

KOSTNO-MIŠIČNA OBOLENJA V ZVEZI Z DELOM

**Priročnik za delodajalce in delavce
ter njihove predstavnike**



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

Besedilo: specializanti medicine dela, prometa in športa ter specializanti fizikalne in rehabilitacijske medicine z mentorji

Recenzija: prof. dr. Jadranka Mustajbegović, dr. med., spec. medicine dela, prometa in športa, Hrvaška akademija medicinskih znanosti; doc. dr. Nataša Kos, spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Urednica: doc. dr. Alenka Škerjanc, dr. med., spec. medicine dela, prometa in športa

Naslovnica: Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA), logotip kampanje Zdravo delovno okolje 2020–22

Oblikovanje in tisk: Grafex, grafično podjetje d. o. o.

Založilo: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

Copyright ©: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Vse pravice pridržane. Priročnika ni dovoljeno razmnoževati ali razpošiljati v nobeni obliki brez predhodnega pisnega dovoljenja Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

Priročnik je bil pripravljen kot gradivo za udeležence seminarja o kostno-mišičnih obolenjih, povezanih z delom, ki ga je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti organiziralo 20. oktobra 2020.

1. natis, 2022

Tiskano v 3.000 izvodih

KAZALO

UVOD	4
doc. dr. Alenka ŠKERJANC, dr. med., specialistka MDPŠ UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa	
Deli telesa, ki jih najpogosteje prizadenejo kostno-mišična obolenja	6
Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA)	
BOLEČINE V VRATU	7
Sandra ŽELEZNIK, dr. med., specializantka MDPŠ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča	
Vaje za vrat, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	10
Anja ŠTABUC ŽONTA, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V KRIŽU	11
Petra CESTNIK ČOKL, dr. med., specializantka MDPŠ ZVD Zavod za varstvo pri delu, d. o. o., Ljubljana	
Vaje za križ, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	14
Anja ŠTABUC ŽONTA, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V RAMI	15
Andreja ROBEK, dr. med., specializantka MDPŠ Zdravstveni dom Logatec	
Vaje za ramenski obroč, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	18
Anja ŠTABUC ŽONTA, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V KOMOLCU	19
Sara MASNIK, dr. med., specializantka MDPŠ Aristotel, zdravstveni center d. o. o., Krško	

Vaje za komolce, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	22
Sanja MARKOVIČ, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V ZAPESTJU	21
Nastja SVETINA, dr. med., specializantka MDPŠ Zdravstveni dom Ljubljana	
Vaje za zapestja, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	26
Sanja MARKOVIČ, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V PALCU ROKE	27
Marija Lucija ANTOLIČ, dr. med., specializantka MDPŠ AP Evexia, d. o. o.	
ZASKOČENI PRSTI	30
Kaja PLEMENITAŠ, dr. med., specializantka MDPŠ MD Rogaška Slatina	
Vaje za prste rok, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	33
Sanja MARKOVIČ, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V KOLKU	34
Nejc PLANINC, dr. med., specializant MDPŠ Zdravstveni dom Ljubljana	
Vaje za kolke, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	38
Ana KRT, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V KOLENU	39
Mateja ŠINKO KOKOL, dr. med., specializantka MDPŠ Zdravstveni dom Gornja Radgona	
Vaje za kolena, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	42
Ana KRT, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V GLEŽNJU	43
Viktor STRAUCH, dr. med., specializant MDPŠ UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa	

Vaje za gležnje in stopala, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu	46
Ana KRT, dr. med., specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo	
BOLEČINE V PETI (AHILOVA TETIVA)	47
Urška FAKIN, dr. med., specializantka MDPŠ Zdravstveni dom Lenart	
BOLEČINE V STOPALU	50
Vanja KASTELIC, dr. med., specializantka MDPŠ Medicinski center Krka, d. o. o.	
REVMATSKE BOLEZNI	53
Anja PODLIPEC, dr. med., specializantka MDPŠ Ministrstvo za notranje zadeve	
VNETJA OBSKLEPNIH BURZ ZARADI PRITISKA	56
Ajda ERZAR, dr. med., specializantka MDPŠ UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa	
FIBROMIALGIJA	59
Nuša ZUPAN, dr. med, specializantka medicine dela, prometa in športa ZVD Zavod za varstvo pri delu, d. o. o., Ljubljana	
EPIDEMIOLOGIJA KOSTNO-MIŠIČNIH OBOLENJ V SPLOŠNI IN DELOVNI POPULACIJI NA HRVAŠKEM	62
Roko ŽAJA, dr. med., specializant MDS Univerza v Zagrebu, Medicinska fakulteta, Šola za javno zdravje SNZ Andrija Štampar, Zagreb	
POKLICNA KOSTNO-MIŠIČNA OBOLENJA NA HRVAŠKEM	65
Karmen BRADVICA KELAVA, dr. med, specializantka MDS Hrvaški inštitut za javno zdravje	
O EVROPSKI KAMPANJI ZDRAVO DELOVNO OKOLJE 2020-22: NAREDIMO BREME LAŽJE ZA ZDRAVA DELOVNA MESTA	68



Zdravo delovno okolje

UVOD

Pred nami je priročnik, ki je nastal v sklopu seminarskega dela specializantov medicine dela, prometa in športa. Ko je Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA) napovedala, da bo naslednja evropska kampa-nja Zdravo delovno okolje 2020–22 posvečena preprečevanju kostno-mišič-nih obolenj, povezanih z delom, smo se odločili, da bomo v sodelovanju z Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti pripravili priročnik, namenjen vsem deležnikom, tako delodajalcem kot delavcem in njihovim predstavnikom, kadrovskim delavcem ter strokovnjakom za var-nost in zdravje pri delu, pa tudi kratek opomnik kolegom, specialistom me-dicine dela, prometa in športa ter specialistom družinske medicine.

Specializanti vseh letnikov specialističnega izobraževanja medicine dela, prometa in športa so ob sodelovanju specializantov fizikalne in rehabilitacij-ske medicine v šestih kratkih sklopih predstavili:

1. težave pri štirinajstih najpogostejših kostno-mišičnih obolenjih,
2. okoliščine na delovnem mestu, kjer se težave najpogosteje pojavijo, kot osnova za preventivne ukrepe,
3. zgodnje zdravljenje in rehabilitacijo,
4. ohranjanje aktivnosti,
5. vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo in
6. promocijo dobrega mišičnega zdravja.

Pregledno so prikazali osnovne značilnosti bolezenskih stanj in priporočila za hitro odkrivanje in zdravljenje ter dodali kratke vaje za krepitev in pred-vsem preprečevanje kostno-mišičnih obolenj.

V Sloveniji še nimamo urejenega registra poklicnih bolezni in opredeljene jasne poti njihovega priznavanja, zato smo k sodelovanju povabili speciali-zante Medicinske fakultete Univerze v Zagrebu, da so prikazali razsežnost problematike kostno-mišičnih obolenj na Hrvaškem, kjer preverjanje oziro-ma verifikacijo poklicnih bolezni in njihov register vodi posebna inštitucija. Ocenjujemo, da bi podoben delež poklicnih kostno-mišičnih obolenj lahko pričakovali tudi v slovenski delovni populaciji. Z njihovimi podatki smo pod-krepili pomen našega dela in prikazali pomembne poudarke v izobraževanju vseh deležnikov, ki skrbijo za varnost in zdravje pri delu.

Avtorji so v posameznih poglavjih prikazali nekaj podrobnosti, ki v postopku vračanja na delo veljajo za posamezne bolezenske sklope. Da bi priročnik postal praktično uporaben pripomoček za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj na delovnem mestu, so nam specializanti fizikalne medicine in re-habilitacije pripravili vaje, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu.

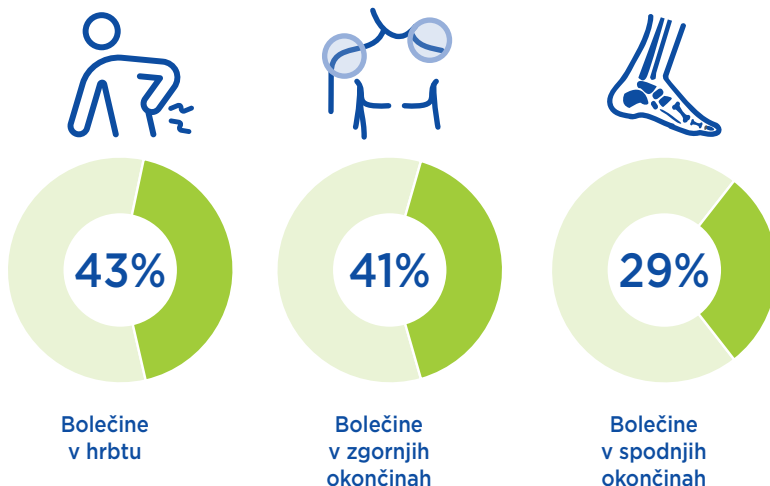
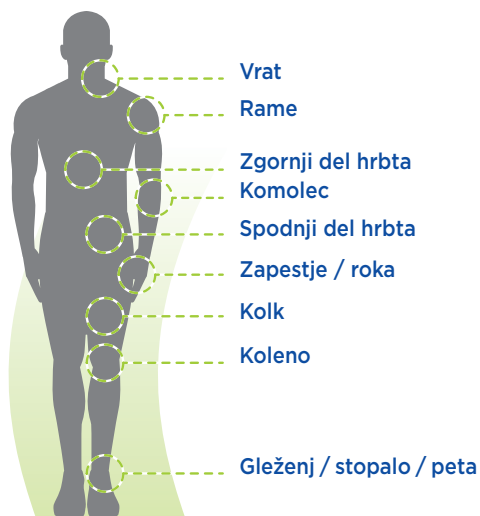
Primerno je, da omenimo publikacijo EU-OSHA »Z delom povezana kostno-mišična obolenja: razširjenost, stroški in demografski dejavniki v EU«.¹ Publikacija poudarja pomen psihosocialnih dejavnikov tveganja: »Zelo pogosto, kadar se organizacijska in psihosocialna tveganja ocenjujejo na ravni delovnega mesta, se to izvaja ločeno, pri čemer se osredotoča izključno na vpliv stresa na duševno zdravje, ne da bi upoštevali tudi njihov vpliv na druga tveganja ali druge zdravstvene tegobe, kot so kostno-mišične bolečine. Ker so delavci hkrati izpostavljeni številnim dejavnikom tveganja kostno-mišičnih obolenj, bi se bilo treba izogniti enodimenzionalnemu pristopu k ocenjevanju tveganja (na podlagi razmerja med posameznim dejavnikom tveganja in posameznim ukrepom) ter se namesto tega odločiti za bolj celovite pristope. Izziv predstavlja prenos obstoječega znanja na delovna mesta, s čemer bi premostili ovire pri ocenjevanju tako tveganja kostno-mišičnih obolenj kot tudi psihosocialnih tveganj. Delodajalcem in delavcem na delovnem mestu bi morale biti na voljo smernice in orodja za obvladovanje tveganj, ki zajemajo obe razsežnosti. Dejavniki psihosocialnega tveganja, kot so stres, tesnoba, težave s spanjem in slabo duševno zdravje, utegnejo imeti določeno vlogo pri pojavu kostno-mišičnih obolenj. Raziskave kažejo, da imajo zlasti pomembno vlogo pri napredovanju kostno-mišičnih obolenj, in sicer od akutnih (popravljivih) do kroničnih. To pomeni, da je treba psihosocialne dejavnike tveganja upoštevati pri ocenjevanju in preprečevanju tveganj kostno-mišičnih obolenj (primarna preventiva), predvsem pa ob pojavu prvih simptomov kostno-mišičnih bolečin. Z boljšo organizacijo dela in klimo v podjetju lahko tako prispevamo tudi k preprečevanju kostno-mišičnih obolenj. Pomembno je, da se na ravni delovnih mest poveča ozaveščenost o tej medsebojni povezanosti in se akterje na tem področju spodbudi, da razmislijo o preprečevanju kostno-mišičnih obolenj, ko uvajajo spremembe v organizacijo dela ali preprečujejo izpostavljenost psihosocialnim tveganjem.«

Prav za ta cilj si prizadeva naš priročnik. Želimo, da bi se njegovi bralci s takšnim zanimanjem seznanili z njegovo vsebino, s kakršno predanostjo so avtorji povzeli vire strokovne literature ter praktične izkušnje, ko so ga pripravljali. Nekateri izmed njih so sedaj, ko je priročnik izšel, že postali mladi specialisti, in predano vstopajo v poklicni svet, preostali specializacijo zaključujejo. V priročniku navajamo njihove prvotne nazive, ker so svoje izdelke pripravili v obdobju, ko so bili specializanti.

Urednica

¹ Na voljo na: <https://osha.europa.eu/en/publications/msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe/view>.

Deli telesa, ki jih najpogosteje prizadenejo kostno-mišična obolenja



Odstotek delavcev, ki poroča o različnih kostno-mišičnih obolenjih v zadnjih 12 mesecih, EU-28, 2015

Vir: Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu

BOLEČINE V VRATU

Sandra ŽELEZNIK, dr. med,
specializantka medicine dela, prometa in športa
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije – Soča, Maribor

1. Opredelitev težave

Nespecifična bolečina v vratu je vsaka bolečina v vratu brez vzročnih anatomske nepravilnosti ali drugega vzroka. Značilni simptomi, ki se skozi čas spreminjajo, so jakost bolečine, otrdelost in občutljivost vratu, omejena gibljivost, lahko tudi glavobol, omotica, šumenje v ušesih, motnje spanja in razpoloženja, bolečine v ramenih. Po definiciji akutna bolečina traja manj kot štiri tedne, kronična pa več kot šest mesecev, v vmesnem času govorimo o subakutni bolečini (1).

Pogostost bolečin v vratu narašča posebej pri delavcih v industrijsko razvitih državah. Ta čas je prizadete 10–20 % populacije. Bolečine v vratu so med najpogostejšimi vzroki za dolgotrajno bolniško odsotnost in invalidsko upokožitev, kar povzroča visoke stroške za posameznike in družbo (2, 3).

Bolečine v vratu so povezane s fizičnimi obremenitvami pri delu, čezmerno pokrčenim položajem glave in dolgotrajnim sedečim delom. Ponavljajoče obremenitve skupaj z nepravilnimi ergonomskimi položaji in neustrezno delovno opremo so vzrok poklicnih kostno-mišičnih obolenj ter povečujejo tveganje za razvoj kronične bolečine v vratu in ramenih (2, 3).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Bolečine v vratu so povezane z dejavniki posameznika (spol – prevladujejo ženske, starost, fizična neaktivnost) in z dejavniki delovnega mesta (upogib vratu naprej, večji od 20°, ponavljajoči se gibi glave, dvigovanje rok na in/ali nad višino ramen, dvigovanje bremen, težjih od 15 kg, dolgotrajno sedeče delo). Na nastanek bolečine vplivajo tudi številni psihosocialni dejavniki delovnega mesta (4).

Preventivno ukrepamo z ergonomskimi ureditvami in prilagoditvami delovnega mesta, kot so ergonomsko oblikovani stoli, ki podpirajo hrbtenico, di-

namična izmenjava dela v stoječem in sedečem položaju, pravilna namestitve zaslona itn. Pomembni so tudi razbremenilni odmori delavcev (4).

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Najučinkovitejše je zdravljenje, pri katerem gre za povezanost vsaj dveh različnih oblik terapije. Zelo pomembne so čim hitrejša aktivacija bolnika, telesne vaje in uporaba protibolečinskih zdravil (1).

Pri akutni in subakutni bolečini so priporočljive raztezne vaje kljub vztrajajoči bolečinski simptomatiki, saj izboljšajo prekrvavitev mehkih tkiv in zmanjšujejo neugodje. Začetne vaje lahko vključujejo raztezanje, izometrične vaje in gibe, ki segajo do meje bolečine. Izvajajo naj se vsaj trikrat tedensko. Ob umiritvi akutne simptomatike je treba čim prej začeti trening z lastno težo in vajami za držo (3).

4. Ohranjanje aktivnosti

Ko se z rehabilitacijo, pri kateri je poudarek predvsem na fizioterapiji, doseže popoln obseg gibov, se terapija usmeri predvsem v krepitev in stabilizacijo mišic vratu, ramen in zgornjega dela trupa, kjer so učinkovite predvsem serije vaj proti uporju, na primer vaje z utežmi (3).

Pri razvoju kronične bolečine je učinkovita vključitev v multidisciplinarno obravnavo. Pri posameznikih s kronično bolečino v vratu so učinkovite telesna aktivnost pod nadzorom strokovnjaka, vaje za moč in dinamične vaje proti uporju ter raztezne in proprioceptivne vaje. Raziskave niso potrdile učinkovitosti vaj brez strokovnega nadzora ali skupinskih vaj (1, 3).

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Bolečine v vratu negativno vplivajo na funkcionalno zmogljivost in kakovost življenja ter povzročajo skrbi, anksioznost in depresijo. Na slabšanje stanja pomembno vplivajo tudi psihosocialni dejavniki delovnega mesta, kot so visoke psihične zahteve, nizka stopnja avtonomije, visoke delovne obremenitve, nizka socialna podpora in nezadovoljstvo na delovnem mestu. Vse naštetu lahko vodi do razvoja kompleksne motnje s prepletanjem fizičnih, duševnih, socialnih in drugih vzrokov, ki vodijo do dolgotrajne nezmožnosti za delo (1, 5).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Pri preprečevanju bolečin v vratu so poleg ergonomsko urejenega delovnega mesta pomembni programi fizične aktivnosti na delovnih mestih. Posebej učinkovite so vaje za vrat in ramena proti upor, manj učinkovita je fizična aktivnost celega telesa. Samo priporočilo, da je delavec fizično aktiven, ni učinkovito. Učinkovitost vadbe na delovnem mestu je večja ob pridruženih spremembah življenjskega sloga s pridruženo telesno aktivnostjo v prostem času (3, 5).

