

RELUAREA MUNCII DUPĂ CONCEDIUL DE BOALĂ PENTRU O AFECȚIUNE MUSCULOSCHELETICĂ ÎN CONTEXTUL RISCURILOR PSIHOSOCIALE LA LOCUL DE MUNCĂ

Afecțiunile musculoscheletice și factorii de risc psihosocial – o introducere în subiect



©David Tijero Osorio

Reluarea și continuarea muncii în condițiile apariției afecțiunilor musculoscheletice (AMS) reprezintă o chestiune esențială pentru toate statele europene (variind într-o anumită măsură de la un stat la altul), întrucât AMS constituie una dintre problemele de sănătate cel mai frecvent raportate la nivel mondial (OMS, 2019).

Sondajul european privind condițiile de muncă (EWCS; a se vedea Eurofound, 2015) a subliniat că, în 2015, 50 % din totalul lucrătorilor europeni au declarat că sunt afectați de una sau mai multe probleme musculoscheletice, durerea de spate fiind cea mai frecventă, urmată de probleme ale membrilor superioare (gât și umeri) și ale membrilor inferioare (șolduri, genunchi, glezne).

Dintre problemele de sănătate legate de locul de muncă, AMS de origine profesională sunt cele mai importante: în cadrul anchetei UE asupra forței de muncă din 2013, 60 % dintre respondenți au considerat că problemele musculoscheletice sunt cele mai grave probleme de sănătate (Eurostat, 2013). În fiecare an se pierd multe zile lucrătoare din cauza AMS; în

2015, de exemplu, 53 % dintre lucrătorii cu AMS au declarat că au fost în concediu medical cu un an înainte (EU-OSHA, 2019a).

Prevalența AMS s-a menținut la un nivel ridicat în mod constant în ultimii ani, deși s-au făcut eforturi majore pentru a reduce riscurile legate de AMS. Întrucât au crescut speranța de viață și durata vieții active, se preconizează că prevalența și impactul afecțiunilor musculoscheletice vor crește și mai mult la nivel global.

La apariția AMS pot contribui diferiți factori, cum ar fi factorii fizici, organizaționali, psihosociali, sociodemografici și individuali (EU-OSHA, 2019a). Riscurile psihosociale, în special în combinație cu riscurile fizice, pot cauza sau agrava AMS.

În ceea ce privește combaterea AMS, condițiile ergonomice s-au îmbunătățit foarte mult, însă nu și organizarea muncii sau mediul de muncă psihosocial.

În acest articol discutăm despre AMS, punând accentul pe contextul factorilor de risc psihosocial la locul de muncă, și ne axăm în special pe revenirea în câmpul muncii în condițiile apariției AMS.

Ce sunt AMS și ce sunt AMS de origine profesională?

AMS este un termen generic utilizat pentru a descrie durerea și disconfortul la nivelul mușchilor corpului (EU-OSHA, 2020a: 14). Afecțiunile musculoscheletice reprezintă o categorie diversă de boli care afectează sistemul musculoscheletic și sistemul locomotor, și anume mușchii, oasele, articulațiile și țesuturile asociate, cum ar fi tendoanele și ligamentele, astfel cum sunt enumerate în Clasificarea Internațională a Bolilor (M00-M99). În această categorie sunt incluse peste 150 de diagnostice. Afecțiunile musculoscheletice se caracterizează, de obicei, prin durere (adesea persistentă) și prin limitări ale mobilității, ale dexterității și ale abilităților funcționale, reducând capacitatea persoanelor

afectate de a munci și de a participa la roluri sociale, ceea ce afectează, la rândul său, bunăstarea mintală. La un nivel mai general, acestea afectează prosperitatea comunităților (OMS, 2019).

Unele AMS apar brusc (de exemplu, în urma unui traumatism acut produs de un accident), însă majoritatea se dezvoltă treptat, ca urmare a unei expuneri lungi sau repetate (sunt cumulative). AMS pot fi de scurtă durată sau se pot manifesta pe tot parcursul vieții (cronice).

Termenul **AMS de origine profesională** se referă la problemele de sănătate care afectează mușchii, tendoanele, ligamentele, cartilajele, sistemul vascular, nervii sau alte țesuturi moi și articulațiile sistemului musculoscheletic, care sunt cauzate sau agravate în primul rând de munca în sine; acestea pot afecta extremitățile membrelor superioare, gâtul și umerii, zona inferioară a spatelui și membrele inferioare. AMS de origine profesională sunt în mare parte afecțiuni cumulate apărute ca urmare a expunerii repetate, pe termen lung, la pericole asociate cu activitatea profesională.

Fapte și cifre cu privire la AMS și la impactul negativ al AMS de origine profesională

Rezumând datele colectate din diverse surse ⁽¹⁾, rezultă că AMS de origine profesională constituie probleme esențiale în toate statele membre ale UE. De-a lungul anilor, atât incidența, cât și prevalența acestora ⁽²⁾ s-au menținut la un nivel ridicat în UE. AMS au **consecințe negative** la diferite „niveluri”: la nivel micro, pentru lucrătorul individual, la nivel mediu, pentru companii și întreprinderi, și la nivel macro, pentru sistemul public de sănătate, pentru economie și societate în general. AMS pot avea efecte pe termen scurt și lung; acestea afectează sănătatea persoanelor, calitatea vieții, calitatea muncii, productivitatea și statutul economic, precum și economia țării.



©David Tijero Osorio

Pentru inspectoratele de muncă, companiile de asigurări, experții și întreprinderile din domeniul securității și sănătății în muncă (SSM), **incidența și prevalența bolilor profesionale** (boli certificate în mod legal ca fiind boli profesionale) sunt date care constituie indicatori-cheie pentru intervențiile impuse de lege și pentru eventualele compensații pentru lucrători. Totuși, datele nu pot fi comparate foarte bine la nivelul UE. În unele țări, AMS reprezintă o proporție semnificativă a bolilor profesionale (Eumusc, 2011), pe când în altele procentul este mult mai mic, deoarece mult mai puține AMS sunt recunoscute ca boli profesionale.

AMS și absența de la locul de muncă. Peste jumătate dintre lucrătorii cu AMS au declarat că au lipsit de la serviciu în decursul a 12 luni (EU-OSHA, 2019a). În UE, 26 % dintre lucrătorii care suferă de AMS cronice și de alte probleme de sănătate au declarat că au lipsit de la serviciu mai mult de 8 zile pe an (față de numai 7 % dintre lucrătorii fără probleme de sănătate) (Eurostat, 2014). Absențele prelungite de la locul de muncă pun în pericol angajabilitatea unei persoane pe termen lung. Ponderea ridicată a concediilor medicale conduce la creșterea costurilor ca urmare a plăților directe sau indirecte ale indemnizațiilor aferente ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Principalele surse de informații sunt sondaje precum Sondajul european privind condițiile de muncă (EWCS), ancheta UE asupra forței de muncă – modulele ad-hoc (LFS), Sondajul european în rândul întreprinderilor privind riscurile noi și emergente (ESENER), ancheta europeană privind sănătatea realizată prin interviu (EHIS) și datele administrative obținute din Statisticile europene privind accidentele de muncă (ESAW), Baza de date europeană „Sănătate pentru toți” sau Baza de date a Organizației Mondiale a Sănătății privind mortalitatea în Europa.

⁽²⁾ Incidența ia în considerare numărul de cazuri noi de AMS în cadrul unei anumite populații și perioade, iar prevalența ia în considerare numărul total de AMS de care au suferit persoanele în ultimele 12 luni.

⁽³⁾ Costurile directe ale concediilor medicale reprezintă salariile plătite de întreprinderi lucrătorilor pe durata concediului medical, iar costurile indirecte reprezintă asigurările sociale plătite de întreprinderi, respectiv sumele pentru salarii pe durata concediului medical și pentru tratament plătite de companiile de asigurări sociale.

Prezenteismul⁽⁴⁾. Procentul lucrătorilor cu AMS care declară că au lucrat între 4 și 20 de zile lucrătoare în timp ce erau bolnavi este mult mai mare decât cel al lucrătorilor care se confruntă cu orice alte probleme de sănătate (Eurofound, 2015). Prezenteismul poate conduce la nemulțumiri legate de muncă, la conflicte și la o pondere ridicată a concediilor medicale.

Pensionarea anticipată. O treime dintre lucrătorii cu AMS (combinată cu alte probleme de sănătate) consideră că nu vor mai putea să își desfășoare activitatea până la vârsta de 60 de ani (Eurofound, 2015). Riscul de dizabilitate și de pensionare anticipată este mai mare în cazul persoanelor care suferă de AMS.

