des Budgetbegleitgesetzes 2011), in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. I, Nr. 3/2013 (Art. 4 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012), BGBl. I, Nr. 138/2013 (Art. 13 des Arbeitsrechts-Änderungsgesetzes 2013), der Verordnung BGBl. II Nr. 59/2014. [Federal Law which offers information, advice and support services in labour and health issues (Labour and Health Act), Federal Law Gazette No I, No 111/2010 (§ 114 of the Budget Accompanying Act 2011) as amended in 2013, Federal Law Gazette No 3/2013 (§4 of the Social Reform Act 2012), Federal Law Gazette No I, No 138/2013 (§13 of the Workers' Rights Reform Act 2013), of the provision, Federal Law Gazette No II, No 59/2014.] Available at: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007058>
- Bevan, S., 2015, 'Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe', *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, Vol. 29, No 3, pp. 356-373.
- Engel, G. L., 1977, 'The need for a new medical model: a challenge for biomedicine', *Science*, Vol. 196, No 4286, pp.129-136.
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2016, *Rehabilitation and return to work: analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-report-eu-and-member-states-policies-strategi-0>
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2019a, *Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe/view>
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2019b, *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks — ESENER 3*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/third-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-3/view>
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2019c, *Conversation starters for workplace discussions about musculoskeletal disorders*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/conversation-starters-workplace-discussions-about-musculoskeletal-disorders/view>
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2020a, *Work-related musculoskeletal disorders: from research to practice. What can be learnt? European Risk Observatory Report*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/work-related-musculoskeletal-disorders-research-practice-what-can-be-learnt/view>
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2020b, *Work-related musculoskeletal disorders: why are they still so prevalent? Evidence from a literature review. European Risk Observatory Report*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/work-related-musculoskeletal-disorders-why-are-they-still-so-prevalent-evidence/view>
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2020c, *Workforce diversity and musculoskeletal disorders: review of facts and figures and examples. European Risk Observatory Report*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/preventing-musculoskeletal-disorders-diverse-workforce-risk-factors-women-migrants-and>
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2020d, *Analysis of case studies on working with chronic musculoskeletal disorders*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/analysis-case-studies-working-chronic-musculoskeletal-disorders/view>

- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2021, *Working with chronic musculoskeletal disorders. Good practice advice*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/working-chronic-msds-good-practice-advice/view>
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), undated, 'The OSH Framework Directive', Article 15. Available at: <https://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1>.
- Eurofound, 2015, *European Working Conditions Survey 2015*. Available at: <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/2020/european-working-conditions-survey-2020>
- Eurogip, 2007, *Musculoskeletal disorders in Europe: definitions and statistics*, Eurogip, Paris.
- Eurostat, 2014, *European Health Interview Survey (EHIS)*. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm
- Hauke, A., Flintrop, J., Brun, E. and Rugulies, R., 2011, 'The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: a review and meta-analysis of 54 longitudinal studies', *Work & Stress*, Vol. 25, No 3, pp. 243-256.
- OSHWiki, 2019, 'Working with rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs)'. Available at: [https://oshwiki.eu/wiki/Working_with_rheumatic_and_musculoskeletal_diseases_\(RMDs\)](https://oshwiki.eu/wiki/Working_with_rheumatic_and_musculoskeletal_diseases_(RMDs))
- SWEA (Swedish Work Environmental Authority), 2020, 'Gender equality in the work environment'. Available at: <https://www.av.se/en/work-environment-work-and-inspections/work-with-the-work-environment/gender-equality-in-the-work-environment/#4>
- WHO (World Health Organization) 2019, 'Musculoskeletal conditions'. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Wiedereingliederungsteilzeitgesetz, 30, Bundesgesetz: Wiedereingliederungsteilzeitgesetz (NR: GP XXV RV 1362 AB 1440 S. 158. BR: AB 9680 S. 862). [Federal Law No 30: Part-Time Reintegration Act (No GP XXV RV 1362 AB 1440 S. 158. BR: AB 9680 S. 862.)] Available at: https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2017_I_30