Smiselni so tudi vsi ukrepi na delovnem mestu, ki zmanjšujejo neenakomeren delovni čas in nadurno delo, zmanjšanje števila zaposlitev za določen čas in zagotavljanje podpore delavcem pri iskanju ravnovesja med poklicnim in zasebnim življenjem. Pomembni so tudi programi, usmerjeni v preprečevanje nadlegovanja in trpinčenja (ang. mobbing) na delovnem mestu, ter ustvarjanje zdravju prijaznega delovnega okolja (5).

Literatura

1. Tsakitzidis G, Remmen R, Peremans L, Van Royen P, Duchesnes C, Paulus D, Eysen M. *Non-specific neck pain: diagnosis and treatment. Good clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2009. KCE Reports: 119C.*
2. Oliv S, Noor A, Gustafsson E, Hagberg M. *A Lower Level of Physically Demanding Work Is Associated with Excellent Work Ability in Men and Women with Neck Pain in Different Age Groups. Saf Health Work. 2017 Dec; 8(4):356-63. doi: 10.1016/j.*
3. Tunwattanapong P, Kongkasuwan R, Kuptniratsaikul V. *The effectiveness of a neck and shoulder stretching exercise program among office workers with neck pain: A randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation 30(1), 2015. DOI: 10,1177 / 0269215515575747.*
4. Cagnie B, Danneels L, Van Tiggelen D, De Loose V, Cambier D *Individual and work-related risk factors for neck pain among office workers: a cross sectional study. Eur Spine J 16, 2007:679-86. DOI: 10.1007 / s00586-006-0269-7.*
5. Yang H, Hitchcock E, Haldeman S, Swanson N, Lu ML, Choi B, Nakata A, Baker D. *Work Related Psychosocial and Organizational Factors for Neck Pain in Workers in the United States. Am J Ind Med 59(7), 2016:549-60. DOI: 10.1002 / ajim. 22602.*

Vaje za vrat, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Anja ŠTABUC ŽONTA, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Za izvedbo vaj izberite udoben položaj, sedite vzravnano, aktivirajte trebušne mišice in mišice medeničnega dna. Izvajajte jih dvakrat na dan s postopnim povečevanjem števila ponovitev. Osredotočite se tudi na sproščeno dihanje.

1. vaja

Pri izdihu glavo sklonite naprej, da začutite rahel razteg zadnje strani vratu. Zadržite deset sekund in z vdihom vrnite glavo v vzravnano položaj. Ponovite od tri- do petkrat. Lahko si pomagata še z rahlim potegom rok, ki jih položite na glavo, spet zadržite deset sekund, naredite tri do pet ponovitev.

2. vaja

Brado dvignite, kolikor gre, nagnite glavo nazaj. Pazite, da sedite z zravnanim hrbtom. Vajo izvajajte počasi in previdno. Zadržite deset sekund, naredite tri do pet ponovitev.

3. vaja

Glavo nagnite v stran, da se uho približa rami, do raztega na nasprotni strani. Zadržite deset sekund in zamenjajte strani, naredite tri do pet ponovitev. Nato si pomagajte še z roko, s katero glavo nežno potisnite globlje v odklon, naredite tri do pet ponovitev na vsaki strani.

BOLEČINE V KRIŽU

Petra CESTNIK ČOKL, dr. med,
specializantka medicine dela, prometa in športa
ZVD Zavod za varstvo pri delu, d. o. o., Ljubljana

1. Opredelitev težave

Simptom bolečine v križu je drugi najpogostejši vzrok bolniške odsotnosti, takoj za respiratornimi infekti. Vsaj enkrat v življenju bolečino v križu občuti od 60 do 80 % populacije (1). Vzrokov za bolečino v križu je veliko. Kar 85 % ljudi z bolečino v križu nikoli ne dobi jasne diagnoze oziroma opredelitve vzroka bolečine. Le majhen odstotek bolečin v križu lahko pripišemo resnim boleznim. Velika večina vzrokov je mehanskih, kot so nateg ali zvin ledveno-križničnih mišic in vezi, motnje, ki prizadenejo medvretenčne ploščice, medvretenčne sklepe in vretenca, ter posledice nenormalnosti drže (skolioza). Pri bolečini v križu največkrat ni razjasnjeno, katera struktura je okvarjena oziroma kje je izvor bolečine. Bolečina je največkrat lokalizirana razpršeno v ledvenem področju, lahko izžareva v zadnjico in stegna. Najpogosteje se poslabša pri fizični aktivnosti in izboljša, če počivamo.

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Ker so dejavniki tveganja za bolečino v križu številni, je vzročno povezanost težko dokazati. Najpogosteje omenjeni dejavniki tveganja so starost, debelost, nosečnost, skolioza in slaba telesna pripravljenost. Pomemben učinek kot dejavnik tveganja imajo telesne obremenitve in s tem seveda tudi obremenitve na delovnem mestu (2). Študije dokazujejo povezanost med bolečino v križu in naslednjimi obremenitvami: ročno premeščanje težkih bremen, ponavljajoči se gibi, prisilna drža, dolgotrajno sedenje in izpostavljenost vibracijam (3). Pomembna psihosocialna dejavnika sta stres, povezan z delom, in nezadovoljstvo na delovnem mestu. Najbolj izpostavljeni so delavci v gradbeništvu, kmetijstvu, zdravstvu, prometu in industriji.

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Pri bolečini v križu sta zelo pomembna zgodnje odkrivanje težav ter zgodnja rehabilitacija, ki je tudi najbolj učinkovita (4). Bolečino v križu brez jasnega izvora največkrat zdravimo konzervativno s predpisovanjem preprostih protibolečinskih zdravil in nesteroidnih antirevmatikov. Praviloma se v akutni fazi predpiše tudi počitek. Glede učinkovitosti uporabe ortoz (pasov) in kozmodiskov, ki jih nekateri uporabljajo za lajšanje bolečin, ni trdnih dokazov.

4. Ohranjanje aktivnosti

Cilj zgodnje rehabilitacije je zmanjšati bolečino in spodbuditi posameznika k aktivnemu življenjskemu slogu ter redni rekreaciji, ki mu bosta omogočala ohraniti moč in gibljivost hrbtenice.

Le v akutni fazi bolečine (do sedem dni) se lahko predpiše počitek, posameznika pa se spodbuja, da ostaja aktiven do meje bolečine. Smiselna je zgodnja vključitev v fizioterapevtsko obravnavo, kjer na začetku dobi navodila za razbremenitvene položaje za hrbtenico, pozneje pa se v subakutni fazi nauči vaj za hrbtenico, ki naj jih redno izvaja tudi doma. Če je posameznik z bolečino v križu v bolniškem staležu, je smiselna tudi ergonomska ocena delovnega mesta, da se lahko izvedejo ukrepi, ki mu bodo olajšali vrnitev na delo.

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Znani so številni dejavniki, ki vplivajo na okrevanje in čas, ki ga posameznik potrebuje za popolno vrnitev na delo. Prva dva dejavnika, ki vplivata na zmožnost vračanja na delo, sta stopnja okvare in vrsta dela. Preostali dejavniki, ki vplivajo na trajanje bolečine v križu, so starost, treniranost oziroma mišična pripravljenost in psihosocialni dejavniki (poklic, varnost zaposlitve, finančna varnost, psihološki profil posameznika, stres in zadovoljstvo na delovnem mestu itn.). Dejavniki, ki vplivajo na to, ali se bo bolečina v križu ponavljala, so visoka stopnja stresa v zvezi z delom, slabše duševno zdravje, huda bolečina v prvi epizodi, deformacije hrbtenice in pogosto menjavanje službe. Velik del dejavnikov za bolečino v križu je torej psihosocialnih, zato je pomembno, da se zaposlene obravnava tudi s tega vidika (vključitev kadrovske službe, psihologa, specialista medicine dela, prometa in športa ter po potrebi psihiatra).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

V zadnjem času je zaskrbljujoč podatek, da se povečuje pogostost bolečine v križu že pri otrocih in najstnikih, kar povezujemo s težkimi šolskimi torbami, slabo držo, pretiranim igranjem računalniških igrin in sedečim načinom življenja (5). Zato je pomembno, da otroke in mladino ozaveščamo o pomembnosti skrbi za zdravje in preprečevanja kostno-mišičnih obolenj, hkrati pa mlade delavce ter novo zaposlene naučimo pravil varnega in zdravega dela že ob nastopu zaposlitve. Začnemo z ergonomsko ureditvijo delovnega mesta in pravilno razvrščenimi odmori. Pri težjem fizičnem delu so potrebni pasivni odmori, pri sedečem ali statičnem delu v prisilnih položajih pa aktivni odmori. K boljši ergonomski ureditvi delovnega mesta prispeva tudi zmanjšanje stresa v zvezi z delom, kar dosežemo z dobro organiziranostjo ter primerno porazdelitvijo dela med zaposlene in s timskim delom. Pomembno je, da delavce spodbujamo, da tudi v prostem času opustijo slabe navade in privzamejo zdrav življenjski slog.

Literatura

1. Gasibat Q, Suwehli W, Rehema Bawa A, Adham N, M.Kheer Al turkawi R, Mohamed Baaiou J. *The Effect of an Enhanced Rehabilitation Exercise Treatment of Non-Specific Low Back Pain - A suggestion for Rehabilitation Specialists*. *Am J Med Stud* 2017;5(1): 25-35. [cited 2020 Mar 02]. Dostopno na: <http://pubs.sciepub.com/ajms/5/1/3/index.html>.
2. Marras WS, Ferguson SA, Burr D, Schabo P, Maronitis A. *Low back pain recurrence in occupational environments*. *Spine*. 2007;32(21):2387-97. [cited 2020 Mar 02]. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17906584>.
3. Vlaeyen JWS, Maher CG, Wiech K, Van Zundert J, Meloto CB, Diatchenko L, et al. *Low back pain*. Vol. 4, *Nature Reviews Disease Primers*. Nature Publishing Group; 2018:1-18. <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0052-1>.
4. Bell JA, Burnett A. *Exercise for the primary, secondary and tertiary prevention of low back pain in the workplace: A systematic review*. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009; (19):8-24. [cited 2020 Mar 02]. Dostopno na: <http://link.springer.com/10.1007/s10926-009-9164-5>.
5. Noll M, Candotti CT, Rosa BN da, Loss JF. *Back pain prevalence and associated factors in children and adolescents: an epidemiological population study*. *Rev Saude Publica*; 2016 Jun;50. DOI: 10,1590 / S1518-8787.2016050006175.

Vaje za križ, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Anja ŠTABUC ŽONTA, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Za izvedbo vaj izberite udobno mesto, sedite z vzravnanim hrbtom ali stojite ob opori. Poudariti želimo aktivacijo globokih trebušnih mišic in mišic medeničnega dna pred začetkom vaj. Izvajajte jih dvakrat na dan s postopnim povečevanjem števila ponovitev. Osredotočite se tudi na sproščeno dihanje.

1. vaja

Stojte zravnani z nogami v širini ramen. Dlani položite na križ za oporo. Počasi se nagnite nazaj, tako da povečate lok spodnjega dela hrbta, dokler ne začutite rahlega raztezanja v trebušnih mišicah in rahlega pritiska v predelu križa. Položaj zadržite od petnajst do dvajset sekund, nato ponovite od tri do petkrat.

2. vaja

Vajo izvajajte sede, stopali naj bosta na tleh, vzporedni. Desno roko položite na naslon za roke ali na desno stegno in dvignite levo roko navzgor, nad glavo. Ob tem hrbtenico upognite rahlo v desno, da začutite razteg na nasprotni strani trupa. Zadržite ta položaj trideset sekund in pri tem pazite na sproščeno dihanje. Na vsaki strani ponovite tri- do petkrat.

3. vaja

Vajo izvajajte sede, stopali naj bosta na tleh, vzporedni. Roki položite na zadnjo stran vratu oziroma glave, tako da so komolci obrnjeni v stran. Zasukajte trup v levo stran, ob tem potiskajte lopatici rahlo navzdol. Položaj zadržite od petnajst do dvajset sekund, nato se vrnite v izhodiščni položaj. Pri naslednji ponovitvi zasukajte trup v nasprotno stran. Vajo ponovite tri do petkrat na vsako stran.

BOLEČINE V RAMI

Andreja ROBEK, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
Zdravstveni dom Logatec

1. Opredelitev težave

Bolečina v rami po nekaterih ocenah vsaj enkrat v življenju prizadene kar 18 do 26 % populacije (1). Najpogostejši vzrok pri odraslih je sindrom rotatorne manšete, kronični bolečinski sindrom, ki izvira iz štirih mišic in njihovih tetiv (2, 3). Ocenjujejo, da je okoli 13 % vseh bolečin v rami povezanih z delovnim okoljem (4). Istočasna izpostavljenost več različnim dejavnikom tveganja na delovnem mestu pomeni večje tveganje za razvoj okvar rotatorne manšete (1).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Delovna mesta, ki so posebej izpostavljena tveganju za pojav sindroma rotatorne manšete, so tista, pri katerih je potrebno delo v ali nad višino ramen, kjer je potrebno dvigovati težka bremena, in tudi tista delovna mesta, kjer so potrebne ponavljajoče se hitre ročne delovne operacije v nekaterih poklicih kot na primer šivilje, mesarji v klavnicah, varilci, tesarji, delavci v gradbeništvu in proizvodni delavci (3, 4). Rezultati študij tudi kažejo, da so preventivni ukrepi na delovnem mestu lahko učinkoviti pri preprečevanju nastanka okvar rotatorne manšete (2). Kot najboljši ukrep so se izkazale intervencije v obliki programa vadbe na delovnem mestu, ki je bila posebej učinkovita pri zmanjševanju bolečine v ramenskem sklepu. Nekoliko manj trdni so dokazi o učinkovitosti ukrepov na področju ergonomskih izboljšav na delovnih mestih, kar gre verjetno prepisati majhnemu številu tovrstnih študij in predvsem dejstvu, da ugodni učinki ergonomskih izboljšav niso vidni takoj.

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Cilj zgodnje rehabilitacije delavcev s sindromom rotatorne manšete je, kot pri vseh kostno-mišičnih obolenjih, odprava bolečine, vnetja ter zmanjšanje pritiska na prizadeta tkiva. To dosežemo s protibolečinskimi zdravili, namestitvijo hladnih obkladkov, fizioterapijo in ureditvijo delovnega mesta tako,

da odpravimo dejavnike, ki prispevajo k razvoju sindroma rotatorne manšete (3). Pri hujših okvarah je potrebno kirurško zdravljenje v kombinaciji s fizioterapijo. Pomembno je, da delavec čimprej doseže odmik od trupa v loku do 90°. Na dolžino rehabilitacije vplivajo možni zapleti, starost, pridružene bolezni, obseg simptomov (obojestranska prizadetost, dominantnost prizadetega uda), pridruženi psihosocialni dejavniki in dejavniki, povezani z delovnim mestom.

4. Ohranjanje aktivnosti

Delavca je treba že zelo zgodaj po nastanku simptomov in znakov bolezni spodbuditi, da se takoj, ko je to mogoče, vrne k izvajanju svojih vsakdanjih aktivnosti. Pri tem ga je treba opozoriti, da intenziteto aktivnosti povečuje postopoma, do meje bolečine. Delavca je ob tem potrebno tudi aktivno vključiti v proces postopnega vračanja na delovno mesto, po možnosti na isto delovno mesto, kot ga je opravljal pred boleznijo (4).

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Študije so dokazale povezanost psihosocialnih dejavnikov s sindromom rotatorne manšete (2, 4). Večina študij, ki je preučevala povezanost psihosocialnih dejavnikov z bolečino v rami, je poleg bolečine v rami obravnavala tudi bolečino v vratu. Psihosocialni dejavniki, povezani z večjim tveganjem za bolečine v rami, so nizka samoocena lastnega zdravja, stres, visoke psihološke zahteve na delovnem mestu, nizek nadzor nad delom, nezadovoljstvo na delovnem mestu, slaba socialna podpora, depresija, kajenje, nizek socialno-ekonomski status in slaba organiziranost dela (5). Po rezultatih študij psihosocialni dejavniki vplivajo tako na dolžino bolniškega staleža kakor tudi na sam proces vračanja delavca nazaj na delo (2).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Če želimo preprečiti zdravstveno breme zaradi bolečin v rami, je potrebno aktivno sodelovanje delodajalcev, strokovnjakov s področja varnosti pri delu, zdravnikov specialistov medicine dela, družinskih zdravnikov in delavcev – potreben je torej timski način obravnave (2). Pri oblikovanju novih delovnih mest in prenovi starih je treba upoštevati ergonomska načela. V izogib bolečinam v rami moramo delovno mesto urediti tako, da se izognemo delu nad višino ramen. Predmeti dela morajo biti delavcu dostopni na dosegu roke. Če kljub preventivnim ukrepom nastanejo bolečine v rami, je

treba prizadetega delavca čimprej prepoznati, zdraviti in ga aktivno vključiti v proces rehabilitacije, katerega sestavni del bi moral biti tudi proces vračanja na delovno mesto.

Literatura

1. Linaker CH, Walker-Bone K. *Shoulder disorders and occupation. Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015;29(3): 405–23. DOI: 10.1016 / j.berh.2015.04.001
2. Roy J-S, Desmeules F, Fremont P, Dionne CE, Macdermid JC. *Clinical evaluation, treatment and return to work of workers suffering from rotator cuff disorders A Knowledge Review.* Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvéen santé et en sécurité du travail; 2017. [cited 2020 Mar 20]. Dostopno na: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-949.pdf?v=2020-02-27>.
3. Presley Reed. *The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration.* 5th Ed. Vol 2. Westminster, Colo.: Reed Group; 2005: 1878-81.
4. Hopman K, Lukersmith S, Krahe L, McColl A, Vine K. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Rotator Cuff Syndrome in the Workplace.* Port Macquarie Campus: The University of New South Wales, Medicine, Rural Clinical School; 2013. [cited 2020 Mar 02]. Dostopno na: <https://rcs.med.unsw.edu.au/sites/default/files/rcs/page/RotatorCuffSyndromeGuidelines.pdf>.
5. Hegmann KT, Hughes MA, Kaufman LR, Green A, Haas NS, Hoffman H, et al. *Shoulder disorders guideline.* ACOEM, Reed Group; 2016. [Citirano: 2020 Mar 02]. Dostopno na: <https://www.dir.ca.gov/dwc/MTUS/.../Shoulder-Disorders-Guideline.pdf>.