Impactul asupra economiei naționale. Se estimează că 1-2 % din produsul intern brut se pierde ca urmare a AMS (Bevan, 2015). AMS implică costuri suplimentare pentru medicamente și tratament, reabilitare, compensare în cazul unei AMS de origine profesională, pensii de invaliditate și pensii anticipate etc.

Prin urmare, prevenirea AMS și sprijinirea unui proces adecvat de reluare a muncii sunt esențiale nu numai din punct de vedere uman și etic, ci și din motive economice!

Factorii de risc psihosocial la locul de muncă în contextul AMS

AMS sunt asociate cu mai multe categorii de riscuri: riscurile determinate de factori individuali și sociodemografici și riscurile legate de desfășurarea activității profesionale. Expunerea profesională, adică riscurile întâlnite la locul de muncă, contribuie la apariția AMS, fie în mod independent, fie combinate.

Iată o scurtă prezentare a acestor factori:

- **fizici (biomecanici):** de exemplu, solicitările fizice mari, munca foarte repetitivă, utilizarea unei forțe considerabile, vibrațiile, frigul sau căldura excesive, posturile incomode, sarcinile de lucru prelungite, perioadele prelungite de stat în poziția așezat sau în picioare și multe altele;
- **organizaționali** (modul în care este organizată munca determină gradul de dificultate a sarcinilor fizice): numărul de ore consecutive de lucru, frecvența pauzelor, planificarea necorespunzătoare a timpului de lucru, munca sub presiunea timpului, lipsa timpului de recuperare, lipsa de flexibilitate a procedurilor, lipsa autodeterminării, lipsa resurselor necesare pentru a desfășura o activitate profesională de înaltă calitate, sarcinile monotone și lipsa evoluției în carieră;
- **psihosociali:** de exemplu, exigențele ridicate la locul de muncă, nivelul scăzut de sprijin social din partea superiorilor ierarhici sau a colegilor, nivelul scăzut de control la locul de muncă, intensitatea ridicată a muncii, conflictele dintre viața profesională și cea privată, nivelul ridicat de încărcare mentală, lipsa de autoritate în luarea deciziilor, lipsa recunoașterii pentru munca depusă, conflictele de la locul de muncă în ceea ce privește valorile, conflictele privind calitatea muncii, lipsa echității organizaționale (de exemplu, distribuția neuniformă a muncii), nesiguranța locului de muncă, mediul social precar, lipsa relațiilor interpersonale la locul de muncă sau a sprijinului social, discriminarea, hărțuirea și comportamentele agresive, toate acestea putând provoca stres în rândul lucrătorilor și, prin urmare, suferințe psihologice și fizice.

Riscurile psihosociale nu sunt clasificate în mod uniform în studii și publicații, dar cele mai multe abordări vizează riscurile legate de aspectele principale ale sprijinului social, controlul la locul de muncă, autoritatea decizională și recunoașterea.



Ca urmare a utilizării sporite a noilor tehnologii (și anume digitalizarea muncii), tiparele riscurilor legate de desfășurarea activității profesionale s-au schimbat și, prin urmare, trebuie luate în considerare și în evaluarea și prevenirea riscurilor. Pe măsură ce munca devine din ce în ce mai digitalizată, tot mai multe persoane lucrează de la domiciliu sau de la distanță, în timp ce călătoresc, sau lucrează prin intermediul platformelor digitale.

⁽⁴⁾ Termenul „prezenteism” desemnează comportamentul angajaților care vin la muncă deși sunt sau se simt bolnavi.

Acest lucru le oferă lucrătorilor mai multă flexibilitate, dar, în același timp, schimbă granițele dintre viața profesională și cea privată. Digitalizarea accelerează procedurile de lucru și crește astfel presiunea exercitată de timp, determină stabilirea unor noi forme de comunicare personală cu superiorii ierarhici direcți, cu supraveghetorii și cu colegii (EU-OSHA, 2020b).

Factorii de risc legați de muncă sunt repartizați în mod inegal între diferitele sectoare și categorii profesionale, în funcție de natura și de caracteristicile lor ergonomice, dar și de caracteristicile psihosociale ale muncii. Categoriile specifice, cum ar fi femeile, lucrătorii migranți sau lucrătorii LGBTI (persoanele lesbiene, gay, bisexuale, transgen și intersexuale) sunt mai susceptibile de a suferi de AMS, astfel cum o dovedesc datele prezentate în raportul EU-OSHA *Workforce diversity and musculoskeletal disorders: review of facts and figures and examples* (EU-OSHA, 2020c) (Diversitatea forței de muncă și afecțiunile musculoscheletice: analiza faptelor și a cifrelor și exemple de cazuri). Motivele sunt multiple, printre acestea numărându-se condițiile de muncă mai precare în general, locurile de muncă de nivel inferior și nivelurile mai ridicate de expunere la hărțuire, amenințări, discriminare și, uneori, la pericole legate de mediu (în cazul locurilor de muncă murdare, periculoase și solicitante). O lecție importantă desprinsă din studiile comandate de Autoritatea pentru mediul de lucru din Suedia (SWEA) o reprezintă faptul că diferențele dintre femei și bărbați în materie de probleme de sănătate nu au cauze biologice, ci sunt determinate de modul diferit de organizare a muncii și de distribuția inegală a resurselor de muncă (SWEA, 2020).

Este necesar să se înțeleagă că AMS pot fi cauzate sau agravate de factorii de risc psihosocial menționați mai sus, în special în ceea ce privește măsurile de prevenire și reluarea muncii. Prin urmare, intervențiile pentru îmbunătățirea condițiilor și reducerea factorilor de stres psihosocial pot avea un impact major asupra recuperării în urma AMS și a revenirii durabile la locul de muncă.

Cum se manifestă legătura dintre riscurile psihosociale și AMS?

Modelele de AMS acceptate în prezent se bazează pe modelul biopsihosocial ⁽⁵⁾ dezvoltat de Engel (1977) și adaptat ulterior (de exemplu, de Hauke et al., 2011). Lucrătorii se confruntă cu riscuri psihosociale la locul de muncă și în afara acestuia. Răspunsul individual la stres sau reacția la factorii de risc este considerată un factor-cheie în ceea ce privește legătura dintre factorii de risc legați de muncă (care pot fi fizici, psihosociali sau organizaționali) și afecțiuni. Acesta evidențiază motivul pentru care intervențiile trebuie să aibă loc la nivel ocupațional și individual sau în combinație, astfel cum se va descrie mai jos.

Următoarele constatări dintr-un raport elaborat de EU-OSHA (2020b) prezintă modul în care se leagă factorii de risc psihosocial la locul de muncă de AMS:

- **Sprijinul social scăzut:** numeroase rezultate ale cercetării evidențiază o corelație între sprijinul social scăzut și durerea musculară în toate regiunile corpului și, în special, durerea la nivelul gâtului, umerilor și părții inferioare a spatelui.
- **Nivelul scăzut de control la locul de muncă,** care include lipsa de autoritate în luarea deciziilor: s-a dovedit a fi legat în mod direct de durerea de spate, gât, umeri, încheieturi ale mâinilor, coate, șolduri și genunchi.
- **Nivelul scăzut de satisfacție la locul de muncă:** pare să fie asociat în special cu durerea la nivelul extremităților superioare și în partea inferioară a spatelui.
- **Conflictele dintre viața profesională și cea privată:** mai multe studii au concluzionat că conflictele dintre viața profesională și cea privată sunt asociate cu durerile musculoscheletice (mai ales cu durerile în partea inferioară a spatelui).
- **Comportamentul social negativ,** cum ar fi discriminarea, hărțuirea și comportamentul agresiv: aceste riscuri par să fie asociate în mod direct cu AMS. A fost identificată și o relație indirectă ca urmare a solicitării psihologice.

Un grup de experți a efectuat, în numele EU-OSHA, cercetări pentru a analiza dacă există o relație statistică între prevalența AMS și anumiți factori de risc legați de muncă (EU-OSHA, 2019a). Relația dintre diferiții factori de risc și AMS a fost studiată pe baza mai multor modele de regresie care

⁽⁵⁾ Modelul biopsihosocial a fost dezvoltat de G. L. Engel în 1977. Acesta consideră că sănătatea și boala sunt produse ale *caracteristicilor biologice* (cum ar fi genele), ale *factorilor comportamentali* (cum ar fi stilul de viață și convingerile privind sănătatea) și ale *condițiilor sociale* (cum ar fi influențele culturale, relațiile de familie și sprijinul social).

utilizează date din al șaselea val al EWCS (2015). Au fost identificate asocieri pozitive între AMS la nivelul spatelui, al membrelor inferioare și superioare și abuzurile verbale, hărțuirea sexuală, agresiunile și instrucțiunile de lucru neclare, în timp ce faptul de a avea un cuvânt de spus la locul de muncă, satisfacția legată de propria muncă, tratamentul corect la locul de muncă și posibilitatea de a lua o pauză atunci când este necesar au fost corelate negativ cu problemele de la nivelul membrelor superioare, indicând un posibil efect protector.