Vaje za ramenski obroč, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Anja ŠTABUC ŽONTA, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Za izvedbo vaj izberite udoben položaj, sedite vzravnan, aktivirajte trebušne mišice in mišice medeničnega dna. Izvajajte jih dvakrat na dan s postopnim povečevanjem števila ponovitev. Bolj kot število ponovitev je pomembna pravilna izvedba vaj. Osredotočite se tudi na sproščeno dihanje.

1. vaja

Vajo lahko izvajate sede ali stoje. Sklenite iztegnjene roke pred seboj in jih dvignite, kolikor je mogoče visoko nad glavo, zasukajte dlani navzgor in iztegnite komolce. Obrnite dlani in roke spustite v začetni položaj. Vajo ponovite še štirikrat.

2. vaja

Vajo lahko izvajate sede ali stoje. Roko dvignite predse v višino ramen. Z drugo roko primite nadlaket nad komolcem in jo potegnite k nasprotni rami. Položaj zadržite od deset do dvajset sekund. Nato vajo izvedite še z nasprotno roko.

3. vaja

Palico držite z iztegnjenima rokama (pred telesom – višina stegen) v širini ramen. Nato jo poskušajte z iztegnjenima rokama najprej prenesti nad glavo in nato za glavo (pokrčite roke). Ta vaja je namenjena povečanju gibljivosti in prekrvavitve v področju ramenskega obroča. Ponovite vajo od deset- do petnajstkrat.

BOLEČINE V KOMOLCU

Sara MASNIK, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
Aristotel, zdravstveni center, d. o. o., Krško

1. Opredelitev težave

Večina mišic in kit, ki sodelujejo pri gibanju zapestja in prstov, se pripenja na zunanji ali notranji odrastek (epikondil) kosti nadlahtnice. Fizikalni dejavniki, ki povzročajo kronično vnetje in zaradi tega brazgotinjenje (epikondilitis), so: ponavljajoče delo, ki povzroča obremenitev komolca in podlakti z več kot desetimi gibi na minuto oziroma več kot 600 gibi na uro z uporabo sile, neugoden (neergonomski) položaj, forsirana delovna opravila z uporabo sile (1). Kot vse kronične bolezni gibal so tudi te težave pogosto povezane s staranjem in škodljivimi dejavniki v zasebnem življenju. Ocenjujejo, da je razširjenost epikondilitisa v splošni populaciji od 1 do 5 %.

Lateralni epikondilitis ali teniški komolec je vnetje kit iztegovalk zapestja in prstov na mestu narastišča na lateralni epikondil. Beseda »teniški« se uporablja, ker je bila poškodba po prvih opisih že leta 1883 pogosta pri igralcih tenisa pri tehniki »bekhenda« (ang. backhand). Lateralni epikondilitis je petkrat pogostejši od medialnega epikondilitisa, pojavljal naj bi se pri 0,6 % proizvodnih delavcev, enako pogosto pri moških in ženskah.

Medialni epikondilitis ali komolec igralcev golfa pa je vnetje kit upogibalk zapestja in prstov na mestu narastišča na medialni epikondil. Je dvakrat pogostejši pri moških (2).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Poklicni epikondilitis je pogost v gradbeništvu (zidarji, tesarji), prehranski industriji (peki, kuharji, mesarji), pri montažnih delavcih (tekoči trak) in športnikih (igralci tenisa).

Cilj preventivnih ukrepov je odkrivanje in preprečevanje širjenja škodljivega tveganja za nastanek bolezni. Takšni preventivni ukrepi so: nadomeščanje ročnega premeščanja bremen s strojnim, mehaniziranim premeščanjem; uvažanje avtomatizacije in robotizacije, uvedba ergonomskih ukrepov za prepre-

čevanje prisilnih drž zapestja in komolca, uporaba orodja z ustrežno dolžino ročaja, ki omogoča optimalen položaj zapestja ter boljšo aktivacijo mišic podlahti, menjavanje delavcev na delovnih mestih, s čimer se zmanjšata pogostost ponavljajočih se gibov in monotonija z vsiljenim ritmom dela; aktivni odmori z razgibavanjem in sprostitvenimi vajami za dlani, prste in roke.

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Pri epikondilitisu gre za bolečino v področju narastišča tetive na epikondil nadlahtnice, obseg gibanja v komolcu je običajno ohranjen. Pri kroničnih oblikah se bolečinski dražljaj širi proti zapestju, lahko tudi v prste. Diagnozo potrdi ultrazvočna preiskava komolca, pogosto pa je dovolj že tipična klinična slika. Če je poškodovana dominantna roka, to lahko povzroči nečitljivo pisavo, oteženo tipkanje, slabšo fino motoriko, kar je velika težava pri laboratorijskih delavcih in delavcih za tekočim trakom.

Prvi teden rehabilitacije sta potrebna razbremenitev od vseh gibov, ki povzročajo bolečino, ter izogibanje opravljanja gibov v polnem obsegu. Prvih 48 do 72 ur se izvaja terapija po načelu PRICE (**p**rotection, **r**est, **i**ce **c**ompression, **e**levation) (slovensko: zaščita, počitek, povijanje, ledene obloge, dvig), dokler se otekline ne zmanjša (3). Priporoča se tudi opornica, ki razbremeni oboleli del, vendar le takrat, ko je bolečina res zelo huda. Drugi teden je treba obolelo mesto greti, čimprej naj se začne fizikalna terapija (3). Kirurško zdravljenje pride v poštev le redko, ko so neuspešne vse druge možnosti zdravljenja; rehabilitacija je pri tem dolgotrajna. Treba je upoštevati, da je vrnitev na delo odvisna od vrste dela in dominantne oziroma nedominantne roke ter vrste zdravljenja. Trajanje nezmožnosti za delo je bistveno daljše, če delo zahteva pogoste ponavljajoče se gibe ter intenzivno uporabo obeh rok. Za visoko zahtevna ročna dela je trajanje nezmožnosti za delo vsaj 28 dni, lahko se podaljša tudi do dveh mesecev (2).

4. Ohranjanje aktivnosti

Če delovne naloge povzročajo težave, sta potrebni ergonomska ocena delovnega mesta ter ureditev in/ali sprememba delovnih nalog. Zelo pomembno je zmanjševanje ponavljajočih se gibov. Delavca postopoma vračamo na delo, ki ga uredimo tako, da vključuje pogoste odmore, prilagoditev delovnih opravil in orodij (npr. prilagoditev dolžine ročaja, ki omogoča optimalen položaj zapestja), zamenjavo oziroma rotacijo delavcev ter izogibanje vibracijskim orodjem. Če so težave povzročile prostočasne aktivnosti, jih je treba spremeniti ali opustiti.

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Hipokrat je poudarjal, da je »pomembneje vedeti, kakšna oseba ima bolezen, kot kakšno bolezen ima oseba«. Včasih nastajajo napetosti mišic celo tam, kjer delo ni ne težko in ne ponavljajoče. Omejen nadzor nad lastnim delom kot virom stresa lahko povzroči izločanje kemičnih posrednikov za napetost v mišicah, žilah in živcih, zaradi česar se prek somatizacije pokažejo telesni simptomi. Učinek zdravljenja samo telesnih simptomov je le začasen, če ne zajema sprememb, povezanih z delavčevimi navadami, vedenjskimi obremenitvami, čustvovanjem in izpostavljenostjo stalnim dejavnikom, ki povzročajo stres (4).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Promocija zdravja na delovnem mestu je več kot le izpolnjevanje zakonskih zahtev glede varnosti in zdravja pri delu (5). Je predvsem naložba, ne le strošek. Bistvenega pomena je, da so delavci vključeni v pripravo ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu ter da se upoštevajo njihove potrebe, stališča in predlogi glede organiziranosti dela in delovnega mesta.

Literatura

1. Črnivec R., Jurca I., Dodič F. M.: *Poklicne bolezni zaradi prevelikega obremenjevanja kit, kitnih ovojníc in mišičnih oziroma kitih narastišč, Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji II*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2014.
2. Reed P. *The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration 5th edition title*. Westminster, Colo: Reed Group, 2005: 805-7.
3. Zeigler T. *P.R.I.C.E Treatment Injury Principle*. [Citirano: 2020 April 10]. Dostopno na: <https://www.sportsmd.com/acute-sports-injury-treatment-using-p-r-c-e-principle/>
4. Kocmur M. *Nevrotske, stresne in somatoforme motnje*. V: Tomori M., Zihel S. (ur.), *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta, 1999: 229-58.
5. *Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1)*, Uradni list RS, št. 43/2011.

Vaje za komolce, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Sanja MARKOVIĆ, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Vse vaje so primerne za izvajane na delovnem mestu v času aktivnega odmora. Število ponovitev posamezne vaje prilagodite svoji telesni zmogljivosti.

1. vaja

Vajo izvajajte stoje s komolci ob telesu in dlanmi obrnjenimi navzgor. Komolce skrčite, nato jih počasi iztegnite. Vajo lahko izvajate za oba komolca hkrati ali posamično. Če želite povečati intenzivnost vaje, lahko uporabite manjše ročne uteži ali platenko vode. Število ponovitev prilagodite svoji telesni zmogljivosti.

2. vaja

Vajo izvajajte stoje. Z iztegnjenimi komolci se uprite na mizo, prsti naj bodo pri tem obrnjeni nazaj proti telesu. Težo telesa nato prenesite nazaj, dokler ne začutite raztega na notranji strani podlahti. Položaj zadržite dvajset sekund, nato se sprostite.

3. vaja

Vajo izvajate stoje z dlanmi naslonjenimi na steno. Izmenoma krčite in iztegujete komolce, tako da se s trupom približujete steni, ob tem pa ostane telo ves čas vzravnano.

BOLEČINE V ZAPESTJU

Nastja SVETINA, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
Zdravstveni dom Ljubljana

1. Opredelitev težave

Zapestje sestavljajo končni deli podlahtnice in koželjnice ter pet dlančnih kosti, vmes pa osem zapestnih koščic. Sklep je gibljiv v šestih različnih smereh okrog treh različnih osi. Zapestni prehod (karpalni kanal) je na notranji strani zapestja omejen s karpalnim ligamentom, na zunanji strani pa z zapestnimi koščicami. Skozenj poteka devet kit upogibalk prstov in mediani živec - mešani živec, ki s senzoričnim nitjem oživčuje kožo notranje polovice palca, kazalca, sredinca in polovice prstanca, z motoričnim nitjem pa mišice pronatorje zapestja, fleksorje prvih treh prstov roke ter mišice palca in palčne kepe, ki omogočajo gibanje palca (fleksijo in opozicijo). Večina mišic, ki omogočajo gibe zapestja in prstov, je v podlahti. Njihove kite v dlan večinoma prehajajo skozi zapestni prehod. Zaradi prenosa velike mišične moči preko daljše razdalje v zapestnem prehodu nastaja trenje (1).

Sindrom zapestnega prehoda je najpogostejša netravnatska okvara perifernega živca. Večinoma se pojavlja obojestransko in lahko prizadene vse starostne skupine, kar do trikrat pogosteje pa se pojavlja pri ženskah, kar razlagajo s hormoni in uporabo hormonske kontracepcije, ki povzroča večje otekanje tkiv. Ženske so pogosteje zaposlene na delovnih mestih, ki so bolj tvegana za nastanek sindroma zapestnega prehoda, in tudi doma opravljajo več gospodinjskih opravil. Prevalenca v splošni populaciji je ocenjena na 7 do 19 %, kar pomeni, da se ta okvara pojavlja pri približno vsakem petem prebivalcu, vsako leto pa na novo oboli ena oseba na 1000 prebivalcev (2-4).

2. Okoliščine na delovnem mestu - osnova za preventivne ukrepe

Nastanek sindroma zapestnega prehoda povzroča več različnih ergonomskih oziroma biomehanskih dejavnikov, med njimi so: položaji zapestja, kjer zaradi deviacije nastaja večje trenje kit; ponavljajoče delovne naloge in povečanje frekvence delovnih nalog; dela, pri katerih je potrebna velika moč

dlani ali prstov rok (močno stiskanje ali oprijemanje z rokami); dela, pri katerih je potrebno udarjanje z zapestjem oziroma peto dlani (npr. pri sestavljanju delov); pa tudi delo z vibracijskimi orodji. Na trgu so številna orodja, ki omogočajo delo z uporabo manjše moči pri prijemanju ali stiskanju (npr. pnevmatski izvijači, podpore in držala za orodja, ki zmanjšajo njihovo težo, ter orodja, za katera potrebujemo manjšo silo za upravljanje komand), in orodij, ki zmanjšajo dolgotrajne skrajne položaje v zapestju (npr. prelomljene tipkovnice in asimetrične računalniške miške). Najpogosteje se sindrom zapestnega prehoda pojavlja pri delavcih za tekočim trakom, vrtnarjih, glasbenikih, kmetih, mehanikih, tovarniških in gradbenih delavcih, gozdarjih, blagajnikih, maserjih in tapetnikih (1, 2-5).

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Simptomi sindroma zapestnega prehoda se začnejo postopoma, z mravljinčenjem v področju, ki ga oživčuje mediani živec. Bolezen potrdimo z elektromiografijo, opravimo pa tudi laboratorijske teste, s katerimi ugotovimo, da ne gre morda za preostala bolezenska stanja, ki lahko povzročajo omenjeni sindrom. Najprej se svetuje prenehanje ali zmanjšanje opravil, ki slabšajo simptome; nošenje opornice ponoči, protibolečinska zdravila in nato injekcije kortikosteroidov. Če bolezen napreduje, se pojavijo bolečine in omrtvičenost najprej v nočnem času. Bolniki imajo občutek okorelih prstov, slabši pincetni prijem, predmeti jim padajo iz rok. Tedaj je potreben kirurški poseg, pri katerem se s prerezom prečnega karpalnega ligamenta sprosti zapestni kanal in razbremeni mediani živec. Simptomi se večinoma izboljšajo v enem tednu, vrnitev k običajnim dejavnostim se priporoča po približno dveh tednih (3, 5).

4. Ohranjanje aktivnosti

Rehabilitacija zajema fizioterapijo in delovno terapijo. Cilj je izboljšanje gibljivosti roke, povečanje moči mišic in izboljšanje položaja roke. Vračanje na delo je odvisno predvsem od vrste dela, ki ga bolnik opravlja, stopnje okvare medianega živca oziroma izraženosti simptomov pred operativnim posegom ter uspešnosti posega in rehabilitacije. Vračanje na delo naj bo postopno. Do dva meseca po operativnem posegu se odsvetuje dvigovanje težkih bremen in ponavljajoče gibe (3-5). Daljši bolniški stalež opažamo pri starejših bolnikih, ženskah, osebah s povečano telesno težo, pridruženimi kostno-mišičnimi obolenji in nižjo stopnjo izobrazbe.

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Mednje sodijo dejavniki, povezani z delovnim mestom (nizka uspešnost pri delu, tveganje izgube zaposlitve, šibka socialna mreža na delovnem mestu, visoke delovne norme in nizka stopnja avtonomije oziroma nadzora nad delovnim procesom), ter individualni psihosocialni dejavniki (duševne in vedenjske motnje, nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo, skrbi in napetost). K hitrejši in uspešnejši vnovični vključitvi v delovni proces pripomorejo primerne delovne zahteve, občutek uspešnosti pri delu in podporna socialna mreža (1, 3, 4).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Za preprečevanje nastanka sindroma zapetnega prehoda je pomembno, da so delovna mesta primerno ergonomsko urejena. Mlade delavce je treba poučiti, da morajo upoštevati ergonomske ukrepe in jih spodbuditi, da tudi sami predlagajo rešitve, ki bi jim olajšale delo in preprečile nastanek kostno-mišičnih obolenj.

Literatura

1. Marras WS, Karwowski W. *Fundamentals and Assessment Tools for Occupational Ergonomics*. 2nd Edition. CRC Press, Taylor & Francis Group; 2006:11-27.
2. Giersiepen K, Spallek M. Carpal tunnel syndrome as an occupational disease. *Dtsch Arztebl Int* 2011/04/08: 108(14):238-42. [cited 2020 Mar 08]. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21547163>.
3. Harrison RJ, LaDou J. *Current occupational & environmental medicine*. New York: McGraw-Hill; 2014:147-54.
4. Newington L, Harris EC, Walker-Bone K. Carpal tunnel syndrome and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2015/05/27:9(3):440-53. [cited 2020 Mar 08]. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26612240>.
5. Reed P. *The medical disability advisor: Workplace guidelines for disability duration*. Westminster, Colo.: Reed Group; 2005:416-22.

Vaje za zapestja, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Sanja MARKOVIĆ, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Vse vaje so primerne za izvajane na delovnem mestu v času aktivnega od-mora. Število ponovitev posamezne vaje prilagodite svoji telesni zmogljivo-sti.

1. vaja

Vajo izvajajte sede ali stoje. Podlaket položite na mizo ali drugo podlago, roka naj od zapestja naprej visi čez rob. Z drugo roko primete čez dlan in na-rahlo povečate gib, tako da začutite blag razteg v zapestju. Položaj zadržite približno deset sekund, nato se sprostite in vajo ponovite še na drugi strani.

2. vaja

Vajo izvajajte sede ali stoje. Dlani naslonite skupaj, podlahti položite vodo-ravno na podlago. Dlani nato stisnite skupaj in zadržite pet sekund. Sprosti-te, nato vajo ponovite.

3. vaja

Vajo lahko izvajate sede ali stoje. Komolci so ob telesu, pokrčeni za 90 sto-pinj. Prste pokrčite v pest, tako da je palec pokrčen v pesti. Zapestje skrčite navzdol, nato poskusite zapestje skrčiti še nekoliko bolj. Položaj zadržite približno trideset sekund, nato se sprostite. Vajo ponovite.

BOLEČINE V PALCU ROKE

Marija Lucija ANTOLIČ, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
AP Evexia, d. o. o.

1. Opredelitev težave

Giblјivost palca je zaradi sedlaste oblike osnovnega sklepa v primerjavi z drugimi prsti bistveno večja in lahko izvaja gibe v treh ravninah: upogib – izteg, primik – odmik in opozicija. Opozicija palca je edinstvena za človeka in zajema okoli 50 % celotne funkcije palca. Sklep pa je zaradi svoje oblike in giblјivosti sorazmerno nestabilen in je najpogosteje kirurško zdravljen sklep roke (1, 2). Okvara palčevega sklepa se najpogosteje pojavlja pri ženskah, starejših od 55 let. Zaradi izjemnega pomena palca pri številnih gibih pomeni njegova amputacija več kot tretjino izgube funkcije roke.

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Delovno okolje, kjer je potrebna pogosta ali stalna uporaba palca, je dejavnik tveganja za nastanek tako imenovane rizarthroze (obrabe prvega sklepa palca). Predvsem je tveganje povečano pri poklicih, pri katerih je treba pogosto in dlje časa izvajati značilne gibe prijema, ter poklicih, kjer se ob prisilnem položaju palca ustvarjajo velike sile (3). Dolgotrajne mehanske obremenitve povzročajo obrabo sklepnih in tudi ob sklepnih struktur. Delo z ročnimi orodji, ki vibrirajo, pomeni dodatno tveganje, vibracije pa zahtevajo močnejši oprijem orodja z namenom stabilizacije (4).

Cilj preventivnih ukrepov mora vedno biti čim hitrejša vrnitev na isto delo. Priporočljiva je avtomatizacija delovnih procesov, pri čemer se odsvetujejo polavtomatizirana opravila, saj onemogočajo individualno prilagajanje. Delavci morajo biti dobro usposobljeni za opravljanje svojega dela, treba pa je zagotoviti tudi najboljše možne razmere za izogibanje prisilnim držam zapestij in komolcev. Orodja morajo biti čim lažja ter dobro vzdrževana in ostra. Poskrbeti je treba za oporo roke, predvsem pri natančnih delih. Držalo orodja mora imeti ustrezne mere (debelina, dolžina, oblika, velikost) in protizdrsko zaščito. Primerno zasnovan ročaj omogoča boljšo aktivacijo mišic podlahti, podaljšanje ročice zmanjša potrebne sile (daljša držala, trakasti

ključ). Delovno mesto naj bo zasnovano tako, da lahko drug del telesa prevzame delovno nalogo in se za gib uporablja najmočnejši sklep, ki je na voljo. Pri opravilih, ki zahtevajo veliko ponovitev gibov v palcu, se svetuje izmenjevanje opravil z izvajanjem drugačnih gibov rok.

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Na začetku se občuti bolečino, ki se značilno pojavlja ob gibih, kjer nastaja velika sila v palčevem sklepu (obračanje ključa, zapiranje zadрге, odpiranje kozarcev za vlaganje), postopno se bolečina čuti tudi ob mirovanju. Takoj ko zaposleni začne tožiti o težavah, je treba opraviti pregled delovnega mesta in ugotoviti, katera opravila povzročajo te težave. Klinična diagnoza se postavi na podlagi kliničnega pregleda. Rentgensko slikanje sklepa služi le za določitev stopnje okvare. Rizartrazo v polovici primerov spremlja tudi sindrom karpalnega kanala (3).

4. Ohranjanje aktivnosti

Ko začne delavec tožiti o bolečini, bi bilo treba začasno, do umiritve simptomov, oceniti in prilagoditi delovna opravila in delovno mesto. Namen začetnega konzervativnega zdravljenja je zmanjšati bolečino, ohraniti gibljivost, funkcijo in moč, zmanjšati mehanske obremenitve in ohraniti sklepi prostor. Če s konzervativnimi metodami dosežemo izboljšanje, se svetuje intermitentno uporabo opornice ob pričakovanih večjih obremenitvah. Če po nekaj mesecih ni izboljšanja, je treba razmisliti o operativnem posegu. Rehabilitacija je v tem primeru počasna in postopna. Operaciji sledi šesttedenska imobilizacija, nato pa postopno izvajanje vaj in lahkih vsakdanjih opravil, obremenitve postopoma povečujemo in dodajamo vse gibe v palcu (prijemanje, ščipanje, vlečenje). Kako uspešna bo vrnitev, je odvisno od vrste dela (pisarniško ali fizično delo). Za visoko zahtevna ročna dela je možna vrnitev na delo po treh do šestih mesecih. Kljub temu, da je izvajanje lažjih opravil možno že sorazmerno zgodaj, lahko traja od šest mesecev do enega leta, da je občutek v palcu normalen, moč pa se izboljšuje še več let (3).

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Zaposlitev pozitivno vpliva na kakovost življenja, vendar je mogoče tudi, da delo slabša zdravje delavca. Izguba zaposlitve zaradi bolezni je povezana z nižjim zadovoljstvom in večjo verjetnostjo za depresijo in hudo bolečino. Bolečina je vsestransko povezana s psihosocialnimi dejavniki, saj ti vplivajo

na zaznavanje bolečine. Huda bolečina vpliva tudi na psihosocialno počutje, zmanjšuje socialno interakcijo ter je pomembno tveganje za izgubo zaposlitve ali nastanek invalidnosti. Učinkovitost, možnost, da se s sodelavci pogovorimo o svojih težavah, podpora vodje, sodelavcev in družine pomembno prispevajo k uspešnemu vračanju delavcev z bolečino na delovno mesto (5).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Zaradi staranja delovne populacije nastajajo spremembe v zdravstvenem stanju zaposlenih, vse pogosteje imajo ti kronične težave in vse redkeje vstopajo v delovni proces popolnoma zdravi. Treba pa je tudi skrbeti za zdravje mladih delavcev in preprečiti njihov prezgodnji izstop iz trga dela zaradi okvarjenega zdravja. Analize stroškov in koristi so pokazale, da dobra promocija zdravja na delovnem mestu in ustrezna ergonomska urejenost delovnega okolja prispevata k večji delovni učinkovitosti zaposlenih ter s tem k uspešnosti podjetja.

Literatura

1. Ladd AL, Weiss AP, Crisco JJ, Hagert E, Wolf JM, Glickel SZ, Yao J. *The thumb carpometacarpal joint: anatomy, hormones, and biomechanics. Instr Course Lect.*2013;62:165-79.
2. Polatsch DB, Paksima N. *Basal joint arthritis: diagnosis and treatment. Bull NYU Hosp Jt Dis.* 2006;64(3-4):178-84.
3. Neumann DA, Bielefeld T. *The carpometacarpal joint of the thumb: stability, deformity, and therapeutic intervention. J Orthop Sports Phys Ther.* 2003 Jul;33(7):386-99.
4. Hammer PE, Shiri R, Kryger AI, Kirkeskov L, Bonde JP. *Associations of work activities requiring pinch or hand grip or exposure to hand-arm vibration with finger and wrist osteoarthritis: a meta-analysis. Scand J Work Environ Health.*2014 Mar;40(2):133-45.
5. Backman CL. *Arthritis and pain. Psychosocial aspects in the management of arthritis pain. Arthritis Res Ther.* 2006;8(6):221.

ZASKOČENI PRSTI

Kaja PLEMENITAŠ, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
MD Rogaška Slatina

1. Opredelitev težave

Sprožilni prst je občutek ujetosti ali začasne zataknenosti prsta ali palca med iztezanjem ali upogibanjem (1). Kadar se s povečanim naporom ali pasivnim gibom premik izvede, se zazna preskok. Sprožilni prst je eden izmed najpogostejših vzrokov za bolečino v roki pri odraslih. Prevalenca v splošni populaciji znaša okoli 2 %, najpogosteje se ta težava zgodi pri ženskah, na desni roki, med 40. in 60. letom starosti. Lahko se pojavi na enem ali več prstih, najpogosteje na tretjem (2). Nastane zaradi zadebelitve kite in kitne ovojnice. Spremlja jo vnetje, ki zoži ovojnice v kanalih, v katerih kite potujejo ter omogočajo gibanje roke in prstov, najpogosteje v področju metakarpofalangealnega sklepa. Draženje, ki ga povzroča drgnjenje kite ob stene ovojnice, ko ob gibanju kita naleti na oviro in se ob nadaljnjih poskusih gibanja osvobodi, se občuti kot bolečina in preskok (ang. trigger). Zaradi preskoka lahko nastane še močnejše vnetje in otekanje (tim. stenozični tenosinovitis), kar povzroči dodatno zoženje. Ta začarani krog povzroči, da prst obtiči in postane gibanje vse težje in bolj boleče (1).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Primarni ali idiopatski stenozični tendosinovitis je najpogostejši in je največkrat povezan z delom, ki vključuje ponavljajoče se gibe, pri katerih je potreben tudi čvrst prijem roke (delo s škarjami ali ročnim orodjem) (1, 3). Gre za minimalno vnetje. Pri sekundarnem tendosinovitisu pa nastane burna vnetna reakcija. Povezan je z boleznimi, kot so sistemsko vnetje, protin, sladkorna bolezen in ledvična odpoved (5).

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Občutki nelagodja ali bolečine se lahko začnejo na bazi palca ali prstov. Bolnik lahko poroča o zatikanju ali ujetosti prstov med prijemanjem in sproščanjem roke, kar se včasih tudi opazi. Lahko nastaneta bolečina in otekanje v predelu dlani. Zatipa se lahko vozlič na prizadeti kiti, ki je po navadi mehak. Pogosto se na prvi stopnji zdravljenja uporabljajo opornica in protivnetna zdravila, ki zmanjšajo otekanje. Svetuje se tudi izogibanje aktivnostim, ki dražijo prizadeto področje. Lahko pride do spontanega okrevanja, v večini pa je potrebna kortikosteroidna injekcija v kitno ovojnico – pri tem se v približno polovici primerov stanje izboljša po eni ali dveh injekcijah. Če konzervativno zdravljenje ne pomaga, se priporoča kirurško zdravljenje, kjer se odpre kanal in s tem omogoča svobodnejše gibanje kite. Občasno se po kirurškem zdravljenju priporoča fizikalna terapija za povrnitev normalnega gibanja roke. Zaradi osnovne bolezni, ki povzroča vnetje, pa lahko nastanejo kronične ali ponavljajoče težave (1).

4. Ohranjanje aktivnosti

Cilj rehabilitacije je zmanjšanje bolečine in vnetja. Ob težavah sta potrebna hitra diagnostična obravnava in zdravljenje. Početek se svetuje le na začetku, kasneje sta priporočljiva vodena fizikalna terapija in dnevna vadba tudi doma (4). Poiskati je treba vzrok vnetja, poskrbeti za povrnitev gibanja in moči ter preprečiti ponovitev. Rehabilitacija je odvisna od resnosti, trajanja in zdravljenja bolezni (operativno ali konzervativno). Blažji simptomi se izboljšajo s počitkom, pri zmernih do težjih simptomih lahko pomagajo hladni obkladki, kar zmanjša vnetje in neudobje. Vaje za roko se stopnjujejo glede na odziv na zdravljenje (4). Sistemsko vnetje, osteoartritis ali poškodba lahko dodatno zapletejo zdravljenje. Ponovitev bolezni lahko nastane na isti ali pogosteje na drugi kiti roke. Na delovnih mestih, kjer je potrebna uporaba obeh rok, moramo delavca, če je mogoče, po rehabilitaciji začasno prestaviti na druga dela, dokler se bolezen ne pozdravi. Po kirurškem posegu je omejena vožnja motornih vozil za teden dni ali več (1, 3).

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Če je prizadeta roka dominantna, lahko vpliva na delovne naloge, kot je na primer pisanje. Posameznik mora začasno ali trajno prekiniti aktivnosti, ki lahko poslabšajo bolezen, kot so na primer ponavljajoči gibi. Trajanje začasne nezmožnosti za delo pa je odvisno od načina zdravljenja in vsebine dela, ki ga delavec opravlja. Po medikamentoznem zdravljenju je trajanje nezmo-

žnosti tudi do šest tednov, po kirurškem zdravljenju pa je predvideno trajanje začasne nezmožnosti za delo še nekoliko daljše. Psihosocialni dejavniki so pomembni za vračanje na delo. Okvara pri drsenju kit pri zaskočenem prstu ne spodbuja teženj po hlinjenju oziroma simulaciji težav (1, 3).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Najbolj učinkoviti preventivni ukrepi na delovnem mestu so ergonomske prilagoditve ter zmanjšanje ponavljajočih gibov rok in prstov. Delavcu, ki toži o težavah, je treba prisluhniti in mu svetovati glede načina dela. Dobro sodelovanje delodajalca in strokovnega delavca za varnost pri delu z izvajalcem medicine dela pomaga pri zaznavanju zgodnjih simptomov, saj slednji lahko svetuje glede prilagoditve delovnega mesta (1, 5).

Literatura

1. Reed P. *The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration, 5th Edition*, Westminster, Colo: Reed Group; 2005:2235-7.
2. Blazar EP, Aggarwal R. *Trigger finger (stenosing flexor tenosynovitis)*, 2019. [cited 2020 Mar 20]. Dostopno na: <https://www.uptodate.com/contents/trigger-finger-stenosing-flexor-tenosynovitis>.
3. Pečina M. *Sindromi prenaprezanja*. Zagreb; Globus; 1992:77.
4. Ivačev V, Macan J, Matulić M, Rakovac M, Rusan Z, Bobić TT, Rohde MV, Zgombić J. *Vježbe za prevenciju profesionalnih sindroma prenaprezanja gornjih ekstremiteta*. In: Macan J, Rusan Z eds. *Hrvatsko društvo za medicinu rada Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatsko društvo za sportsku medicinu Hrvatskog liječničkog zbora*. Zagreb, 2016:49.
5. Kermavnar T, Dodič FM. *Oblikovanje po meri človeka*. Ljubljana: UKC Lj, KIMDPŠ in Univerza v Ljubljani; 2013:33.

Vaje za prste rok, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Sanja MARKOVIĆ, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Vse vaje so primerne za izvajane na delovnem mestu v času aktivnega odmora. Število ponovitev posamezne vaje prilagodite svoji telesni zmogljivosti.

1. vaja

Vajo izvajajte sede. Komolec položite na mizo, zapestje in prsti naj bodo iztegnjeni. Naredite pest, palec naj bo prek prstov. Nato prste iztegnite in jih razmaknite. Večkrat ponovite. Vajo lahko izvajate posamično za vsako roko ali obe hkrati.

2. vaja

Vajo lahko izvajate sede ali stoje. Dlan z iztegnjenimi prsti položite na mizo. Prste razmaknite, nato jih stisnite skupaj. Vajo lahko izvajate posamično za vsako roko posebej ali obe hkrati.

3. vaja

Vajo lahko izvajate sede ali stoje. Dlan z iztegnjenimi prsti položite na mizo. Dvignite vsak prst posebej. Izvedete več ponovitev za vsako roko posebej.

Dodatna vaja

Za to vajo potrebujete elastiko ali manjši elastični trak. Izvajajte jo sede. Podlaket položite na mizo. Iztegnjene prste ovijte z elastičnim trakom. Prste razmaknite, kolikor lahko, ter položaj zadržite nekaj sekund. Vajo ponovite na drugi roki.

BOLEČINE V KOLKU

Nejc PLANINC, dr. med.,
specializant medicine dela, prometa in športa
Zdravstveni dom Ljubljana

1. Opredelitev težave

Kolk je sklep, ki povezuje spodnjo okončino s trupom in je njegova glavna naloga podpiranje telesne teže pri statičnih (stoja) in dinamičnih položajih (hoja, tek). Trije najpogostejši vzroki bolečine v kolku so artroza, zlom in vnetje kit (tendinitis), slednje je praviloma posledica športnih poškodb v predelu kolka. Zlomi največkrat nastanejo v predelu stegneničnega vratu, njihovo število narašča. Zlom vratu stegenice utрпи približno ena oseba na 205 prebivalcev, okoli 80 % vseh teh zlomov utrpijo osebe, starejše od 60 let, najbolj ogrožena skupina so ženske v postmenopavzalni dobi (1). Tudi degenerativna artroza kolka ni redka, najbolj pogosta je s spremljajočim vnetjem (t. i. osteoartritis). Po statističnih podatkih ima kolčni osteoartritis po 45. letu starosti skoraj vsaka deseta oseba, do 50. leta starosti je pogostejši pri moških, po 50. letu starosti pa pri ženskah (2).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Zlom vratu stegenice lahko nastane že zaradi delovanja majhne sile na degeneriran osteoporotično spremenjen kolčni sklep, pri zdravi kostnini pa zaradi vpliva velikih sil kot na primer pri prometnih nesrečah in padcih z višine (1). Med preostala tveganja za zlom vratu stegenice štejemo sladkorno bolezen, revmatoidni artritis, metastaze v kosteh in tudi pomanjkanje telesne dejavnosti, pa tudi šport (npr. tek na dolge proge). Večje tveganje za zlome imajo delavci, ki delajo na višini (padec) ali na terenu ter poklicni vozniki, zlom vratu stegenice se pojavlja tudi pri baletnikih in vojaki. Razlog je stresni zlom zaradi preobremenitve, natančen mehanizem nastanka ni poznan (3).