În plus, în ceea ce privește persoanele cu o AMS cronică, se poate spune că oamenilor le este mai greu să își ignore simptomele durerii atunci când sunt stresați. Există o interacțiune strânsă între durerea musculoscheletică și minte (OSHWiki, 2019).

Gestionarea AMS la diferite niveluri de prevenire și reluarea muncii

Este important, atât pentru persoane, cât și pentru organizații, ca sănătatea musculoscheletică a lucrătorilor să se mențină pe tot parcursul vieții lor profesionale și să se asigure astfel că aceștia se bucură de o sănătate mai bună, își iau mai puține concedii medicale și rămân mai mult timp la locul de muncă. O sănătate mai bună și o calitate mai bună a vieții se mențin mai mult timp după anii petrecuți în câmpul muncii. Măsurile de prevenire cuprinzătoare și procedurile adecvate de reluare a muncii ajută la menținerea sau la restabilirea capacității de muncă. Acestea constituie o componentă a standardelor de SSM de nivel înalt și favorabile incluziunii.

Scopul final este de a oferi locuri de muncă în care să se ia măsuri pentru prevenirea AMS și a stresului de origine profesională, care să promoveze sănătatea musculoscheletică și sănătatea mintală, care să încurajeze intervențiile timpurii pentru abordarea oricăror probleme musculoscheletice, care să efectueze ajustări rezonabile pentru a permite oamenilor să continue să muncească după ce au dezvoltat o AMS și care să aibă în vedere planuri eficiente de reabilitare și de reluare a muncii (EU-OSHA, 2021).

Această secțiune evidențiază importanța prevenirii AMS și a reluării muncii în urma unei AMS, în special în contextul factorilor de risc psihosocial, și oferă un exemplu de evaluare a riscurilor, ca parte a politicii de prevenire și ca bază pentru reluarea muncii.

Evaluarea riscurilor ca bază a prevenirii factorilor de risc pentru AMS de origine profesională

Reglementările UE în materie de securitate și sănătate în muncă stabilesc responsabilitățile pe care le au angajatorii în ceea ce privește prevenirea riscurilor profesionale pe baza unor evaluări periodice, care analizează riscurile pentru securitatea și sănătatea lucrătorilor și care trebuie repetate la intervale regulate.

Ținând seama de obligația de a evalua toate riscurile la adresa securității și a sănătății lucrătorilor, întreprinderile ar trebui să ia în considerare nu numai riscurile fizice (persistente) la locul de muncă, ci și riscurile organizaționale, riscurile psihosociale tot mai prezente și, desigur, riscurile care au apărut recent ca urmare a utilizării noilor tehnologii și metode de lucru. În unele state membre a fost adoptată o legislație suplimentară pentru a acoperi riscurile psihosociale. Totuși, acest lucru a condus la concepția greșită în rândul întreprinderilor potrivit căreia ar fi necesară efectuarea unor evaluări diferite ale riscurilor. EU-OSHA recomandă în mod clar în mai multe rapoarte să se revină la conceptul inițial al evaluărilor și să se efectueze o evaluare integrată a riscurilor. Aceasta implică necesitatea actualizării instrumentelor de evaluare a riscurilor astfel încât să se acopere relația dintre riscurile fizice și cele psihosociale. Factorii de risc psihosocial nu pot fi evaluați prin „măsurarea echipamentelor de lucru”, fiind necesare în acest sens sondaje, interviuri cu lucrătorii și observații, în conformitate cu standardele științifice de cartografiere a factorilor de risc psihosocial. Este necesară însă o corelare între evaluarea riscurilor fizice și a celor psihosociale. De exemplu, un expert în SSM ar putea efectua interviuri cu lucrătorii în timp ce investighează stațiile de lucru ale acestora. Aceasta presupune, de asemenea, că toți experții în SSM trebuie să fie formați pe tema riscurilor psihosociale. Cu toate acestea, adesea inginerii cu specializare tehnică în domeniul securității în muncă sunt destul de reticenti în a-și schimba metodele de evaluare. Ca urmare, inginerii specializați în domeniul securității în muncă evaluează riscurile ergonomice sau tehnice, iar medicii specializați în medicina muncii sau psihologii evaluează factorii de risc psihosocial. Totuși, ideal ar fi ca evaluările să fie

efectuate în comun de către ambii experți, care să lucreze în echipă, astfel încât să se poată stabili legăturile dintre diferitele tipuri de riscuri.

În statele membre sunt disponibile numeroase ghiduri pentru evaluarea riscurilor, materialele fiind puse la dispoziția acestora de către organizațiile din UE sau internaționale; toate pot fi utilizate de întreprinderile mici pentru a efectua evaluări interne ale riscurilor psihosociale. Este important să se reamintească faptul că la evaluarea riscurilor ar trebui să se ia în considerare și nevoile categoriilor specifice, de exemplu cea a lucrătorilor tineri sau mai în vârstă, a femeilor sau a lucrătorilor migranți. Evaluările care iau în considerare diversele aspecte ale categoriilor specifice de lucrători vor permite punerea în aplicare a unor măsuri adecvate și eficiente.

Un exemplu practic care ilustrează importanța unei abordări cuprinzătoare a evaluării riscurilor

Următorul exemplu, oferit de autoare și preluat din propria-i experiență, subliniază importanța unei abordări cuprinzătoare a evaluării riscurilor.



O evaluare a riscului în secția de chirurgie a unui spital a arătat următoarele: numeroși asistenți medicali, în principal femei, sufereau de dureri cronice de spate, deoarece pacienții deveneau din ce în ce mai grei. Au fost achiziționate, prin urmare, două dispozitive ergonomice de ridicare, pentru a muta pacienții grei atunci când este necesar. A fost prezentat modul de utilizare a acestora, iar personalul de îngrijire a fost instruit în acest sens. Însă durerile de spate ale asistentelor nu s-au diminuat în timp, ci dimpotrivă, s-au agravat. Ulterior, în cadrul unei evaluări efectuate de inginerul specializat în domeniul securității în muncă

împreună cu medicul specializat în medicina muncii s-a constatat nu că dispozitivele de ridicare erau utilizate incorect, ci că nu erau utilizate deloc!

În respectivul departament, presiunea timpului este mare din cauza numărului mare de pacienți și a lipsei acute de personal datorate absențelor pe motive de boală. Din cauza lipsei constante de personal, fiecare asistentă se ocupa de saloanele mai multor pacienți și nu putea primi ajutor de la colegi atunci când ridica pacienți grei. Pentru a aduce dispozitivele de ridicare dintr-un alt salon era nevoie, de asemenea, de timp. De fiecare dată când asistentele mergeau să aducă dispozitivul, erau presate de asistenta-șefă să se grăbească. Asistentele, în special cele migrante, nu voiau să intre în conflict cu asistenta-șefă, despre care se știa că „pedepsește” asistentele rebele cu ture de lucru nefavorabile. Prin urmare, asistentele se descurcau fără dispozitivul de ridicare. Pentru a rezuma, superiorul ierarhic direct nu oferea sprijin, iar sarcinile de muncă și presiunea timpului erau mari. Factorii de risc psihosocial au prelungit durata riscurilor legate de muncă pentru asistente și chiar au exacerbato problemele musculoscheletice ale acestora.

Principii de facilitare a reluării muncii de către lucrătorii care suferă de AMS

Intervențiile timpurii ajută la evitarea concediilor medicale lungi. Intervențiile precum interviurile, sprijinul profesional sau adaptarea mediului de lucru ar trebui să fie întreprinse cât mai devreme posibil, și anume de îndată ce sunt raportate simptomele (EU-OSHA, 2021). În exemplul anterior, intervenția timpurie (prin furnizarea dispozitivelor ergonomice de ridicare) a avut loc după recunoașterea simptomelor, însă aspectul psihosocial a fost complet ignorat și superiorul ierarhic direct nu a oferit sprijin, astfel încât intervenția timpurie nu a dat roade. Evaluarea cuprinzătoare a riscului a arătat ulterior motivul pentru care intervenția timpurie eșuase.