Najpomembnejši dejavnik tveganja za nastanek osteoartritisa kolka je težko fizično delo (zlasti dvigovanje bremen). Lahko se pojavi pri pretežno stoječem delu in pri opravilih, ki zahtevajo veliko hoje (zlasti po lestvi in stopnicah) – to so dela v kmetijstvu, rudarstvu, gradbeništvu, gasilstvu, živilski proizvodnji, dejavnosti čiščenja in nenazadnje v zdravstvu (4).

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Na zlom vratu stegenice kaže bolečina v predelu kolka, dimelj oziroma stegna takoj po dogodku, ki je privedel do zloma, včasih se občuti tudi prenesena bolečina v predelu kolena. Zdravljenje zloma vratu stegenice je kirurško in urgentno, saj posledice zloma lahko ogrožajo življenje (3). Glede na obseg poškodbe oziroma stopnjo zloma vratu stegenice kirurgi uporabijo vijake in/ali ploščice ali pa se opravi artroplastika (vsaditev umetnega sklepa), ki je lahko delna ali popolna. Okrevanje po operaciji je v dveh tretjinah primerov uspešno, najpomembnejši dejavnik je starost (1).

Na kolčni osteoartritis kažeta bolečina in omejena gibljivost sklepa. Zdravljenje se začne s protibolečinskimi zdravili ter fizioterapijo. Če to ne pomaga, se bolezen zdravi z blokadami (vbrizganje kortikosteroida v boleč kolčni sklep), osteotomijo (kirurško rezanje kosti) ali artroplastiko (2).

4. Ohranjanje aktivnosti

Ohranjanje aktivnosti po zlomu vratu stegenice je nadvse pomembno. Priporočljivo je, da posameznik začne telesno aktivnost takoj, ko je to mogoče, da se preprečijo zapleti (globoka venska tromboza, pljučna embolija, preležanine ter pljučnica). Večina delavcev se na delo vrne že v enem do štirih mesecih po operaciji. Vračanje na delo je odvisno od vrste dela. Pri sedečem delu ter lažji fizični aktivnosti bolniški stalež traja do sedem tednov, pri srednji fizični aktivnosti pa do šestnajst tednov. Po popolni artroplastiki zaradi zloma vratu stegenice lahko traja še dlje in je vrnitev na delo možna šele tedaj, ko smo prepričani, da ni prišlo do zapleta, kot je avaskularna nekroza glavice stegenice (odmrtje kosti zaradi motene prekrvavljenosti). Za delavce po zlomu vratu stegenice velja, da vsaj eno leto ne smejo dvigovati bremen, težjih od 20 kg. Pri pretežno stoječem delu priporočajo začasno premestitev na delovno mesto, ki je pretežno sedeče (3). Pri delavcih, ki po zlomu vratu stegenice potrebujejo pripomočke, kot so na primer bergle, hodulje, so smiselne prilagoditve delovnega mesta. Treba je skrajšati razdalje, ki jih mora delavec prehoditi po delovnem prostoru. Delovno mesto naj bo čim bližje vhoda oziroma izhoda, po tleh naj ne bo pragov ali drugih ovir.

V primeru osteoartritisa kolka približno 20 % delavcev lahko opravlja svoje delo, 6 % pa potrebuje prilagoditve oziroma omejitve glede dvigovanja bremen in/ali skrajšanje delovnega časa. Po uspešno izvedeni operaciji se nazaj na delo vrneta okoli dve tretjini delavcev. Osteoartritis kolka zaradi bolečine ne ovira samo opravi, katerih izvedba vključuje neposredno kolčni sklep, saj je zaradi hudih bolečin lahko prizadet tudi spanec. Težave lahko nastanejo tudi pri opravljanju del, ki zahtevajo visoko stopnjo pozornosti in zbranosti

(5). Zaradi dokazane povezanosti kolčnega osteoartritisa z mišično atrofijo in mišičnim neravnovesjem je smiselno ohranjati telesno dejavnost. Tako se zagotavlja stabilnost sklepa, zmanjšuje bolečina ter izboljšuje funkcija. Zato se pri blagem osteoartritisu svetuje vožnja s kolesom.

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Psihosocialni dejavniki, ki vplivajo na vračanje na delo, so pri zlomu vratu stegenice neraziskani. Opisano je, da pri vračanju na delo po zlomu vratu stegenice ugodno vpliva zakonski stan oziroma zunajzakonska skupnost, neugodno pa potrtoost oziroma depresija. Bolje poznani so psihosocialni dejavniki pri vračanju na delo pri osteoartritisu kolka. Ugoden vpliv imajo: nižja starost, bivanje v gospodinjstvu z več družinskimi člani, višji osebni dohodek, boljša telesna pripravljenost, manj pridruženih bolezni ter višja motivacija za delo (5).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Dobro mišično zdravje je za kolčni sklep skupaj s splošnim zdravjem nadvse pomembno. Primerne so vaje kot na primer izpadni korak, korakanje vstran v čepečem položaju z napeto elastiko med kolena, dvigovanje kolka na pručki, mali most z odmikom v kolkih ob uporabi elastike, zmerni poskoki ter zmeren tek.

Pomembno je, da se načrtujejo delovna mesta s čim manj gibalnimi ovirami, kot so talni pragovi ali previsoke stopnice.

Tudi za kolčni osteoartritis je promocija zdravja na delovnem mestu lahko ključna.

Namesto ročnega dvigovanja bremen naj se uporabijo pripomočki za dvigovanje. Delavce je treba naučiti, kako se bremena pravilno dvigujejo, tudi s pomočjo sodelavcev. Zdrav način življenja, ki obsega gibanje ter zmanjšanje čezmerne telesne teže oziroma ohranjanje ustrezne telesne teže, je predpogoj za ohranjanje zdravega kolčnega sklepa.

Literatura

1. Kazley J, Bagchi K. *Femoral Neck Fractures*. StatPearls. StatPearls Publishing; 2020 Jan–2020 Feb 27. [cited 2020 Mar 28]. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537347/>.
2. Lespasio MJ, Sultan AA, Piuzzi N, Khlopas A, Husni ME, Muschler GF, Mont MA. *Hip Osteoarthritis: A Primer*. *The Permanente Journal*. 2018 Jan; 22:17–84.
3. Carrow SD, Houser JD. *Trainees With Displaced Hip Fractures Present to Physical Therapy With Primary Complaint of Knee Pain*. *Military medicine*. 2017 Nov; 182(11):2095–8.
4. Yucesoy B, Charles LE, Baker B, Burchfiel CM. *Occupational and genetic risk factors for osteoarthritis: A review*. *Work*. 2015 Jan 1; 50(2):261–73.
5. Harris EC, Coggon D. *Hip osteoarthritis and work*. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2015 Jun; 29(3):462–82.

Vaje za kolke, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Ana KRT, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Vse vaje se izvajajo sede ali stoje, pripomočkov (razen tistih, ki jih najdemo v vsaki pisarni – stol, stena, stopnica) ne potrebujete. **Izberite trden in stabilen stol, ki nima koles.** Število ponovitev lahko povečate ali zmanjšate glede na svojo zmogljivost in razpoložljivi čas.

1. vaja

Izvajajte jo sede na stolu, z rokama se držite za rob mize. Kolena iztegnite in „strizite“ z nogama. Vajo izvajajte trideset sekund.

2. vaja

Izvajajte jo stoje, z rokama se držite za stol ali mizo. Iztegnjeno nogo dvigajte izmenoma nazaj in vstran. Gibe izvajajte v kolku, drža telesa naj pri tem ostane nespremenjena. Vajo izvajajte dvajset sekund z vsako nogo.

3. vaja

Izvajajte jo v širokem razkoraku nazaj. Obe roki položite na koleno pred seboj, drugo koleno naj ostane iztegnjeno. Kolke potisnite naprej in navzdol, zravnajte križ. Začutili boste razteg na sprednjem delu stegna in kolka iztegnjene noge. Položaj zadržite deset sekund, nato se sprostite. Enako ponovite z drugo nogo.

BOLEČINE V KOLENU

Mateja ŠINKO KOKOL, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
Zdravstveni dom Gornja Radgona

1. Opredelitev težave

Kolenski sklep je eden izmed velikih sklepov spodnjih okončin in je poleg kolka najbolj obremenjen sklep človeškega telesa. Je zveza med stegnenico, zgornjo površino golenice in pogačico, ki jih obdaja sklepna kapsula z zunanji in notranji ojačitvami (kolateralne vezi), v samem sklepu pa sta še dve drobni križni vezi. Vse te vezi dajejo kolenu stabilnost. Med stegnenico in golenico sta še dva meniskusa v obliki polmeseca, ki ščitita sklepni hrustanec pred prevelikimi obremenitvami (amortizerja). Najpogostejši vzroki bolečine v predelu kolena so obraba, vnetje ali poškodba sklepa. Bolečina nastane tudi zaradi vnetja kit, njihovih ovojnic ter mišic, kar je pogosto posledica prevelikih in ponavljajočih se obremenitev kolena. Velikokrat pa je bolečina prenesena tudi iz hrbtenice ali kolka.

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Poklicni dejavniki tveganja in razvoj obrabe sta neposredno in vzročno povezana. Obrabi kolenskega sklepa so izpostavljeni predvsem delavci, ki pri svojem delu opravljajo ponavljajoče počepe, upogibanje, klečanje in dvigovanje bremen. Debelost, ukvarjanje z nekaterimi vrhunskimi športi in pretekle poškodbe kolena pomenijo dodatno tveganje. Število poškodb in obrab se lahko prepreči oziroma zmanjša z ustrezno ureditvijo delovnega mesta (npr. čista in suha tla, nederseče hodne površine brez nepotrebnih ovir, označene poti za pešce). Delavcem pa je treba zagotoviti tudi primerno delovno opremo (npr. ustrezna zaščitna obutev, ščitniki za kolena) (1).

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Zdravljenje bolečin v kolenu je odvisno od vzroka, prilagojeno pa mora biti tudi bolnikovi starosti, dejavnosti, poklicu in delovnemu mestu ter spremljajočim zdravstvenim težavam. Pri obrabi kolena se zdravljenje začne z osnov-

nimi ukrepi, in sicer najprej z zmanjševanjem prevelikih sklepnih obremenitev, prilagoditvijo aktivnosti in zmanjševanjem telesne teže. Na začetku ima dober učinek tudi fizioterapija, bolečine pa se lajšajo s protibolečinskimi zdravili in znotrajsklepnimi injekcijami (blokadami). V zelo napredovalih stadijih pa je potrebna vstavev kolenske endoproteze. Zdravljenje preobremenitvenih sindromov se bistveno ne razlikuje od ukrepov pri zdravljenju artroz (2).

4. Ohranjanje aktivnosti

Bolečine v kolenu ni mogoče vedno preprečiti, lahko pa jo z nekaterimi ukrepi omilimo. Splošni ukrepi so: vzdrževanje primerne telesne teže, izogibanje daljšim statičnim obremenitvam kolena in pretiranemu klečanju, počepanju ter čezmerni hoji navkreber ali po neravnem terenu. Pri artrozah se priporoča še ustrezna obutev (z debelejšim in mehkejšim podplatom ter elastično peto), pri hoji razbremenjevanje s palicami ali berglami, pa tudi prilagoditve in/ali spremembe delovnega mesta. Pri poškodbah in preobremenitvenih sindromih bolečino zmanjšata počitek in mirovanje. Počitek naj bo pri poškodbah mehkih tkiv kratkotrajen, da ne pride do zapletov zaradi dolgotrajne nedejavnosti. Pri preobremenitvenih sindromih pa je treba dejavnost prekiniti, dokler bolečina popolnoma ne popusti. Nato sledijo aktivne vaje za pospešitev krvnega obtoka in pozneje vaje za krepitev poškodovanega dela (2, 3). Vaje se izvajajo z obema nogama, pri čemer je poudarek na šibkejši nogi. Ugodni učinki redne vadbe se pokažejo šele po mesecu dni ali še pozneje (2).

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Kronična bolečina v kolenu zaradi obrabe je zelo razširjena med delovno populacijo, starejšo od 50 let, posledica tega pa sta pogostejša bolniška odsotnost ter nižja produktivnost. Ti delavci se odločajo, ali bodo svoje zdravstvene težave zamolčali in delo nadaljevali brez posebnih prilagoditev delovnega mesta ali pa bodo delodajalcu razkrili resnost svojih bolečin, s čimer lahko tvegajo izgubo zaposlitve. Na delovnih mestih je namreč pogosto nerazumevanje sodelavcev in nadrejenih ob zdravstvenih težavah. Le redko pride do ergonomske ureditve delovnega mesta (4). Vračanje na delo po poškodbi kolena je odvisno od več sociodemografskih in delovnih značilnosti. Manjša verjetnost, da se bodo vrnile na delo, je pri ženskah, pri delavcih z nižjimi dohodki in poklicih, pri katerih so večje fizične obremenitve (5).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Pri obrabah in preobremenitvah je bolečine v kolenu mogoče preprečiti z rednimi vajami za vse stegenske mišice in hkrati ohranjanjem gibljivosti kolena. S tem vzdržujemo dobro moč mišic in dosežemo, da prevzamejo del obremenitev, ki se sicer prenesejo na sklep. Prvi ergonomski ukrep za preprečevanje bolečin v kolenih na delovnem mestu pa je razbremenitev pri počepih in klečanju.

Literatura

1. *Dulay GS, Cooper C, Dennison EM. Knee pain, knee injury, knee osteoarthritis & work. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;1-8. [cited 2020 Mar 29]. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2015.05.005>*
2. *Bricman I. Bolečine v kolenu. Zavod za razvoj družinske medicine. [Citirano: 2020 Mar 28]. Dostopno na: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/1-06.pdf>.*
3. *Roos EM, Arden NK. Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol. 2016;12(2):92-101. [Citirano: 2020 Mar 28]. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2015.135>*
4. *Agaliotis M, Mackey MG, Jan S, Fransen M. Perceptions of working with chronic knee pain: A qualitative study. Work. 2018;61(3):379-90.*
5. *Fan JK, McLeod CB, Koehoorn M. Sociodemographic, clinical, and work characteristics associated with return-to-work outcomes following surgery for work-related knee injury. Scand J Work Env Heal. 2010;36(4):332-8.*

Vaje za kolena, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Ana KRT, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Vse vaje se izvajajo sede ali stoje, pripomočkov (razen tistih, ki jih najdemo v vsaki pisarni – stol, stena, stopnica) ne potrebujete. **Izberite trden in stabilen stol, ki nima koles.** Število ponovitev lahko povečate ali zmanjšate glede na svojo zmogljivost in razpoložljivi čas.

1. vaja

Izvajajte jo stoje ob steni, stopala naj bodo od stene odmaknjena 20 cm in v širini ramen. Počasi drsite po steni navzdol, dokler niso kolena in kolki pod pravim kotom, in položaj zadržite dvajset sekund.

2. vaja

Izvajajte jo sede, roke prekrížajte na prsih. Vstanite in spet sedite na stol. Z različnimi višinami stola si lahko vajo otežite ali olajšate. Ponovite dvajsetkrat.

3. vaja

Izvajajte jo stoje, oprite se na stol. Koleno skrčite in se primite za gleženj. Koleno noge, na kateri stojite, naj ne bo ,zaklenjeno“. Gleženj potegnite k zadnjici in nagnite medenico naprej tako, da je koleno obrnjeni k tlom. Začutili boste razteg na sprednji strani stegna. Zadržite deset sekund in enako ponovite z drugo nogo.

BOLEČINE V GLEŽNJU

Viktor STRAUCH, dr. med.,
specializant medicine dela, prometa in športa
UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela,
prometa in športa

1. Opredelitev težave

Gležnji prenašajo vso telesno težo, zato so podvrženi obrabi ob poškodbah, predvsem ob večkratnih zvinih. Statistika kaže, da je vsaka deseta poškodba na delovnem mestu poškodba stopal in gležnja. Zaradi bolečine v gležnju trpi vsak četrti do peti posameznik, zato je treba te težave zgodaj prepoznati, zdraviti in rehabilitirati (1).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Za preprečevanje težav z gležnjem je ključno preprečevanje zdrsov in padcev na delovnem mestu, odstranjevanje drsečih snovi, potrebni sta dobra vidljivost in skrb za osvetlitev, predvsem na stopniščih. Delavci morajo biti previdni pri hoji, sploh pri prenašanju bremen. Stopnišča naj imajo na voljo oprijemališča in podeste. Delo na višini naj bo zavarovano z varovalno ograjo. Na stopniščih in lestvah naj bodo vsaj tri od štirih okončin v stiku s stopniščem in oprijemališči varovalnih ograj (2). Težišče telesa naj sledi koraku.

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Najpomembnejši cilj je vrnitev delavca v stanje pred poškodbo, če je le možno.

Pri zvinih gležnjev se prvih 48 ur svetujejo počitek, hlajenje, kompresija in dvig okončine. Postopno obremenjevanje gležnja je zaželeno, svetuje se opravljanje vaj za krepitev mišičja gležnja. Večina delavcev se lahko vrne na sedeče delo v enem do dveh tednih, na fizično delo po enem do dveh mesecih.

Zlomi se zdravijo konzervativno z imobilizacijo, ki je nameščena nekaj tednov in se odstrani, ko pride do zaraščanja zloma. Pri operativnem zdravljenju imobilizacije ni, poškodovanec se nauči hoje s polaganjem in nato s postopnim obremenjevanjem noge. Stopnja obremenjevanja je odvisna od zaraščenosti zloma. Vrnitev k opravljanju delovnih nalog lahko traja od treh do šestih mesecev, pri čemer je treba misliti na varnost in zmanjšanje delavčeve zmožnosti predvsem na začetku zdravljenja.