Reluarea muncii după concediul medical. Măsurile legate de reluarea muncii urmăresc să faciliteze reintegrarea în muncă după un concediu medical de lungă durată. Nu există o definiție uniformă pentru concediul de lungă durată: în multe țări aceasta înseamnă 6 săptămâni, după care sunt inițiate măsurile de reluare a muncii. Acestea au scopul de a sprijini lucrătorii cu capacități și capabilități de muncă reduse, indiferent dacă suferă de AMS cronice, de cancer sau de alte probleme de sănătate. Măsurile îi ajută să își recupereze starea de sănătate și să reducă riscurile de apariție a unor

dizabilități pe termen lung, care sunt adesea asociate cu bolile cronice. Scopul reluării muncii este ca lucrătorul să își reia sarcinile, iar angajatorul să își păstreze lucrătorii pe termen lung ⁽⁶⁾. Este posibil ca unii lucrători să nu mai fie niciodată apti în proporție de 100 %, dar, prin ajustările adecvate la locul de muncă și prin concentrarea pe capacitățile lor, aceștia pot fi în continuare capabili să lucreze până când ajung la vârsta de pensionare.

Procesele de reluare a muncii sunt reglementate diferit de la un stat membru al UE la altul. Numeroase state asigură programe specifice, iar nivelul de sprijin diferă considerabil de la un stat la altul, astfel cum se subliniază în raportul EU-OSHA privind politicile statelor membre în materie de reabilitare și de reluare a muncii (EU-OSHA, 2016). Pe baza unor indicatori specifici, statele au fost clasificate în patru grupe. Una dintre grupe se remarcă prin caracterul incluziv al sistemului de reabilitare de la nivel național (toți lucrătorii au dreptul la reabilitare), care este axat pe prevenire și intervenția timpurie, pe responsabilitatea amplă a angajatorului în procesul de reluare a muncii, pe coordonarea eficientă a echipelor multidisciplinare și pe abordarea gestionării cazurilor (această grupă cuprinde Austria, Danemarca, Finlanda, Germania, Țările de Jos, Norvegia și Suedia). Reabilitarea lucrătorilor este în general sprijinită de un cadru de politică integrat pentru promovarea muncii sustenabile sau pentru prevenirea excluderii de pe piața muncii (EU-OSHA, 2016: 4). În Austria, de exemplu, acest cadru de politică a fost stabilit prin Legea privind munca și sănătatea (Arbeit- und Gesundheit-Gesetz), adoptată în 2011 și urmată de Legea privind reintegrarea cu fracțiune de normă (Wiedereingliederungsgesetz) în 2017.

Directivile UE privind egalitatea de tratament stabilesc standarde pentru a include categoria lucrătorilor cu dizabilități, din care fac parte și lucrătorii cu AMS cronice. De exemplu, articolul 15 din Directiva 89/391/CEE a Consiliului prevede că grupurile de risc extrem de sensibile trebuie protejate împotriva pericolelor care le afectează în mod deosebit.

Reabilitarea profesională este inclusă în conceptele legate de reluarea muncii. Reabilitarea medicală, profesională și socială este înțeleasă ca fiind procesul de recuperare a „nivelurilor optime de funcționare din punct de vedere fizic, senzorial, intelectual, psihologic și social” (EU-OSHA, 2016, citând OMS, 2016). Reluarea muncii este o formă de reabilitare – aceasta începe cu reabilitarea medicală și se termină cu reabilitarea profesională ⁽⁷⁾; este necesară în acest sens o abordare comună care să implice toți participanții relevanți, de la furnizorii de servicii medicale până la angajatori, superiori ierarhici direcți și lucrători (EU-OSHA, 2021).

La nivel de întreprindere, proporția angajatorilor care pun în aplicare politici care îi sprijină pe angajați să revină la locul de muncă după o absență de lungă durată din motive medicale variază considerabil în UE-27 și în Regatul Unit. Proporția cea mai mare se înregistrează în Regatul Unit, Suedia, Finlanda și Țările de Jos, cu peste 90 %, iar cea mai scăzută în Lituania, cu 19 %; media UE este de 73 % (EU-OSHA, 2020).

Înainte de a prezenta, în continuare, o descriere detaliată, iată cele trei obiective principale pe care ar trebui să se axeze programele de reluare a muncii:

- dezvoltarea și punerea în aplicare a unei strategii SSM eficiente de gestionare a bolilor la locul de muncă (organizații de învățare);
- creșterea numărului de lucrători care se întorc la muncă și rămân la locul de muncă după boală și după concediul medical (sustenabilitate);
- crearea de experiențe pozitive legate de reluarea muncii și a unei culturi sănătoase și de sprijin pentru lucrători.

Următoarele tabele oferă o imagine de ansamblu asupra facilitatorilor și a cerințelor preliminare pentru procesele de reluare a muncii de către persoanele cu AMS, evidențiind în mod special aspectele psihosociale. Tabelul 1 enumeră responsabilitățile întreprinderii, iar tabelul 2 prezintă responsabilitățile lucrătorului.

⁽⁶⁾ Inițiativele de menținere a locurilor de muncă au ca scop păstrarea lucrătorilor la locul de muncă, oferindu-le sprijin fie în permanență, fie pentru o perioadă limitată; în mod ideal, acestea sunt puse în aplicare înainte să fie necesar un concediu medical de lungă durată.

⁽⁷⁾ Germania a avut un succes considerabil cu MBOR (*medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation* sau dubla reabilitare medicală și profesională).

Tabelul 1: Aspecte relevante pentru ca întreprinderile să asigure reluarea reușită a muncii de către lucrătorii cu AMS

1. Politică în domeniul sănătății

- Puneți în aplicare o abordare integrată de gestionare a SSM la nivelul superior al întreprinderii sau al organizației, inclusiv o politică de susținere sanitară cuprinzătoare, care să includă promovarea sănătății, prevenirea și o politică clar definită privind reluarea muncii. Standardele privind SSM prevăd prevenirea, evaluarea și reevaluarea periodică a riscurilor, intervenția în cazul în care se identifică probleme și asistența medicală la locul de muncă.
- Furnizați o politică sistematică și clar definită privind reluarea muncii, care să includă măsuri la nivel de organizație și planuri individuale de reluare a muncii.
- Adoptați o abordare cuprinzătoare care să ia în considerare riscurile de la locul de muncă, inclusiv factorii/stresorii fizici, organizaționali și psihosociale.
- Măsurați performanța și factorii care influențează performanța.

În ceea ce privește riscurile psihosociale și AMS, aspecte precum cerințele locului de muncă (inclusiv presiunea psihologică), controlul la locul de muncă, aprecierea, sprijinul social, corectitudinea organizațională, gestionarea conflictelor și a hărțuirii trebuie evaluate și abordate în evaluările riscurilor.

În vederea implementării unui proces de îmbunătățire continuă, ar trebui ca datele despre AMS să fie colectate la nivel de întreprindere și ar trebui să se monitorizeze toate măsurile organizaționale și psihosociale luate pentru prevenirea AMS sau pentru a permite o reluare a muncii fără probleme.

2. O cultură care promovează sănătatea și buna comunicare

- Promovați o cultură a bunei comunicări privind sănătatea și boala, care să le permită lucrătorilor să vorbească liber despre nevoile lor cu superiorul ierarhic direct.
- Creați o atmosferă pozitivă și o cultură de susținere, fără presiuni sau sancțiuni.
- Contactați lucrătorii bolnavi cât mai devreme posibil și păstrați legătura cu aceștia în mod regulat pentru a-i asigura că pot primi ajutor dacă au nevoie.
- Asigurați-vă că lucrătorii sunt pe deplin implicați în programul de reluare a muncii și că această practică este acceptată pe scară largă.

Atunci când factorii psihosociale constituie un avantaj mai degrabă decât un risc, aceștia pot fi esențiali în reluarea rapidă a muncii, de exemplu prin furnizarea de sprijin social de către superiorii ierarhici direcți sau de către colegi.

Ar trebui ca lucrătorilor să le fie ușor să raporteze problemele. Lucrătorii cu AMS ar trebui să fie încurajați să vorbească despre factorii de risc psihosocial de la locul de muncă și să primească sprijin ergonomic, organizațional și psihosocial pentru a se asigura o reluare a muncii fără probleme.

3. Stimulente

- Promovați programul de reluare a muncii arătând că este o opțiune atractivă și un beneficiu, nu o pedeapsă.
- Asigurați-vă că lucrătorii au acces rapid la intervenții orientate spre locul de muncă pentru AMS și la sprijin (extern), de la profesioniști în domeniul sănătății ocupaționale până la îndrumători, psihologi sau psihoterapeuți, care pot ajuta lucrătorii să analizeze tiparele individuale de stres, le pot spori reziliența și pot să răspundă nevoilor lor.

4. Creșterea nivelului de conștientizare

- Creșterea gradului de conștientizare în rândul superiorilor ierarhici cu privire la natura și la impactul bolilor cronice, la relația dintre acestea și problemele psihosociale, precum și la modul de gestionare a riscurilor psihosociale.
- Arătați că sunteți disponibili pentru a discuta nevoile lucrătorilor, dar subliniați și drepturile și obligațiile legale ale tuturor părților implicate în ceea ce privește concediul medical.
- Includeți reluarea muncii în politica întreprinderii în materie de sănătate și asigurați informarea și formarea cadrelor de conducere cu privire la modul în care pot sprijini personalul, ceea ce va crește gradul de conștientizare al acestora cu privire la importanța riscului psihosocial pentru persoanele cu AMS.

În contextul AMS și al factorilor de risc psihosocial, aceasta înseamnă, de asemenea, astfel cum s-a menționat mai sus, că persoanele care ocupă funcții de conducere ar trebui să înțeleagă AMS de origine profesională și impactul factorilor de risc psihosocial asupra AMS și să discute aceste probleme cu lucrătorii pentru a ști cum să îi sprijine.

5. Sprijin profesional multidisciplinar (servicii interne și externe)

- Reluarea muncii se realizează cu cel mai mare succes atunci când diverșii profesioniști externi în domeniul sănătății (cum ar fi serviciile de SSM sau de consiliere) și medicul întreprinderii (în cazul în care nu se lucrează cu medici de la o organizație externă), departamentul de resurse umane, superiorii ierarhici direcți ai lucrătorilor și, bineînțeles, lucrătorii înșiși, sunt cu toții implicați.
- Accesul facil la servicii medicale și o abordare multidisciplinară care implică facilitatori medicali și non-medicali sunt importante pentru a asigura reintegrarea fără probleme a lucrătorilor.
- Întreprinderile mari dispun adesea de o echipă de integrare multidisciplinară și de un manager responsabil de integrare care coordonează echipa și procesul de reintegrare în sine.
- Adesea, în întreprinderile mici și mijlocii (IMM-uri) se desemnează un manager de caz recurgându-se la servicii externe (de exemplu, la servicii de SSM sau la companiile de asigurări de sănătate); și în această situație este esențială o abordare multidisciplinară care să coordoneze contribuțiile mai multor experți.

Avantajul utilizării serviciilor externe de consiliere este că ar putea fi mai ușor pentru lucrător să vorbească despre problema inerentă; dezavantajul este că aceste servicii ar putea să nu înțeleagă pe deplin situația profesională și să nu poată interveni la locul de muncă ⁽⁸⁾.

- Managerii responsabili de integrare sau de caz ghidează pas cu pas cadrele de conducere și lucrătorul pe parcursul procesului de integrare, asigurând și coordonarea acestuia.

Pentru AMS care nu au o singură cauză, ci sunt legate de mai mulți factori de risc, este imperativă efectuarea unei evaluări cuprinzătoare a riscurilor. În cazurile mai complexe, pentru intervenția la locul de muncă pot fi necesare expertize diferite (ergonomice, psihologice, privind timpul de lucru etc.) și sprijin din partea personalului medical și non-medical. Îndrumarea psihologică sau psihoterapia poate face parte, de asemenea, din reabilitarea profesională. Toate eforturile de sprijinire ar trebui să urmeze o procedură și un calendar stricte. Întreprinderile mici, care nu au expertiza necesară la nivel intern, pot beneficia de sprijin din partea serviciilor de consiliere sau a companiilor de asigurări de sănătate.

⁽⁸⁾ În Austria, programul național de reluare a muncii, numit fit2work, furnizează consiliere atât la nivelul întreprinderii, cât și la nivel individual. Consilierea la nivelul întreprinderii este furnizată în vederea elaborării și standardizării unei politici de reluare a muncii și în vederea dezvoltării know-how-ului în cadrul întreprinderii cu privire la modul de stabilire a planurilor individuale de reluare a muncii. Consilierea individuală se oferă lucrătorului. Adesea, în cazul în care lucrătorul nu dorește ca identitatea sa să fie dezvăluită întreprinderii, nu se pot realiza intervenții sau ajustări la locul de muncă, fiind posibilă doar adoptarea unor măsuri individuale.

6. Sprijinul social

- Întrucât sprijinul psihosocial este esențial pentru reluarea reușită a muncii, asigurați-vă că superiorul ierarhic direct, departamentul de resurse umane și colegii îi oferă sprijin lucrătorului.

Sprijinul colegilor depinde adesea de modul în care superiorul ierarhic direct instruește echipa. Sprijinul poate fi de natură psihologică, socială sau fizică. După cum arată studiile de caz privind AMS prezentate în acest articol, ajutorul psihosocial a reprezentat un factor important pentru un proces adecvat de reluare a muncii în fiecare caz.

7. Consolidarea competențelor

- Oferiți formare periodică managerului responsabil cu integrarea și echipei conduse de acesta.
- Asigurați-vă că aveți experți externi pregătiți să își ofere expertiza.
- Asigurați învățarea în cadrul organizației prin intermediul unui proces de evaluare periodică.
- Actualizați în mod regulat rețeaua de experți care furnizează asistență, în special dacă nu există o expertiză la nivel intern; acest lucru este valabil în special pentru IMM-uri.

Calitatea intervențiilor și a întregului proces de reluare a muncii depinde în mare măsură de competența echipelor și a experților (interni sau externi) care oferă întreprinderii și lucrătorului consiliere și îi ghidează pe parcursul procesului. Lecțiile desprinse din analiza proceselor de reluare a muncii ajută organizația să își consolideze competențele.

Nu este deloc surprinzător că un nivel înalt de competențe actualizate este important pentru reluarea reușită a muncii de către persoanele care suferă de AMS, în special în contextul apariției unor noi riscuri psihosociale (de exemplu, de ce fel de ajutor are nevoie un lucrător care suferă de afecțiuni severe la nivelul gâtului, care lucrează în fața unui ecran, parțial de la domiciliu, și care are copii școlarizați la domiciliu?). Pentru ca intervenția să fie cu adevărat utilă, este necesar ca toate aceste aspecte să fie înțelese.

8. Ajustări la locul de muncă

- Gândiți-vă la factorii de risc implicați și care trebuie să fie luați în considerare sau la modificările care trebuie implementate atunci când un lucrător cu AMS se întoarce la muncă.
- În acest sens, trebuie efectuate evaluări ad-hoc, de obicei de către experți în SSM. Acestea trebuie să acopere o gamă largă de riscuri, cum ar fi factorii fizici, organizaționali și psihosociale, și să implice lucrătorul și superiorul său ierarhic direct.

Iată câteva exemple de ajustări care ar putea fi relevante pentru AMS de origine profesională agravate de factorii de stres psihosocial:

- Adaptați echipamentul de lucru (înlocuiți-l cu echipamente mai ergonomice), dar instruiți și lucrătorul cu privire la modul de utilizare și acordați-i timp pentru a se obișnui cu acesta (eliminați presiunea timpului).
- Schimbați sau alternați sarcinile de lucru sau, cel puțin, reduceți durata părților dificile ale sarcinilor (de exemplu, perioadele prelungite de stat în poziția așezat).
- Permiteți ca lucrătorul să alterneze sarcinile, să preia un alt rol sau să se mute în alt departament al întreprinderii, însă asigurați-vă în același timp, dacă este necesar, de implicarea colegilor precum și de gestionarea potențialelor conflicte astfel încât să se prevină orice alte probleme.
- Permiteți un program de lucru flexibil; acest lucru asigură, de asemenea, că lucrătorul se poate prezenta la programările la medic.
- Permiteți ca lucrătorul să ia pauze atunci când are nevoie.

9. Reluarea treptată a muncii

- Permiteți reluarea treptată sau parțială a muncii prin creșterea progresivă a timpului de lucru. De obicei, acest proces va dura între trei și nouă luni, rareori mai mult.

Pentru lucrătorii cu AMS, o reluare treptată a activității este utilă pentru a verifica dacă ajustările funcționează, dacă aceștia pot face față factorilor de stres și dacă sprijinul social la locul de muncă și cel oferit de familiile lor îi ajută să se recupereze, să își reia munca și să își păstreze locul de muncă. Procesul îi face pe lucrători să simtă că dețin controlul, ceea ce le reduce teama și stresul.

10. Momentul potrivit

- Procesul de reluare a muncii și intervențiile ar trebui să aibă loc la momentul potrivit, nici prea devreme, nici prea târziu; de obicei, este vorba despre șase sau opt săptămâni de la intrarea lucrătorului în concediu medical. Cu cât un lucrător absentează mai mult de la locul de muncă, cu atât scad șansele unei reluări reușite a muncii.

După 6-8 săptămâni, tratamentul medical și reabilitarea medicală a lucrătorilor cu AMS ar trebui să fi progresat astfel încât sănătatea lor să nu fie pusă în pericol atunci când își reiau munca (cel puțin parțial).