Obrabne spremembe gležnja se v prvih dveh letih javljajo z vztrajno bolečino, zatekanjem in togostjo sklepa. Ključni so izguba odvečne teže, protibolečinsko zdravljenje in fizioterapija. Pri napredovalih oblikah je potrebno kirurško zdravljenje, v končni fazi bolezni artroze sklepa je potrebno zatiranje sklepa. Po zatrditvi bolnik zatrjenega gležnja ne sme obremenjevati od dveh do šestih tednov. Večina bolnikov ima težave z neravnim terenom, 60 % jih ima težave z dolgotrajnim stanjem ali hojo. Delo na lestvah je možno ob dobrem izidu operacije (3).

4. Ohranjanje aktivnosti

Potrebno je sodelovanje zdravnikov ustreznih specialnosti, delavca, njegovega socialnega omrežja in delodajalca, da delavec bolečino dojame kot obvladljivo, neškodljivo in nezaznamujoče dejstvo. Ob daljšem vztrajanju bolečine v gležnju je potreben posvet s specialistom ortopedom. Kot način zdravljenja svetujemo počitek, kar pa ne pomeni nujno dolgotrajne odsotnosti z dela. Popolno prenehanje bolečine ni vedno potrebno za vrnitev na delovno mesto. Prepričanje, da je delovno mesto nevarno zaradi bolečine, je napačno. Osredotočimo se na to, kaj delavec zmore. Prilagoditev dela in delovnega mesta je ključna ter pomaga pri celostni rehabilitaciji delavca. Delavcu omogočimo spremembe in ustrezne prilagoditve (fleksibilnost) (4).

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Psihosocialni dejavniki vplivajo na uspešnost vrnitve delavca na delo. Med dejavnike posameznika spadajo: osebne lastnosti posameznika, perfekcionizem, predhodne duševne in vedenjske motnje (depresija, anksioznost, psihotične bolezni), dojemanje zdravja in bolečine, nagnjenost k somatizaciji. Med dejavnike delovnega mesta spadajo: zahteve delovnega mesta, pretirana ali prenizka obremenitev na delovnem mestu, stopnja avtonomije in možnosti vplivanja delavca na način opravljanja dela, monotono ali ponavljajoče (repetitivno) delo, zadovoljstvo na delovnem mestu in odnosi na delovnem mestu (5).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Pomembni sta skrb za krepitev mišic gležnjev in pravilna oskrba zvinov že pri mladih. Na delovnem mestu obutev z debelim in mehkim podplatom ter gumijasto peto varuje sklep.

Obstajajo bolniki, ki trpijo zaradi kronične bolečine. Pri takšnih bolnikih pridejo v poštev posebni načini obravnave z vidika celostne terapije bolečine, vključno s psihosocialnimi dejavniki (5).

Literatura

1. Conti, Stephen & Silverman, Lance. (2002). *Epidemiology of foot and ankle injuries in the workplace. Foot and Ankle Clinics of North America* 7(2):273–90. DOI: 10.1016/S1083-7515(02)00028-1.
2. Marras WS, Karwowski W. *Fundamentals and Assessment Tools for Occupational Ergonomics 1st Edition. CRC Press, Taylor & Francis Group. 2006:616–26.*
3. Palmer KT, Brown I, Hobson J. *Fitness for Work: The Medical Aspects, Fifth edition. Oxford University Press; 2013:233–67.*
4. Snashall D, Patel D. *ABC of Occupational and Environmental Medicine, Third Edition. John Wiley & Sons, Ltd. 2012:45–50.*
5. Howard C, March D, Ikram H, Lorentsen J, Howard J. *Lower Extremity Pain. V: Gatchel RJ, Schultz IZ eds. Handbook of Musculoskeletal Pain and Disability Disorders in the Workplace. Springer Science+Business Media New York. 2014:81–99.*

Vaje za gležnje in stopala, primerne za aktiven odmor na delovnem mestu

Ana KRT, dr. med.,
specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

Vse vaje se izvajajo sede ali stoje, pripomočkov (razen tistih, ki jih najdemo v vsaki pisarni – stol, stena, stopnica) ne potrebujete. **Izberite trden in stabilen stol, ki nima koles.** Število ponovitev lahko povečate ali zmanjšate glede na svojo zmogljivost in razpoložljivi čas.

1. vaja

Izvajajte jo stoje, oprite se na stol. Stopite na prste, položaj zadržite za kratek čas in se počasi vrnite v začetni položaj. Vajo ponovite desetkrat.

2. vaja

Izvajajte jo stoje, s hrbtom se naslonite na steno, kolena naj bodo rahlo skrčena. Dvignite sprednji del stopal in prstov. Začutili boste mišice sprednjega dela goleni. Vajo ponovite desetkrat.

3. vaja

Izvajajte jo stoje s petama preko roba stopnice. Po potrebi se primite za oporo. S težo telesa potisnite stopala navzdol tako, da začutite razteg na zadnji strani golenskih mišic. Vajo ponovite desetkrat.

BOLEČINE V PETI (AHILOVA TETIVA)

Urška FAKIN, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
Zdravstveni dom Lenart

1. Opredelitev težave

Ahilov tendinitis je ena najpogostejših poškodb gležnja in stopala predvsem zaradi preobremenitve – čezmerne raztegnitve ahilove tetive, lahko pa tudi zaradi nepravilne obutve. Najpogosteje prizadene aktivno populacijo srednjih let, predvsem fizične delavce, ki izvajajo ponavljajoče gibe in opravila kot na primer vzpenjanje po stopnicah, hojo po ravnem in stopnicah navzdol (1, 2). Incidenca z delom povezanega ahilovega tendinitisa ni znana, je pa znana incidenca med rekreativnimi tekači, in sicer znaša okoli 5,6 %. Pretrganina (ruptura) ahilove tetive je najpogostejša pri moških v starosti od 30 do 50 let. Nastane od 4 do 6 cm nad njenim narastiščem na petnico zaradi slabše prekrvljenosti tega področja (1, 3).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Ocenjujejo, da od 30 do 50 % delavcev opravlja delo na nogah (hoja in/ali stoječe delo) več kot štiri ure na dan. Večina teh delavcev je zaposlenih v predelovalni industriji (npr. proizvodni delavci, upravljavci strojev), gostinstvu, oskrbi živali, poštni dejavnosti, zdravstvu, igralniški dejavnosti, velikih pralnicah ipd. Ocenjujejo tudi, da vsak dan utrpi poškodbo gležnja ena na 10.000 oseb (1, 2).

Stoječe delo vpliva predvsem na prekrvavitev in napetost mišic spodnjih okončin. Najpogostejša bolezen, povezana s stoječim delom, je ahilov tendinitis.

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Večina bolnikov z ahilovim tendinitisom navaja oteklino in bolečino, ki jo občutijo nad področjem pete oziroma ob narastišču kite na peto ali v mečih, občutijo se tudi zatrdline v poteku kite, pogosto je predel narastišča

zadebeljen in boleč na otip. Tendinitis se največkrat zdravi s počitkom (dvig stopala), kompresijo (s povoji), hlajenjem ter protibolečinskimi zdravili.

Pretrganje ahilove tetive se zdravi kirurško ali nekirurško, temu sledi rehabilitacija. Kirurški poseg ima hitrejši ugoden izid, delavec se prej vrne na delovno mesto. Nekirurško poteka zdravljenje s počitkom z opornico ali mavcem do zacelitve (1).

Rehabilitacija temelji na zmanjšanju bolečine in vnetja, povečevanju gibljivosti gležnja z raztezovalnimi in krepitvenimi vajami, odkrivanju ter odpravi morebitnih biomehanskih nenormalnosti spodnjih okončin. Svetovana je raba mehkega stopalnega vložka v obutvi zaradi zmanjšanja pritiska na ahilovo tetivo (2, 3).

Po pretrganini ahilove tetive se rehabilitacija usmerja v povrnitev vzdržljivosti, proprioceptije, moči, popolne mobilnosti gležnja ter normalnemu vzorcu hoje. Zaradi preprečitve čezmerne aktivnosti mečnih mišic ter omogočanja tetivnega celjenja se do popolne zacelitve priporoča nošenje obutve z višino pete okoli 2,5 cm (3).

4. Ohranjanje aktivnosti

Kronični tendinitis zahteva premestitev na delovno mesto, na katerem se ne zahteva dvigovanje in prenašanje bremen ter plezanje, vključuje pa krajšo hojo ali krajše stoječe delo. Slednje velja tudi za pretrganino ahilove tetive, kjer se do popolne ozdravitve priporoča uporaba bergel. Dodatno se odsvetujeta vožnja avtomobila in vzpenjanje po stopnicah. Potrebni so pogostejši odmori za počitek. Ob predpisani uporabi opornice je možno začasno opravljanje sedečega dela (4). Preveriti je treba ustreznost delovno obutve.

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Delodajalec, pooblaščen specialist medicine dela, osebni zdravnik, strokovni delavec za varnost pri delu, kadrovska služba in skupina za promocijo zdravja pri delu morajo nuditi delavcu ustrezno podporo pri vračanju na delo. Delovne zahteve naj se postopoma povečujejo. Delavca je treba vključevati in informirati o organizacijskih spremembah, uvedenih v času njegove odsotnosti (5).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Svetuje se izvajanje več vrst ukrepov. Hodeče in stoječe delo, ki traja več kot štiri ure, se prilagodi tako, da je mogoča uporaba stola za oporo. Omogoči se menjavanje položajev telesa tako, da se delo izmenoma opravlja sede, stoje ali kot razbremenitev – z eno nogo pred drugo. Višina delovne mize ali pulta naj bo nastavljiva. Prilagoditi moramo talno površino s preprogami in/ali protizdrsnimi talnimi oblogami. Na stoječih delovnih mestih je treba zagotoviti prostor za stopala, za katerega se priporoča, da je globok 15 cm, visok 15 cm in širok 50 cm (4). Zelo zdravo je zmanjšanje telesne teže. Nosečnicam se zaradi obsega trebuha prilagodi delovno okolje oziroma se jih premesti na drugo delovno mesto. Stoječe in sedeče delo se jim omeji na največ dve uri neprekinjeno. Ustrezna obutev omogoča dobro blaženje pritiska, podpiranje stopalnega loka in odpravo razlik v dolžini nog (4).

Literatura

1. Hong-Yun L, Ying-Hui H. "Achilles Tendinopathy: Current Concepts about the Basic Science and Clinical Treatments." *BioMed research international*; 2016. [Citirano: 2020 Mar 30]. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112330/>.
2. Reed P. Repair, Ruptured Achilles tendon. In: Reed P. *The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration. Fifth Edit.* Westminster, Colo.: Reed Gro-up; 2005:1842-44.
3. Kuhta M, Moločnik A. *Diferencialna diagnoza bolečine v gležnju in kirurško zdravljenje. II. Sušnikovi dnevi, Poklicna rehabilitacija; 2014*
4. *Occupational health clinics for Ontario workers. Working on your feet.* [Citirano: 2020 Mar 30]. Dostopno na: https://www.ohcow.on.ca/edit/files/general_handouts/WorkingonYourFeet.pdf.
5. *E-guide to managing stress and psychosocial risks.* [cited 2020 Mar 30]. Dostopno na: <https://osha.europa.eu/sl/tools-and-resources/e-guides/e-guide-managing-stress-and-psychosocial-risks>.

BOLEČINE V STOPALU

Vanja KASTELIC, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
Medicinski center Krka, d. o. o.

1. Opredelitev težave

Bolečina v stopalu je neprijetna senzorična in čustvena izkušnja, ki sledi predhodni poškodbi tkiva distalno od piščali oziroma mečnice. Prisotna je pri tretjini odraslih oseb. Povezana je z manjšo mobilnostjo, zmanjšano močjo v nogah in povečanim tveganjem za padce (1).

Vzroki so številni, pogostost je večja pri ženskah in narašča s starostjo. Pomemben vzročni dejavnik je slaba obutev, predvsem nošenje premajhnih čevljev ali čevljev s pomanjkljivo oporo in strukturo (npr. visoke pete, sandali, natikači) (2). Posledice povečanega mehanskega pritiska bodisi pri kratkih obremenitvah ob velikih silah, pri dolgotrajnih obremenitvah ob majhnih silah ali pa ob ponavljajočih zmernih obremenitvenih silah so vnetje tetiv, stresni zlom, bradavice, otiščanci. Omejujoča bolečina v stopalu se lahko značilno pojavlja tudi v povezavi z bolečino v preostalih delih telesa, na primer z bolečino v kolku oziroma nogah ter v hrbtenici in/ali ramenih. Bolj pogosta je pri bolnikih s predhodno diagnosticiranim artritismom, sladkorno boleznijo in/ali kapjo (1).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Več dejavnikov je povezanih s tveganjem za bolečine v stopalu. Eden od pomembnih dejavnikov je dolgotrajno stoječe delo. Za zmanjšanje njegovega škodljivega vpliva predlagajo uporabo talnih podlog, vložkov za čevlje, kompresijskih nogavic in ergonomsko ureditev delovnega mesta, ki omogoča delo sede in stoje. Potrebna je pravilna izbira zaščitne delovne obutve, predvsem na delovnih mestih, ki vključujejo dolgotrajno delo v stoječem položaju in hojo po trdih površinah. Obutev vpliva na vzorec hoje, pritiske v predelu stopala, gibanje v sklepih in razporeditev sil. Pri hoji je obremenitev pete ob dotiku tal enaka dvakratni teži telesa, prenos sile prek pete je povečan pri trši podlagi. Ergonomsko oblikovana obutev povzroči delni naklon trupa nazaj in ima preventivni učinek tudi proti bolečinam v hrbtenici (3).

Hoja v neergonomski obutvi povzroča večji kót upogiba trupa in kolka ter tudi večji pritisk v predelu stopala v primerjavi z ergonomsko oblikovano obutvijo, ki je oblazinjena v sprednjem delu stopala in pete ter je na voljo za različne širine stopala.

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Klinični pregled je osnova pri postavljanju diagnoze nepravilnosti stopala. Ogled stopala v razbremenjeni poziciji in v poziciji nošenja teže telesa, hoja in sodelovanje kolen, kolkov in hrbtenice pri hoji so ključni pri kliničnem pregledu. RTG-slikanje stopala pomaga pri odkrivanju kostnih in sklepnih nepravilnosti, funkcionalno slikanje poda informacijo o funkciji stopalnih lokov, kit in tetiv. Ultrazvok pokaže vnetja ali poškodbe tetiv, sklepov in vezi. Najboljša diagnostična preiskava je računalniška tomografija, medtem ko je magnetno-rezonančna preiskava stopala vse bolj neizogibna pri načrtovanju operacij in za pooperativno sledenje (4).

Rehabilitacija je odvisna od osnovnega vzroka bolečine v stopalu. Lahko je konservativna, kar pomeni kombinacijo fizikalne terapije, uporabo bolj prilagodljive obutve ali uporabo ortotičnih pripomočkov (vložki za podporo stopalnemu loku pri metatarzalgiji, podpora zunanemu delu stopalnega loka pri plantarnem fasciitisu, dodatna oblazinjenja pri haluks valgusu). Po operativni terapiji je čas odsotnosti z dela dolg. Trajanje nezmožnosti za delo je namreč odvisno od osnovne diagnoze, načina zdravljenja ter vrste dela, ki ga delavec opravlja. Tako je pri metatarzalgiji pri težkem fizičnem delu trajanje nezmožnosti za delo od treh do sedmih tednov, po težjih operativnih posegih, na primer po operaciji haluks valgusa, pa je optimalno trajanje nezmožnosti za delo pri težkem fizičnem lahko tudi do dvanajst tednov (5).

4. Ohranjanje aktivnosti

Popolna nezmožnost za delo je omejena na začetno stopnjo boleznih, pri katerih so v ospredju bolečina, vnetje, celjenje po operativnem posegu. Z ublažitvijo težav akutne faze se začne postopno vračanje na delovno mesto. Pri pretežno stoječih delovnih mestih in tistih, kjer je potrebna dolgotrajna hoja, moramo začasno omejiti izključno stoječe delo, počepe, hojo (5).

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Biopsihosocialni pogled na zdravje razlaga bolečino v stopalu kot medsebojno vplivanje bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. To zajema telesnoblečinski dražljaj, prepričanja o bolečini, strategije obvladovanja, razpoloženje, socialno in kulturno okolje ter osebna pričakovanja (2). Zahtevne dela, vzdušje v delovnem okolju ter zadovoljstvo z delom so pomembni dejavniki, ki vplivajo na vračanje na delo.

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Visok delež nepravilno prilegajoče obutve delavcev kaže, da je treba večji poudarek nameniti izobraževanju o izbiri pravilne obutve, tako do bodo posamezniki bolj ozaveščeni o merah svojega stopala in primerni velikosti čevljev. Delodajalci morajo delavcem zagotoviti širši nabor delovne in zaščitne obutve, vključno z različnimi širinami pri posamezni velikosti.

Literatura

1. Hawke F, Burns J. *Understanding the nature and mechanism of foot pain. J foot ankle res.* 2009; 2:1.
2. Rao S, Riskowski JL, Hannan MT. *Musculoskeletal conditions of the foot and ankle: assessments and treatment options. Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2012;26(3):345-68.
3. Ochsmann E, Noll U, Ellegast R, Hermanns I, Kraus T. *Influence of different safety shoes on gait and plantar pressure: a standardized examination of workers in the automotive industry. J Occup Health.* 2016;58(5):404-12.
4. Bálint GP, Korda J, Hangody L, & Bálint PV. *Foot and ankle disorders. Best Practice & Research Clinical Rheumatology.* 2003;17(1):87-111.
5. Reed P. *The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration 5th Edition. 5th ed. Westminster, Colo: Reed Group; 2005:1664-6.*

REVMATSKE BOLEZNI

Anja PODLIPEC, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
Ministrstvo za notranje zadeve

1. Opredelitev težave

Revmatske bolezni sodijo med najpogostejša kronična kostno-mišična obolenja in pestijo vse starostne skupine. Pogosta posledica revmatskih bolezni so različne vrste funkcionalne prizadetosti, zaradi česar je potrebno stalno zdravstveno spremljanje obolelih. Poznamo več kot 150 revmatskih bolezni, ki jih razvrščamo v dve veliki skupini: vnetne in nevnetne revmatske bolezni. Sklepamo, da ima približno 5 % prebivalstva kronične vnetne revmatske bolezni (1). Običajno prizadenejo en sklep (artritis), lahko pa tudi več sklepov (poliartritis). Vnetje poteka na notranji sklepni ovojnici, nato se spremembe razširijo še na druge sklepne dele.