11. Personalizarea procesului de reluare a muncii în cadrul unei proceduri standard

- Programul de reluare a muncii în sine urmează o procedură standard agreată de întreprindere (politica privind reluarea muncii), însă în cadrul acestui standard este necesar ca măsurile să fie ajustate în funcție de nevoile persoanei și să se ofere un plan de reluare a muncii adaptat.
- Numeroase întreprinderi adoptă un tip de „acord de reintegrare” cu lucrătorul (deseori chiar un acord formal).

Ar trebui să existe o procedură standard de reintegrare la nivel de întreprindere. Procedura are în vedere, la început, modul în care trebuie abordat lucrătorul și cât de devreme să se intre în contact cu acesta. Ulterior, se evaluează situația individuală și locul de muncă, elaborându-se inclusiv un plan de reintegrare care să pună accentul pe intervențiile la locul de muncă și să sprijine și să încurajeze măsurile individuale. Întrucât factorii care pot cauza sau agrava AMS de origine profesională pot fi diferiți de la un lucrător la altul, este esențial ca intervențiile la locul de muncă să fie adaptate (indiferent dacă sunt psihosociale, ergonomice sau ambele) la nevoile lucrătorului. Uneori va fi necesar să se ajusteze ritmul reluării treptate a muncii. Nu în ultimul rând, trebuie definit modul în care ar trebui să se monitorizeze (evalueze) progresele înregistrate în ceea ce privește reintegrarea.

Reintegrarea înseamnă, de asemenea, că nu trebuie să se pună accentul pe ceea ce lucrătorul nu este capabil să facă, ci pe ceea ce poate face și pe modul în care se poate dezvolta și recupera.

12. Analiza și monitorizarea performanței

- Analizați periodic procesul individual de reluare a muncii pentru a vedea dacă măsurile dau rezultate, cum se descurcă lucrătorul și dacă sunt necesare adaptări.
- Evaluați la nivel meta: raportați și documentați toate cazurile de reluare a muncii. Ce s-a putut învăța din acestea, ce a funcționat, ce a trebuit schimbat, ce riscuri s-au agravat sau au cauzat AMS, cum ar putea fi ele evitate etc.?
- Monitorizarea performanței este esențială pentru evaluarea rezultatului (indicatori de întârziere, cum ar fi adecvarea temporală sau sustenabilitatea reintegrării) și a intervențiilor care au condus la reluarea reușită a muncii (indicatori principali, cum ar fi acomodarea la locul de muncă sau sprijinul social).

Pentru un lucrător cu AMS, aceasta înseamnă:

- să se măsoare dacă lucrătorul cu AMS este reintegrat în siguranță și în mod sustenabil în procesul de muncă (rezultat);

- să se evalueze intervențiile;
- să se verifice modul în care lucrătorul a perceput sprijinul social primit;
- să se verifice cât de cuprinzătoare a fost evaluarea riscurilor psihosociale.

Sursa: tabel alcătuit de autoare, pe baza mai multor publicații EU-OSHA cu privire la AMS (EU-OSHA, 2020d, 2021) și pe baza propriei experiențe ca manager responsabil cu reluarea muncii în Austria.

Lucrătorii înșiși trebuie să contribuie la prevenirea bolilor profesionale și la o întoarcere fără probleme la locul de muncă, de exemplu prin respectarea reglementărilor privind SSM.

Tabelul 2: Aspecte relevante pentru ca lucrătorii să își asigure reluarea reușită a muncii în condițiile în care suferă de AMS

1. Gestionarea SSM – drepturi și îndatoriri

- La fel cum întreprinderile ar trebui să realizeze o gestionare a SSM de înaltă calitate pentru prevenirea riscurilor, intervenția timpurie și reluarea muncii, și lucrătorii trebuie să contribuie la propria lor bunăstare prin respectarea normelor privind SSM, urmarea instrucțiunilor în materie de ergonomie și participarea activă la evaluările riscurilor. Obligația lucrătorilor de a coopera este stabilită în reglementările privind SSM.

Pentru lucrătorii cu AMS, aceasta înseamnă că trebuie să utilizeze echipamentele speciale furnizate de întreprindere sau să participe la evaluările riscurilor psihosociale.

2. Autogestionarea problemelor de sănătate

- Atunci când lucrătorii au dureri care le limitează capacitatea de muncă (înainte ca durerea să conducă la concediu medical de lungă durată), dar și atunci când aceștia își reiau munca după o absență, gestionarea durerii și a altor probleme și limitări este esențială. În mod evident, autogestionarea este mai ușor de realizat atunci când întreprinderea oferă sprijin și permite o anumită flexibilitate.

Durerea este unul dintre principalii factori care afectează capacitatea de muncă: durerea generează stres și, invers, stresul amplifică durerea și, prin urmare, agravează AMS. Autogestionarea poate fi o combinație între evitarea tensiunilor inutile, practicarea în mod regulat a unor exerciții fizice (inclusiv la locul de muncă), utilizarea tehnicilor de calmare a durerii și, de asemenea, deprinderea unor abilități de relaxare (EU-OSHA, 2021). O componentă a autogestionării constă în a învăța să informezi despre nevoi pentru a primi sprijin. Adesea, sprijinul extern este necesar pentru a învăța cum se realizează o bună autogestionare.

3. Încrederea și disponibilitatea de a comunica

- Lucrătorii trebuie să fie dispuși să vorbească despre problemele de sănătate relevante cu experții în domeniul sănătății, dar și cu superiorul lor ierarhic direct.
- Diagnosticile nu trebuie împărtășite la nivelul întreprinderii; de obicei, trebuie informat doar medicul specializat în medicina muncii sau medicul de familie. *În acest sens, publicația EU-OSHA intitulată „Inițiatori de conversații pentru discuții la locul de muncă despre afecțiunile musculoscheletice” (2019c) poate constitui un instrument valoros pentru „spart gheața”.*

Lucrătorii cu AMS ar trebui:

- să discute cu superiorul lor ierarhic direct imediat ce apare problema, să identifice factorii psihosociale care le influențează starea de sănătate și să facă sugestii cu privire la modul în care doresc să continue să lucreze;
- să rămână în contact cu managerul și cu colegii în timpul concediului medical, pentru a primi sprijin social și pentru a crește nivelul de înțelegere de către colegii a stării lor de sănătate;

- dacă acest lucru este imposibil, de exemplu pentru că hărțuirea de către supervisorul lor este factorul de risc psihosocial subiacent, să contacteze departamentul de resurse umane sau consiliul lucrătorilor;
- să caute sprijin profesional și să vorbească despre starea lor; desigur, sprijinul medical este pe primul loc, însă uneori este necesară și îndrumarea psihologică, mai ales dacă lucrătorii se simt jenați pentru că au o slăbiciune.

4. Atitudine pozitivă față de reluarea muncii și față de schimbările pe care le implică aceasta

- Gândirea pozitivă este vitală pentru reluarea muncii. O cultură organizațională sănătoasă creează o atmosferă pozitivă și sprijină gândirea pozitivă; totuși, lucrătorii trebuie să realizeze, în egală măsură, că un proces adecvat și bine susținut de reluare a muncii va avea un efect pozitiv asupra capacității lor de muncă și că acesta le oferă o nouă șansă.
- Lucrătorii trebuie să fie conștienți de faptul că este posibil, chiar și în condițiile în care întreprinderea le oferă sprijin și ei înșiși fac tot posibilul, ca intervențiile să nu funcționeze conform planului și să trebuiască să fie modificate. Așadar, aceștia trebuie să fie deschiși atunci când primesc feedback din partea altor persoane cu privire la ce funcționează și ce nu și să fie proactivi în abordarea problemelor atunci când își reiau activitatea.
- Lucrătorii ar trebui să fie pregătiți și dispuși să accepte modificările sarcinilor sau ale rolurilor care ar putea fi necesare pentru a putea să lucreze în continuare.

Acestea sunt recomandări generale pentru reluarea muncii și sunt deosebit de relevante pentru cei care se întorc la muncă cu AMS (care adesea nu pot fi vindecate, sunt cronice și implică dureri și stres).

Cu cât lucrătorul este mai optimist și mai dispus să accepte schimbări, cu atât îi va fi mai ușor. Îndrumarea psihologică sau psihoterapia ajută la dezvoltarea gândirii pozitive și, prin urmare, sunt adesea incluse în programele de reabilitare.

5. Participarea activă

- Fiecare lucrător ar trebui să se implice activ în procesul de reluare a muncii. În întreprinderile cu standarde bune în materie de SSM, participarea este de la sine înțeleasă, dar rămâne totuși responsabilitatea personală a lucrătorului. După cum am menționat anterior, autogestionarea face parte din ceea ce înseamnă a fi activ.

Iată câteva exemple care ilustrează ceea ce trebuie să facă lucrătorii cu AMS pentru a putea participa în mod activ la proces:

- să contacteze superiorul ierarhic direct din timp pentru a vorbi despre situație și despre sugestiile sale cu privire la ceea ce ar putea fi de folos (înainte să fie necesar un concediu medical de lungă durată);
- să discute cu colegii pentru a facilita înțelegerea;
- să intre în contact cu profesioniștii în domeniul sănătății (medici, psihologi) în timp util pentru a obține sprijin timpuriu și pentru a discuta despre ceea ce ar putea ajuta; să descrie cu exactitate ceea ce funcționează, care sunt limitările și să ia în considerare strategiile de gestionare a durerii;
- să fie deschiși spre abordarea factorilor psihosociale, cum ar fi nedreptatea sau lipsa de control, în cadrul unor evaluări ad-hoc;
- să contribuie cu propriile idei despre ceea ce este necesar pentru a asigura o reluare a muncii fără probleme; aceste intervenții sugerate ar putea fi de natură ergonomică, organizațională sau psihosocială;
- să fie dispuși ca, atunci când își reiau activitatea, să „dea” ceva în schimb (de exemplu, un lucrător cu o AMS cronică ar putea avea dificultăți cu turele de noapte, pe care va trebui să le acopere restul echipei; lucrătorul s-ar putea oferi să acopere în schimb o tură de zi în weekend).

6. Menținerea contactului cu întreprinderea în timpul concediului medical

Acest lucru a fost menționat mai devreme, dar merită subliniat. Este important ca lucrătorii să păstreze contactul cu superiorul lor ierarhic direct și cu colegii pentru a facilita înțelegerea și sprijinul. Sprijinul social este unul dintre factorii principali pentru o intervenție timpurie și o reluare reușită a muncii.

Sursa: tabel alcătuit de autoare, pe baza mai multor publicații EU-OSHA cu privire la AMS (EU-OSHA, 2020d, 2021) și pe baza propriei experiențe ca manager responsabil cu reluarea muncii în Austria.

Cu unele excepții, toate întreprinderile pot aplica facilitatorii enumerați în Tabelul 1 pentru a-i ajuta pe lucrătorii cu AMS să își reia munca cu succes. Totuși, pentru IMM-uri acest lucru ar putea fi mai dificil. Majoritatea nu dispun de expertiză la nivel intern, dar pot desemna (și forma) persoane care pot fi abordate de lucrători și care se vor ocupa de acordarea de sprijin extern pentru reluarea muncii. IMM-urile pot primi ajutor și consiliere de la servicii externe. În multe țări sunt disponibile servicii speciale de consiliere ⁽⁹⁾, iar companiile de asigurări de sănătate și programele guvernamentale sau comunitare oferă IMM-urilor sprijin în materie de SSM și pentru reluarea muncii.

Exemple practice de reluare a muncii

Următoarea secțiune demonstrează, prin intermediul a două exemple, cum pot fi urmate orientările generale privind reluarea muncii în cazul lucrătorilor cu AMS. Ambele întreprinderi menționate în aceste exemple oferă programe de reluare a muncii. În timp ce exemplul practic descris anterior a subliniat importanța evaluării factorilor de risc psihosocial, următoarele studii de caz demonstrează importanța aspectelor psihosociale în procesul de reluare a muncii.

Cazul 1: Femeie de serviciu într-un spital

Cazul 1 se bazează pe dovezi colectate de autoare și este ales pentru că demonstrează importanța adoptării unei abordări cuprinzătoare, care să ia în considerare toate aspectele psihosociale, pentru reintegrarea lucrătorilor cu AMS.



Contextul O femeie în vârstă de 52 de ani lucrează ca femeie de serviciu într-un spital general. La locul său de muncă, majoritatea sarcinilor legate de curățenie sunt efectuate de personal angajat direct de spital. Spitalul recurge la lucrători temporari doar pentru sarcinile speciale. Aproape jumătate din personalul de curățenie este în vârstă de peste 50 de ani, iar două treimi sunt femei. Lucrătoarea în cauză este refugiată în urma războaielor din fosta Iugoslavie, dar locuiește în Austria de 25 de ani. Lucrează cu normă întreagă, 5 zile pe

săptămână, în sistem de ture, inclusiv în weekend, dar nu în ture de noapte. Este o angajată de încredere, bine integrată și respectată de superiorul ierarhic direct și de colegi. Este divorțată și are copii mari. Ar dori să lucreze încă zece ani, astfel încât să obțină o pensie bună pentru limită de vârstă. În ultimii ani s-a plâns în mod repetat de dureri de spate și și-a luat concediu medical pe perioade scurte, primind tratament pentru durere și fizioterapie. În lunile de dinaintea ultimei perioade de concediu medical, a efectuat și ture suplimentare din motive economice. Apoi o protruție discală

⁽⁹⁾ În Austria, Consiliul de compensare a lucrătorilor (AUVA, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) sprijină întreprinderile cu mai puțin de 51 de angajați prin programul său de SSM AUVA sicher și oferă consiliere la nivelul întreprinderii și la nivel individual, precum și sprijin pentru reluarea muncii prin programul său fit2work, care este deschis pentru toți.

lomboară incompletă a forțat-o să stea acasă. A primit medicamente, dar nu a fost operată, iar reabilitarea a durat trei săptămâni. Per total, a lipsit de la serviciu aproape 2 luni. Spitalul are o politică incluzivă în domeniul sănătății, care reglementează și reluarea muncii. După 21 de zile de concediu medical, fiecare angajat este invitat să participe la o discuție cu privire la sprijinul care va fi necesar pentru a asigura reluarea activității fără probleme. În plus, managerul responsabil de curățenie a creat un program de promovare a sănătății care cuprinde forumuri pe teme de sănătate în diferite limbi, în care lucrătorii discută problemele de sănătate legate de muncă și fac schimb de idei despre modul în care pot promova sănătatea la locul de muncă. Un „promotor de sănătate” a beneficiat de formare pentru a servi drept persoană de contact pentru lucrători. Managerii de echipă și superiorii ierarhici au beneficiat de formare pentru a asigura managementul sănătății, a fost inițiat un program în domeniul ergonomiei (evaluându-se toate sarcinile de lucru și adecvarea acestora în cazul lucrătorilor mai în vârstă) și a fost intensificată formarea ergonomică la locul de muncă.

Procesul de reluare a muncii. Încă din prima zi de concediu medical, lucrătoarea a fost în contact cu superiorul ei ierarhic direct, în care avea încredere. A acceptat invitația la interviul privind reluarea muncii cu superiorul ei ierarhic direct și cu un membru al echipei de integrare după perioada de reabilitare. Au elaborat împreună un plan de reintegrare. Au convenit că își va relua treptat activitatea, pe parcursul a 3 luni, și că timpul său de lucru va crește treptat. Medicul responsabil cu medicina muncii a fost consultat în acest sens și a aprobat această reluare treptată. Lucrătoarea s-a angajat să meargă în mod regulat la fizioterapie și i s-a permis ca la întoarcerea sa la locul de muncă să ia scurte pauze pentru a-și face exercițiile sau pentru a se odihni. A fost efectuată o evaluare ad-hoc a riscurilor de către un expert în SSM care i-a examinat sarcinile de lucru. Ca urmare, unele dintre echipamentele și sarcinile ei au fost schimbate din motive ergonomice, astfel încât să nu mai trebuiască să folosească scara sau să golească găleți grele. Deși anterior lucrase mai mult singură, la reluarea muncii a fost integrată într-o echipă de lucru restrânsă, astfel încât să poată obține sprijin de la colegi în caz de nevoie. Colegii au fost informați despre reintegrarea ei și i-au oferit sprijin, iar șeful de echipă se interesa de capacitatea ei de muncă la sfârșitul fiecărei zile. În plus, superiorul ei ierarhic direct a implicat un lucrător social pentru a o ajuta să își rezolve situația economică personală și obligațiile financiare. Datorită tuturor acestor schimbări, lucrătoarea a reușit să se întoarcă și să rămână la locul de muncă.

Pentru a rezuma, cheile succesului au fost următoarele:

- politica organizației în materie de sănătate;
- implicarea lucrătorului în elaborarea planului de reintegrare;
- sprijinul superiorului ierarhic direct și al colegilor;
- reluarea treptată a muncii;
- sprijinul din partea specialiștilor (medicul responsabil de medicina muncii, lucrătorul social);
- o evaluare a riscurilor axată pe sarcinile lucrătoarei (nu doar pe postul ei în general) și pe reorganizarea muncii;
- schimbarea sarcinilor și a echipamentului și asigurarea interacțiunii sociale (schimbări organizaționale);
- posibilitatea de a face pauză ori de câte ori este necesar; și
- o cultură organizațională apreciativă în cadrul departamentului.