Revmatoidni artritis je kronična sistemska avtoimunska bolezen, ki prizadene simetrično predvsem male sklepe rok in stopal, lahko pa tudi kateri koli drug organski sistem. Je najpogostejša revmatska bolezen v razvitem svetu, prizadene približno 1 % ljudi, ženske so bolezni podvržene trikrat pogosteje kot moški (2,3).

Ankilozirajoči spondilitis je kronična sistemska vnetna revmatska bolezen, za katero je značilno vnetje hrbtenice in sklepov med križnico in medenico. Osnovno bolezensko dogajanje poteka na narastiščih vezi, kit in ovojnic na kost, kjer pride sprva do vnetja, nato se razrašča vezivo, v zadnji fazi bolezni pa se v vezivo nalaga kalcij, kar privede do zakostenitve. Za to boleznijo trpi od 0,1 do 1,4 % prebivalstva, moški zbolijo dvakrat do trikrat pogosteje kot ženske (4).

Sistemska skleroza je redka kronična progresivna bolezen vezivnega tkiva. Bolezen se pojavlja v dveh oblikah: lokalizirani, pri kateri sta prizadeta koža in podkožje (koža postane svetleča in trda), ter v sistemske obliki, ko bolezen poleg kože zajame še notranje organe. Ženske zbolijo za boleznijo od tri- do osemkrat pogosteje kot moški, prvi simptomi se pojavijo v starosti 30 do 40 let (5).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Za vnetne revmatske bolezni velja, da delovno mesto praviloma ni vzrok za njihov nastanek. Bolezenske simptome pa poslabšajo hladno in vlažno delovno okolje, izpostavljenost prisilnim držam in težka bremena (5). Zaradi poslabšanj so revmatski bolniki pogosto v bolniškem staležu, kar pomeni velik ekonomski in socialni problem.

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Vnetne revmatske bolezni tudi v sodobnem času ostajajo neozdravljive. Zgodnja postavitve diagnoze ter intenzivno zdravljenje vnetih sklepov in vezivnih tkiv je ključnega pomena za uspešno ohranitev njihove funkcije. Zdravila, ki se uporabljajo pri zdravljenju vnetnih revmatskih bolezni, so nesteroidni antirevmatiki in analgetiki (simptomatska zdravila), glukokortikoidi (protivnetno delovanje), sintetizirana ter biološka imunomodilirajoča zdravila (3).

Metode fizikalne in rehabilitacijske medicine so pomembno dopolnilo farmakološkega zdravljenja revmatskih obolenj; vključujejo različne vrste fizioterapevtskih postopkov, kot so kinezioterapija (različne vrste vaj), hidroterapija, termoterapija, nizkoenergijski laser, elektroterapija, dihalne vaje ter delovna terapija. Sestavni del rehabilitacije revmatika so tudi opornice, ki učinkovito zmanjšajo bolečino pri gibanju, sprostijo mišice ter zmanjšajo pritisk na sklepno ovojnico. Pomembno je, da z rehabilitacijo revmatika začnemo čimprej, da se prepreči nastanek deformacij in skrajšav mišic ter njihovo slabenje. Dela, ki zahtevajo fine motorične spretnosti, se lahko izkažejo za težavna, če so prizadeti sklepi rok (5).

4. Ohranjanje aktivnosti

Pri osebah z revmatoidnim artritisom je pomembna ergonomska prilagoditev delovnega mesta. Ustrezno delovno mesto je tisto, kjer imajo oboleli delavci možnost počitka pri delu ob nastanku bolečine, utrujenosti in zatekanja sklepov. Pomembno je, da se izogibajo sklonjenim položajem in dvigovanju težkih bremen ter da lahko menjajo položaj vsakih dvajset do trideset minut (5). Zanje je bolj primerno sedeče delo. Če ankilozirajoči spondilitis povzroči deformacije hrbtenice, težka dela niso več možna in je potrebna prekvalifikacija na druga poklicna področja, kjer ni velikih fizičnih obremenitev.

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Pri kroničnih boleznih imajo pomemben vpliv psihološki dejavniki, kot so anksioznost, de-presija in nezmožnost soočiti se z boleznijo (1). Pri revmatoidnem artritisu je na začetku bolezni nezmožnost za delo omejena na krajša obdobja, ko pa bolezen napreduje, nezmožnost za delo postane trajna. Študije kažejo, da postane od 20 do 30 % bolnikov za delo nezmožnih že v prvih dveh do treh letih po začetku bolezni. Za ankilozirajoči spondilitis je značilno, da bolniki kljub utrujenosti ter zmerni bolečini zaradi otrdelosti sklepov ohranijo sorazmerno dobre funkcionalne sposobnosti in zmožnost za delo. Pri osebah s sistemsko sklerozo pa morajo biti pri vračanju na delo prilagoditve zaradi različnih simptomov individualizirane glede na potrebe bolnika. Soočenje z vnetnimi revmatskimi boleznimi zaradi pričakovanih omejitev pri delu zahteva odkrito sodelovanje in zaupanje med delavcem in delodajalcem, sicer se odnosi lahko zapletejo v nerešljiv problem.

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Revmatske bolezni sodijo med najpogostejše razloge za delovno nezmožnost in zgodnjo upokojitvev, zato pomenijo velik socialni in ekonomski problem (1). Bolnike je treba spodbujati, da krepijo lastno zdravje s tem, da redno izvajajo priporočene vaje.

Literatura

1. Jokar M, Jokar, M. *Prevalence of Inflammatory Rheumatic Diseases in a Rheumatologic outpatient clinic: analysis of 12626 cases. Rheumatology Research, 2018;3(1),21-7.*
2. Novak P. (). *Rehabilitacija pacientov z revmatoidnim artritisom. Rehabilitacija (Ljubljana), 2011; letnik 10, supl. 1.*
3. Ostrovršnik J, Tomšič M. *Sodobno zdravljenje revmatoidnega artritisa. Rehabilitation/Rehabilitacija, 2014;13(1).*
4. Kim Y, Oh HC, Park JW, Kim IS, Kim JY, Kim KC, Chae D, Jo WL, Song JH. *Diagnosis and treatment of inflammatory joint disease. Hip Pelvis. 2017 Dec;29(4):211-22. doi: 10.5371/hp.2017.29.4.211.*
5. Reed P. *The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration 5th Edition. 5th ed. Westminster, Colo: Reed Group; 2005:1865-8.*

VNETJA OBSKLEPNIH BURZ ZARADI PRITISKA

Ajda ERZAR, dr. med.,
specializantka medicine dela, prometa in športa
UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela,
prometa in športa

1. Opredelitev težave

Obsklepne burze so sluzne vrečke na mestih, kjer koža, mišice ali kite drsijo preko trših struktur, več kot 150 jih je. Locirane so okoli sklepov. Njihova glavna naloga je zmanjševanje trenja pri gibanju različnih delov telesa (1). Vnetje obsklepnih burz, ki ga povzroči stalen oziroma ponavljajoč pritisk na burzo, se imenuje burzitis. Pri akutnem burzitisu so del klinične slike oteklin, bolečina in zmanjšana gibljivost prizadetega slepa. Za razliko od znakov akutnega burzitisa se kronični burzitis kaže s topo bolečino v področju prizadete burze, ki nastane predvsem ob določenih gibih.

V literaturi poročajo, da se burzitis pojavljajo pri 3,2 % prebivalcev, v 80 % prizadenejo moške. Največ poklicnih boleznih obsklepnih burz je bilo odkritih v gradbeništvu (1).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Vnetje burz v predelu kolena (prepatelarni burzitis) se pojavlja pri delavcih, ki so izpostavljeni klečanju, nagibanju na kolena, počepanju in plazenju. Pogostejši je med rudarji, polagalci podov, gospodinjami, vodovodarji, gradbenimi delavci, vrtnarji in izdelovalci ostrešij (2). Pojavlja se tudi pri poklicnih športnikih, kot so na primer rokoborci in nogometaši.

Vnetje burz v predelu komolca (burzitis olekranona) povzroča pritisk na burzo v predelu komolca, ki nastane predvsem ob dolgotrajnem pritisku trde podlage na pokrčen komolec. Pogostejši je med rudarji, študenti, vojaki in vodovodarji (3).

Vnetje burz v predelu rame (subakromialni burzitis) sprožijo ponavljajoči se gibi zgornje okončine nad nivo ramen. Najbolj ogroženi so poklici, kjer mo-

rajo delavci ročno premikati bremena nad nivo ramen. Sem sodijo poklici v gradbeništvu, kmetijstvu in ribištvu, predelavi mesnih izdelkov, trgovini itn. Pojavlja se tudi pri poklicnih športnikih, kot so npr. kajakaši in rokometiši (4).

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Zgodnje zdravljenje je večinoma konzervativno, kar pomeni protibolečinsko farmakološko terapijo. Na začetku bolezni svetujemo počitek, mirovanje, hlajenje, aspiracijo tekočine in kompresijsko povitje, fizioterapijo in izogibanje gibom, ki povzročajo bolečino. Pri trdovratnejših težavah je ustrezno tudi vbrizganje (infiltracija) protivnetnih zdravil v predel burze. Če konzervativno zdravljenje ni uspešno, se odločimo za kirurško terapijo (5).

4. Ohranjanje aktivnosti

Delavci s kostno-mišičnimi obolenji morajo biti poučeni, da je počitek potreben v zgodnjem obdobju oziroma na začetni stopnji bolezni, nato pa je za popolno rehabilitacijo nujna postopna fizična aktivnost, ki naj bo uvedena in prilagojena po navodilu strokovnjaka. Zgodnje gibanje sklepa zmanjša možnost nastanka ob in znotraj sklepnih zarastlin, omogoča normalen pretok limfe in krvi, nastajanje kolagena ter ohranja dobro obklesno mišično funkcijo (2). Delavca je ob tem smiselno poučiti o skrbi za redno telesno dejavnost in primerno telesno težo. Če so vzrok za vnetje burz obremenitve na delovnem mestu, je povratek na isto delovno mesto vprašljiv.

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Pred vračanjem na delo je treba določiti in preučiti morebitne psihosocialne dejavnike, ki vplivajo na pojav kostno-mišične bolezni. Pri delavcu z burzitisom se moramo med drugim osredotočiti na odpravljanje psihosocialnih dejavnikov (4): previsoka stopnja delovnih zahtev (npr. zmanjšanje fizičnih obremenitev), pomanjkanje avtonomije in nadzora nad delovnim procesom (npr. z uvajanjem možnosti vplivanja na urnik dela in razporeditev opravil med delovnikom), monotonost dela ter ponavljajoča se opravila (npr. delo se organizira tako, da omogoča kroženje na različnih delovnih mestih).

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Promocija dobrega mišičnega zdravja temelji na ukrepih za ergonomsko ureditev delovnih mest, izboljšanje organiziranosti dela in delovnega okolja ter za spodbujanje zaposlenih k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje. Kostno-mišična obolenja je mogoče preprečiti z upoštevanjem ergonomskih načel: z dostopnostjo uporabljenih predmetov, ki so zunaj priporočljivega delovnega predela zgornjih okončin (npr. nad višino ramen oziroma pod višino kolen; z uporabo mehkih podlag ali kolenčnikov pri plazenju ali klečanju; z omejitvijo pogostih ponavljajočih se gibov; uvajanjem električnih orodij namesto fizičnega dela in z zmanjšanjem točkovnega pritiska tako da robove predmetov, s katerimi prihaja delavec v neposredni stik, mehko oblazimo ali zaobljimo. Omogočiti je treba zadosti maneverskega prostora. Pri plazenju po kolenih je na primer pomembno, da so mere ožin primerne. Predvidimo mišični počitek med delom. Pri statičnem delu moramo delavcu zagotoviti aktivni počitek, med katerim se lahko gibata in razteza. Za dinamična dela pa predvidimo pasivni počitek. Najbolj optimalno je, če ima delavec določeno stopnjo avtonomije in nadzora nad tempom svojega dela (4).

Literatura

1. Butz M, Plinske W, Drexel G, Drechsel-Schund C. *Dokumentation der Berufskrankheiten – Geschehens in Deutschland. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Sankt Augustin 1999:1-163.*
2. Khodae M. *Common superficial bursitis. Am Fam Physician. 2017;95(4):224-31.*
3. McAfee JH, Smith DL. *Olecranon and prepatellar bursitis. Diagnosis and treatment. West J Med. 1988;149(5):607-10.*
4. Linaker CH, Walker-Bone K. *Shoulder disorders and occupation. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(3):405-23.*
5. Aaron DL, Kayiaros S, Calfee R. *Four Common Types of Bursitis: Abstract. 2011;19(6):359-67.*

FIBROMIALGIJA

Nuša ZUPAN, dr. med,
specializantka medicine dela, prometa in športa
ZVD Zavod za varstvo pri delu, d. o. o., Ljubljana

1. Opredelitev težave

Sindrom fibromialgije je etiološko in patogenetsko nerazjasnjeno bolezensko stanje. Zanj so značilni razpršena kostno-mišična bolečina, točke bolečnosti na pritisk v mišicah in kostno-mišičnih narastiščih, utrujenost, slab spanec, znižan bolečinski prag ter bolečina ob normalnih, nebolečih dražljajih. Vrsta in resnost bolezenskih znakov ni enaka pri vseh bolnikih. Čeprav je moteča, ni progresivna ali življenje ogrožajoča. Po podatkih epidemioloških raziskav fibromialgija prizadene 0,5 do 5 % populacije, razmerje ženske proti moškim je ocenjeno na 3 : 1. Približno v 80 do 90 % so prizadete ženske med dvajsetim in šestdesetim letom starosti (2). Prevalenca sindroma fibromialgije v Sloveniji ni poznana (1).

2. Okoliščine na delovnem mestu – osnova za preventivne ukrepe

Jasen vzročni dejavnik, ki sproži sindrom fibromialgije, ni poznan. Poznani pa so dejavniki tveganja, ki povečajo verjetnost za njen razvoj. Med zunanje dejavnike uvrščamo reaktivna psihična stanja, okužbe, hormonske motnje, čezmerno telesni napor, dolgotrajen čezmeren hrup okolja v nočnem času, poškodbe skeleta, ki se neugodno celijo in tudi nihajne poškodbe vratne hrbtenice (1).

3. Zgodnje zdravljenje in rehabilitacija

Fibromialgija večinoma ni (dokončno) ozdravljiva. Bolnika moramo poučiti o naravi bolezni, saj je pomembno, da prevzame aktivno vlogo pri zdravljenju (1). Diagnozo postavimo na podlagi izsledkov kliničnega pregleda (ki so sicer neznačilni) in anamneze (2). Ciljane laboratorijske preiskave in drugi diagnostični postopki so potrebni ob utemeljenem sumu, da je sindrom fibromialgije sekundaren. Pri postavitvi diagnoze uporabljamo leta 2016 obnovljena diagnostična merila Ameriškega revmatološkega združenja, s katerimi opredelimo tudi stopnjo resnosti fibromialgije (1).

Glavni cilj zdravljenja je, da bolniku zmanjšamo bolečino, hkrati pa poskušamo urediti razmere v njegovem delovnem in družinskem okolju. Učinkovito zdravljenje ni farmakološko, temveč interdisciplinarno in individualno prilagojeno. V Sloveniji poteka interdisciplinarni rehabilitacijski program za bolnike s kronično nerakavo bolečino v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS – Soča. Cilj rehabilitacije je ohranitev funkcije posameznika kljub kroničnim omejitvam, ki so neločljivo povezane s fibromialgijo. Zdravljenje je lahko neuspešno zaradi neželenih stranskih učinkov zdravil ali pa zaradi bolnikovega vedenja ob samoomejevanju osebnih ali poklicnih dejavnosti vsakdanjega življenja (2).

4. Ohranjanje aktivnosti

Stopnja zaposlitve pri ljudeh s fibromialgijo se geografsko razlikuje in je od 34 do 77 % (3). Po podatkih iz literature je povprečno trajanje nezmožnosti za delo zaradi fibromialgije 55 dni, lahko tudi več kot leto dni. Ker imajo bolniki bolečinske simptome ob običajno normalnem telesnem statusu in z normalnimi diagnostičnimi testi, ni objektivnega medicinskega merila, na podlagi katerega bi lahko predvideli zmanjšano delazmožnost ali invalidnost (2). Pri bolnikih s fibromialgijo je najbolj pomembno, da bolezen hitro prepoznamo.

Fibromialgije ne moremo preprečiti, se pa lahko bolezen pravočasno prepozna. Pomembno vlogo ima specialist medicine dela, prometa in športa, ki bolnika s fibromialgijo lahko prepozna na preventivnem zdravstvenem pregledu in ga usmeri v interdisciplinarno zdravljenje.

5. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na vračanje na delo

Za bolnike s fibromialgijo sta predvsem pomembna zgodnje zdravljenje in zgodnja vrnitev na delo. Vendar lahko zaradi dolgih čakalnih dob mine več mesecev ali celo več let, preden oboleli prejeme ustrezno terapijo. Zato so delavci s fibromialgijo pogosto v bolniškem staležu, ki je dolgotrajen. Zelo pomembne so bolnikove osebne značilnosti, motiviranost, pripravljenost za delo, vrednote ter podpora vodstva in sodelavcev. Za ohranitev delazmožnosti je treba delo hitro prilagoditi, da bolnik ostane v stiku z delovnimi aktivnostmi.