Cazul 2: Recepționeră într-o întreprindere mijlocie

Acest studiu de caz este unul dintre cele publicate de EU-OSHA (2020d); este prezentat în acest articol deoarece este un bun exemplu care ilustrează situația unui lucrător care desfășoară o activitate sedentară, bazată în principal pe utilizarea computerului, și care, deși suferă de o AMS, își poate relua munca datorită măsurilor de prevenire a riscurilor psihosociale.

Contextul Este vorba de o femeie în vârstă de peste 60 de ani, care lucrează ca recepționeră într-o firmă mijlocie. Munca ei implică în mare parte utilizarea computerului, așa că petrece mult timp stând pe scaun. Gestionează centrala telefonică, recepția și conturile de e-mail și organizează livrările prin poștă și curier. Suferea de osteoartrită (durere și rigiditate la nivelul articulațiilor afectate) chiar înainte de a începe să lucreze ca recepționeră. Această problemă era deja cunoscută de întreprindere când a început să lucreze acolo. Când problema s-a agravat, i s-a pus la dispoziție un scaun cu cotiere speciale și cu suport pentru spate (intervenție timpurie – ajustări). Într-un accident la domiciliu, și-a rupt două vertebre și ligamentele gleznei și s-a rănit la genunchi. A stat în concediu medical timp de 6 luni, primind medicamente și alte tratamente. Superiorul ei ierarhic direct și managerul

departamentului de resurse umane, împreună cu colegii, au ținut legătura cu recepționera pe parcursul concediului medical și i-au susținut decizia de a relua munca.



©Conçu par Freepick

Întreprinderea efectuează evaluări periodice ale riscurilor, inclusiv evaluări ale riscurilor legate de utilizarea monitoarelor ⁽¹⁰⁾, și dispune de stații de lucru și de echipamente cu diferite modele, de exemplu mouse și suport tactil. Organizația are o politică de reluare a muncii care include o revenire treptată la locul de muncă.

Reluarea muncii de către recepționeră s-a realizat treptat, pe parcursul a 3 luni. Încă mai utiliza cârjele și făcea fizioterapie când s-a întors la muncă. O echipă specializată în ergonomie a evaluat împreună cu ea stația de lucru. Mai multe instrumente și echipamente au fost adaptate nevoilor ei: i s-au oferit un set de căști mai bun, un nou suport pentru picioare și un scaun special și s-a creat spațiu în jurul ei, astfel încât să se poată ridica și să se miște în pauzele dese și scurte.

Superiorul ei ierarhic direct a sprijinit-o foarte mult. Sarcinile manuale, cum ar fi livrările poștale și depozitarea, au fost preluate de alți colegi. Datorită acestor schimbări minore în ceea ce privește sarcinile și mediul de muncă, a fost reintegrată cu succes pe postul ei inițial de recepționeră.

Pe scurt, factorii esențiali ai acestui succes au fost:

- politica de reluare a muncii;
- o cultură organizațională apreciativă;
- implicarea lucrătorului;
- sprijinul din partea departamentului de resurse umane și a superiorului ierarhic direct, precum și de la colegi;
- creșterea treptată a timpului de lucru;
- o evaluare specială a riscurilor în timpul procesului de reluare a muncii;
- adaptarea echipamentelor și a instrumentelor utilizate;
- posibilitatea de a lua pauze;
- organizarea sprijinului și delegarea sarcinilor neadekvate.

După cum a declarat însăși lucrătoarea, înțelegerea și sprijinul pe care le-a primit au fost elementele care au ajutat-o cel mai mult.

⁽¹⁰⁾ DSE – monitor.

Concluzii

AMS sunt probleme de sănătate serioase care afectează populația activă. Întrucât au crescut speranța de viață și durata vieții active, se preconizează că prevalența și impactul afecțiunilor musculoscheletice vor crește și mai mult. În același timp, natura muncii se schimbă (de exemplu, telemunca) și apar riscuri noi, ceea ce înseamnă că factorii psihosociale, cum ar fi controlul asupra propriei munci sau un sprijin social adecvat, devin și mai importanți.

Este important, atât pentru persoane, cât și pentru organizații, ca sănătatea musculoscheletică a lucrătorilor să se mențină pe tot parcursul vieții lor profesionale și să se asigure astfel că aceștia se bucură de o sănătate mai bună, își iau mai puține concedii medicale și rămân mai mult timp la locul de muncă. O sănătate mai bună și o calitate mai bună a vieții se mențin mai mult timp după anii petrecuți în câmpul muncii. Promovarea, menținerea și redobândirea sănătății musculoscheletice este avantajoasă pentru toți.

Standarde înalte de SSM sunt esențiale pentru a realiza acest lucru. Organizațiile ar trebui să elaboreze o **politică incluzivă de sănătate** și o strategie coerentă în materie de SSM care, pe baza evaluărilor periodice, să includă promovarea sănătății, prevenirea bolilor și reluarea muncii, precum și adaptarea locului de muncă, a mediului de lucru și a echipamentelor.

Trebuie subliniat faptul că **principiile generale ale SSM privind prevenirea** se aplică și prevenirii factorilor de risc psihosocial pentru AMS: riscurile trebuie identificate și ar trebui evitate pe cât posibil prin combaterea lor la sursă și prin adaptarea muncii la nevoile lucrătorilor. Este de preferat să se aplice măsuri colective și să se asigure formarea și instruirea personalului.

Unul dintre mesajele-cheie este că AMS sunt asociate nu numai cu factori de risc fizici, ci și cu factori de risc organizaționali și psihosociale la locul de muncă. Acești factori sunt legați între ei și joacă un rol important în dezvoltarea AMS de origine profesională. Intervențiile pentru îmbunătățirea condițiilor și reducerea factorilor de stres psihosocial pot avea un impact major asupra recuperării în urma AMS și a revenirii durabile la locul de muncă.

Aceasta implică faptul că evaluările riscurilor ar trebui să acopere o gamă largă de riscuri, adică ar trebui să fie **evaluări cuprinzătoare ale riscurilor**.

După apariția AMS, primul pas este **intervenția timpurie** prin **ajustarea muncii** și oferirea de **sprijin individual**. Următorul pas este asigurarea unor programe eficiente de **reluare a muncii** prin adaptarea organizării muncii, a stațiilor de lucru, a programului de lucru, a echipamentelor etc. la nevoile lucrătorilor care își reiau activitatea, precum și prin permiterea unei reluări parțiale sau treptate a muncii. Reluarea muncii de către persoanele cu AMS nu înseamnă că lucrătorul trebuie să fie complet recuperat în urma bolii sau că trebuie să fie pe deplin apt de muncă. Capacitatea de muncă a persoanelor cu AMS înseamnă că individul dispune de resurse care corespund sarcinilor și condițiilor sale de muncă și care, în pofida tuturor limitărilor impuse de AMS, îi permit să își îndeplinească sarcinile de lucru în mod adecvat. Vor fi necesare **intervenții la locul de muncă**, completate de măsuri individuale (reabilitare, fizioterapie, îndrumare psihologică etc.). Organizația va trebui să promoveze o **atitudine pozitivă și de susținere** (care să includă creșterea gradului de conștientizare în rândul managerilor) pentru a le permite lucrătorilor să vorbească mai ușor despre starea lor de sănătate și să își depășească temerile. Procesul de reluare a muncii ar trebui să fie sprijinit printr-o **abordare multidisciplinară**, care să implice diverși profesioniști și experți.

Exemplele prezentate în acest articol ilustrează modul în care se poate realiza echilibrul între munca cu o AMS și cerințele corespunzătoare locului de muncă, precum și importanța aspectelor psihosociale în reintegrarea cu succes la locul de muncă și în menținerea acestuia.

Autoarea crede cu tărie că multe AMS cauzate sau agravate de muncă, în special atunci când sunt asociate cu factori de risc psihosociale, ar putea fi evitate dacă întreprinderile și organizațiile promovează o cultură a muncii sănătoasă și apreciativă, oferă condiții bune de muncă și promovează bunăstarea la locul de muncă, iau în serios reglementările privind SSM și implică cu adevărat lucrătorii în procesele de prevenire a riscurilor și de reluare a muncii.

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/en/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>
- 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/gender-equality-in-the-work-environment/>
- 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

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

Management de proiect: Malgorzata Milczarek, Maurizio Curtarelli, Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă (EU-OSHA).

Acest document de dezbatere a fost realizat la cererea Agenției Europene pentru Securitate și Sănătate în Muncă (EU-OSHA). Conținutul său, inclusiv eventualele opinii și/sau concluzii exprimate, aparțin exclusiv autorilor și nu reflectă neapărat opiniile EU-OSHA.

© EU-OSHA, 2021. Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Drepturile de autor pentru imaginile de la paginile 13 și 14 aparțin <https://www.freepik.com>, design realizat de Freepik.