6. Promocija dobrega mišičnega zdravja

Leta 2011 se je začela skupna pobuda Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu, ki je predlagala akcijski načrt v šestih korakih. Z njim bi delavcem s kroničnimi boleznimi, kamor spada tudi fibromialgija, pomagali pri vračanju na delo, delodajalcem ohranitev delavca med zaposlenimi, hkrati pa bi dosegli izboljšanje splošnega zdravja delovne sile (4).

V nekaterih evropskih državah, na primer na Irskem, je vrnitev na delo pomemben cilj delodajalcev. Z delavcem so v stiku tudi v času bolniške odsotnosti, saj želijo spodbuditi zgodnjo prostovoljno vrnitev na delo (5). Slovenska zakonodaja takšnega načina ne dopušča. Zakon o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/2007 (ZVOP-1-UPB1)) namreč obravnava seznanitev delodajalca z diagnozo obolelega delavca ali načinom zdravljenja kot poseg v delavčevo zasebnost. Zaradi tega je sodelovanje delodajalca pri vračanju delavca na delovno mesto oteženo in je toliko bolj pomembno sodelovanje izvajalca medicine dela pri komunikaciji med delodajalcem in delavcem.

Literatura

1. Ambrozič A, Božič B, Čučnik S, Gašperšič N, Hočevar A. Žepna revmatologija. Gašperšič N, Aleš A, editors. Ljubljana: Društvo za razvoj revmatologije; 2019. 145-50.
2. Reed P. *The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration 5th Edition* title. 5th ed. Westminster, Colo: Reed Group; 2005:867-9.
3. Liedberg G. *Women with fibromyalgia: Work and rehabilitation. Disabil Rehabil.* 2005;27(12)(May 2014):685-95.
4. Knoche K, Sochert R, Houston K. *Promocija zdravega dela za delavce s kroničnimi boleznimi: Vodnik po dobrih praksah. European Network for Workplace Health Promotion - ENWHP. 2012.*
5. Conroy M. *Supporting an Injured Worker Return to Work.*:1-166.

EPIDEMIOLOGIJA KOSTNO-MIŠIČNIH OBOLENJ V DELOVNI POPULACIJI NA HRVAŠKEM

Roko ŽAJA, dr. med,
specializant medicine dela in športa
Univerza v Zagrebu, Medicinska fakulteta

V sodelovanju s Hrvaškim zavodom za zdravstveno zavarovanje smo preučili kostno-mišična obolenja v obdobju od leta 2011 do 2018 tako, da smo povzeli podatke o trajanju začasne zadržanosti od dela in številu zavarovancev, ki so bili v tem obdobju začasno zadržani od dela. Vzroke začasne zadržanosti od dela smo povzeli po X. Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10) (1), in sicer smo zajeli šifre bolezni M40-M54 (bolezni hrbta – dorzopatije). Podatke o trajanju začasne zadržanosti od dela in številu oseb v bolniškem staležu smo primerjali z nastalimi letnimi stroški za to časovno obdobje. Iz podatkov je razviden porast števila dni začasne zadržanosti od dela zaradi kostno-mišičnih obolenj predvsem na račun zavarovancev: leta 2011 je bilo začasno odsotnih z dela 50.124 zavarovancev skupaj 1.531.390 delovnih dni, leta 2018 pa kar 94.709 zavarovancev skupaj 2.558.331 delovnih dni (2).

V treh opazovanih letih, od 2016 do 2018, je v skupini M40-M54 (bolezni hrbta):

- leta 2016 izostalo od dela 54.009 zavarovancev skupaj 1.249.040 delovnih dni,
- leta 2017 izostalo od dela 61.425 zavarovancev skupaj 1.349.569 delovnih dni,
- leta 2018 pa 68.455 zavarovancev skupaj 1.492.406 delovnih dni.

Leta 2018 je bilo zabeleženo tudi pomembno število drugih okvar medvretenčne ploščice M51.8, od dela je bilo zadržanih 10.714 zavarovancev skupaj 510.015 delovnih dni. Prav tako je bilo zabeleženo pomembno število neopredeljenih okvar medvretenčne ploščice M51.9, zaradi česar je bilo od dela zadržano 16.073 zavarovancev skupaj 356.559 delovnih dni.

Pregledani so bili tudi izdatki za nadomestila začasne zadržanosti od dela:

- največji izdatek so v obdobju od leta 2016 do 2018 povzročile bolečine v križu s šifro M54.5; nadomestila so leta 2016 znašala 6.883.301 € in približno enako leta 2017 (6.816.019 €), leta 2018 pa že 7.475.510 €;
- visok izdatek so leta 2018 pomenile druge okvare medvretenčne ploščice (4.485.793 €) in druge bolezni hrbta, ki niso uvrščene drugje – M53 (1.678.874 €).

Vodilne diagnoze za začasno zadržanost od dela:

- bolečine v križu s šifro M54.5 so bile leta 2018 vodilna diagnoza po številu dni začasne zadržanosti od dela in po številu zavarovancev, saj je bilo 36.183 zavarovancev odsotnih z dela skupaj 605.667 delovnih dni,
- sledil je lumbago (bolečina v križu) z išiasom M54.4, zaradi česar je bilo 16.085 zavarovancev odsotnih z dela skupaj 479.022 delovnih dni,
- zaradi bolečin v hrbtu M54.9 pa je bilo začasno zadržanih od dela 8.022 zavarovancev skupaj 140.345 delovnih dni.

Po hrvaški Nacionalni klasifikaciji dejavnosti je bila v obdobju od leta 2016 do 2018 največja začasna zadržanost od dela v dejavnosti bolnišnic. Te so bile leta 2018 na prvem mestu z 80.427 delovnih dni začasne zadržanosti od dela, sledijo pa trgovina na drobno v nespecializiranih prodajalnah, druga trgovina na debelo, splošna dejavnost javne uprave ter gradnja stanovanjskih in nestanovanjskih stavb (2).

Pravočasno in redno izobraževanje delovno aktivne populacije je nujen pogoj za varovanje zdravja kostno-mišičnega sistema (3). Glede na ogroženost zdravstvenih delavcev v bolnišnicah (4, 5) se izvaja na dodiplomskem študiju medicine in zdravstva Medicinske fakultete Univerze v Zagrebu posebno izobraževanje, vsebinsko usmerjeno k varovanju zdravja prihodnjih zdravstvenih delavcev in tudi njihovih bolnikov. Študenti zdravstva so tudi zdravstveni delavci in pridobljena znanja o ergonomiji svojega delovnega mesta lahko hitro vnesejo v zdravstvene delovne skupine, v katerih opravljajo svoje delo. Po drugi strani pa študentje šestega letnika medicinske fakultete neposredno pred vstopom v delovno razmerje pridobijo tudi znanje o poklicnih tveganjih za nastanek kostno-mišičnih obolenj, ki jih povzročajo neustrezne statične in dinamične obremenitve na njihovih prihodnjih delovnih mestih in/ali na delovnih mestih njihovih bolnikov. Najprej jih učimo prepoznavati in opisati obremenitve pri delu s prikazom primerov, nato pa s pripravo standardne delovne anamneze, ki vsebuje nekatere podatke: poklic, delo, skupna delovna doba, opis prejšnjih in zdajšnjega delovnega mesta, popis izvedenih tehničnih in organizacijskih varnostnih ukrepov in uporaba osebnih varovalnih sredstev, trajanje bolniškega staleža in izvedenska mnenja, torej odločitve izvedencev s področja pokojninskega zavarovanja

in socialnih služb. Študentje morajo pridobiti znanja o potrebnih odmorih in telesni aktivnosti. Z osvojitvijo teh znanj lahko naši študentje in prihodnji zdravstveni delavci ob pravilnem opravljanju lastnega dela pomembno pripomorejo k zmanjšanju ali vsaj počasnejšemu razvoju kostno-mišičnih obolenj pri zdravstvenih delavcih.

Literatura

1. *X. mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*
2. *Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. [Citirano: 2020 April 10]. Dostopno na: <https://www.hzzo.hr/o-zavodu/izvjesca/>*
3. *Khalili Z, Tosanloo MP, Safari H, Khosravi B, Zakerian SA, Servatian N et al. Effect of educational intervention on practicing correct body posture to decrease musculoskeletal disorders among computer users. J Educ Health Promot. 2018;7:166.*
4. *Hafner ND, Milek DM, Fikfak MD. Hospital Staff's Risk of Developing Musculo-skeletal Disorders, Especially Low Back Pain. Zdr Varst. 2018;57(3):133-39.*
5. *Epstein S, Sparer EH, Tran BN, Ruan QZ, Dennerlein JT, Singhal D s sod. Prevalence of work-related musculoskeletal disorders among surgeons and interventionalists: a systematic review and meta-analysis. 2018;153(2):e174947.*

POKLICNA KOSTNO-MIŠIČNA OBOLENJA NA HRVAŠKEM

Karmen BRADVICA-KELAVA,
dr. med, specializantka medicine dela in športa
Hrvaški zavod za javno zdravje

V skladu z zakonodajo Republike Hrvaške je poklicna bolezen tista bolezen, za katero se dokaže, da je posledica delovanja škodljivosti na delovnem mestu in/ali v delovnem okolju, pri čemer je jakost in trajanje izpostavljenosti škodljivosti tolikšna, da povzroča okvare zdravja. Za dokazovanje poklicne bolezni je predpisano, kako se upošteva v medicini dela določene postopke obravnave (algoritme), kjer je treba upoštevati delovno anamnezo, povezanost bolezni z izpostavljenostjo pri delu, klinično sliko z okvarjeno funkcijo in/ali morfologijo tarčnih organov ali organskih sistemov, za katere je dokazano, da jih lahko povzroča določena škodljivost pri delu; in tudi potrditi okvare z izvidi diagnostičnih preiskav (1, 2). Ob sumu na poklicno bolezen se postopek verifikacije začne na hrvaškem zavodu za zdravstveno zavarovanje z izpolnitvijo obrazca za prijavo poklicne bolezni, ki jo izpolni zdravnik družinske medicine, ko prejme mnenje pooblaščenega specialista medicine dela oziroma dela in športa ter delodajalca. V nadaljevanju postopka je treba priložiti merodajne medicinske izvide in dokumentacijo, ki izkazuje izpostavljenost na delovnem mestu. Sam postopek verifikacije poklicne bolezni izvajajo specialisti medicine dela oziroma dela in športa službe za medicino dela hrvaškega zavoda za javno zdravje na zahtevo hrvaškega zavoda za zdravstveno zavarovanje (3).

Bolezni, ki se lahko verificirajo kot poklicne bolezni, so navedene na seznamu profesionalnih bolezni v 57 točkah, od katerih so štiri točke vezane na poklicna kostno-mišična obolenja. To so: bolezni, ki jih povzročajo vibracije roka-dlan (poškodbe perifernih žil in živcev, kosti, sklepov, tetiv in obsklepnih tkiv), bolezni, povzročene z vibracijami, ki se prenašajo na celo telo (okvare intervertebralnega diska ledvene hrbtenice), sindromi preobremenitev, povzročeni s kumulativno travmo (ponavljajoči se gibi, uporaba sile, nefiziološki položaj, vibracije, pritisk) ter burzitis in poškodbe meniskusa kolena, povezane z dolgotrajnim delom v klečečem in čepečem položaju (2).

Vse priznane poklicne bolezni se vodijo v registru poklicnih bolezni, čigar skrbnik je služba za medicino dela hrvaškega zavoda za javno zdravje. Iz analize podatkov od leta 2011 do 2018 je razvidno, da je bilo priznanih 1.745 poklicnih bolezni, od katerih večina, kar 1.224, spada med poklicne bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu, medtem ko je bilo vseh drugih poklicnih bolezni 521. Poklicnih bolezni, priznanih pod zaporednimi številkami 37.1, 37.2, 41 in 42 seznama poklicnih bolezni oziroma tistih, ki jih lahko uvrščamo med poklicna kostno-mišična obolenja, je bilo v omenjenem obdobju skupaj 275, najpogosteje so bile priznane bolezni pod zaporedno številko 41, ki vključuje sindrome preobremenitev, povzročene s kumulativno travmo, in to v 171 primerih, število pa se očitno povečuje. Po podatkih hrvaškega zavoda za zdravstveno zavarovanje za obdobje od leta 2011 do 2018 so bile bolezni, priznane pod zaporedno številko 41, vzrok najdaljših začasnih zadržanosti od dela. Sindrom karpalnega kanala (šifra G 56.0 po X. reviziji Mednarodne statistične klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov) je bil najpogostejša diagnoza, priznana kot poklicna bolezen v skupini kostno-mišičnih obolenj, in to večinoma pri delavcih v predelovalni dejavnosti (4).

Ker poklicna kostno-mišična obolenja zavzemajo vse večji delež poklicnih bolezni na Hrvaškem, moramo v ospredje postaviti preventivo. Hrvaški zavod za javno zdravje sodeluje v formalnem izobraževanju specializantov medicine dela in športa, ki bodo v svojem poklicnem delu obiskovali delovna mesta in preprečevali tveganja za nastanek kostno-mišičnih obolenj delavcev. Prav tako zavod organizira seminarje, namenjene strokovnjakom varstva pri delu ter delavcem in delodajalcem, in izobražuje širšo javnost prek javno dostopnih smernic, vodičev, letakov in katalogov (5). Kot največji izziv na tem področju v prihodnje se kaže potreba po čim bolj zgodnjih preventivnih dejavnostih, in sicer že v času poklicnega izobraževanja; po izobraževanju specialistov drugih strok, posebno tistih, ki sodelujejo v diagnostiki, zdravljenju in rehabilitaciji kostno-mišičnih obolenj, kot tudi potreba po praktičnem izobraževanju na delovnih mestih s ciljem varovanja zdravja in po ohranjanju populacije v delovnem okolju.

Literatura

1. *Zakon o listi profesionalnih bolesti (NN 162/1998)*. [Citirano: 2020 April 10]. Dostopno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1998_12_162_1994.html.
2. *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o listi profesionalnih bolesti (NN 107/2007)*. [Citirano: 2020 April 10]. Dostopno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_10_107_3137.html.
3. *Profesionalna bolest*. [Citirano: 2020 April 10]. Dostopno na: <https://www.hzzo.hr/zastita-zdravlja-na-radu/profesionalna-bolest/>.
4. *Profesionalne bolesti u Republici Hrvatskoj*. [Citirano: 2020 April 10]. Dostopno na: <https://www.hzzzs.hr/index.php/porefesionalne-bolesti-i-ozljede-na-radu/profesionalne-bolesti/profesionalne-bolesti-u-republici-hrvatskoj/>.
5. *Edukacija I smjernice*. [Citirano: 2020 April 10]. Dostopno na: <http://www.hzzzs.hr/index.php/edukacija-i-smjernice/>.

O EVROPSKI KAMPANJI ZDRAVO DELOVNO OKOLJE 2020-22: NAREDIMO BREME LAŽJE ZA ZDRAVA DELOVNA MESTA

Povzeto po gradivu, ki ga je pripravila Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu

Po podatkih Eurostata 60 % vseh delavcev v EU, ki imajo z delom povezane zdravstvene težave, navaja kostno-mišična obolenja kot svojo najresnejšo težavo. Iz 6. evropske raziskave o delovnih pogojih (Eurofound, 2015) izhaja, da v EU-28 kar trije delavci od petih tožijo o kostno-mišičnih obolenjih. Najpogosteje delavci poročajo o težavah s križem in bolečinah v mišicah zgornjih okončin. Podatki 3. evropske raziskave podjetij o novih in nastajajočih tveganjih (EU-OSHA, 2019) razkrivajo, da so kostno-mišična obolenja in psihosocialna tveganja najpogostejša težave na evropskih delovnih mestih. Ponavljajoči se gibi rok (65 %), dolgotrajno sedenje (61 %) in ukvarjanje s težavnimi strankami, pacienti, učenci in drugimi strankami (59 %) so najpogostejša tveganja, o katerih so poročala podjetja in organizacije iz EU-27.

Z delom povezana kostno-mišična obolenja so eden od najpogostejših vzrokov za invalidnost in odsotnost z dela ter so velik strošek za posameznika, podjetje, zdravstveno in pokojninsko blagajno ter družbo kot celoto. Zato sodi preprečevanje z delom povezanih kostno-mišičnih obolenj in s tem izboljšanje zdravja ter dobrega počutja delavcev med prednostne naloge vseh strategij EU na področju varnosti in zdravja pri delu od leta 2002 naprej.

Zaradi zgoraj navedenih dejstev se je Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu odločila, da bo v obdobju od leta 2020 do 2022 znova izvedla kampanjo ozaveščanja o kostno-mišičnih obolenjih, povezanih z delom.

Ob tem velja omeniti, da je v prid kampanji govorilo tudi dejstvo, da so se številna podjetja in organizacije v času pandemije covid-19 odločila za uvajanje dela na daljavo, saj so le tako lahko nadaljevala svoje poslovanje. Po podatkih Eurofoundove ankete je aprila 2020 več kot tretjina delovno aktivnih oseb v EU zaradi pandemije delala na daljavo. Prav ta oblika dela pa se pogosto povezuje s slabšo ergonomsko ureditvijo delovnega mesta, sedečim delom, osamljenostjo, nerednim delovnim časom, kar vse prispeva k nastanku ali poslabšanju kostno-mišičnih obolenj.

Evropska kampanja Zdravo delovno okolje 2020-22: Naredimo breme lažje za zdrava delovna mesta je potekala v več kot tridesetih evropskih državah. Njen cilj ni bila le boljša ozaveščenost o kostno-mišičnih obolenjih, povezanih z delom, in njihovih negativnih učinkih na posameznike, podjetja in družbo, temveč tudi spodbujanje sodelovanja za sprejetje učinkovitih preventivnih ukrepov za obravnavo kostno-mišičnih obolenj.

Prizadevanja za preprečevanje
in obvladovanje kostno-mišičnih
obolenj, povezanih z delom, se
nadaljujejo.

Bodite dejavni v svojem
delovnem okolju!



**NAREDIMO
BREME LAŽJE**
za zdrava delovna mesta