

Ko bolezen postane invalidnost

Avtorica:
Hana Klančnik

Število invalidnih ljudi v zadnjih letih strmo narašča, kar mnogi pripisujejo naraščajoči incidenci in prevalenci nekaterih kroničnih bolezni, kot so diabetes in srčne bolezni ter podaljševanju življenjske dobe z napredkom medicine. S tem ljudje preživijo tudi stvari, ki v preteklosti niso bile združljive z življenjem, vseeno pa puščajo posledice, kot sta kronična bolečina ali omejena mobilnost, kar vodi v invalidnost. Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravje kot stanje popolnega fizičnega, mentalnega in socialnega dobrobita in ne samo kot odsotnost bolezni. Tako so vzroki za delanezmožnost številni in zajemajo področja fizičnega in psihičnega zdravja⁽¹⁾.

V literaturi lahko pogosto zasledimo pojem absentizem, ki pomeni odsotnost z dela zaradi različnih vzrokov. Kadar je vzrok bolezen, govorimo o zdravstvenem absentizmu oz. bolniškem staležu, ki ga po podatkih Slovenci radi izkoristimo, saj letno beležimo kar 10-11 milijonov izgubljenih delovnih dni zaradi bolezni in poškodb, kar pomeni, da je dnevno na bolniškem staležu kar 38.000 do 39.000 Slovencev⁽²⁾. Poleg absentizma, ki označuje začasno nezmožnost dela, pa so visoko breme tudi invalidske upokojitve oz. trajne nezmožnosti za delo, ki se v Evropi ocenjuje na 5–10 % delovne populacije⁽³⁾.

Bolniško odsotnost lahko glede na trajanje delimo v štiri skupine:

- kratkotrajna bolniška odsotnost, pri čemer gre za odsotnost največ treh delovnih dni, brez obiska zdravnika in največ enkrat letno,
- začasna nezmožnost za delo do 30 dni, ki jo odobri osebni zdravnik,
- začasna nezmožnost za delo dlje kot 30 dni, odobri jo komisija, ki jo določi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS),
- trajna nezmožnost za delo.

Kadar govorimo o trajni nezmožnosti za delo, pride do sprememb, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi rehabilitacije. Ob ugotavljanju trajne invalidnosti nas komisija razvrsti v eno od treh kategorij:

1. splošna nezmožnost za delo,
2. delovna zmožnost je zmanjšana za 50 odstotkov ali več,
3. delovna zmožnost je zmanjšana do mere, ko nismo zmožni za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravljamo delo s krajšim delovnim časom (najmanj štiri ure dnevno) ali če je delovna zmožnost za svoj poklic zmanjšana za manj kot 50 % ali lahko še delamo v svojem poklicu s polnim delovnim časom, a ne na svojem delovnem mestu.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje predpisuje, da mora biti za invalidsko pokojnino ugotovljena ustrezna kategorija invalidnosti (našteta zgoraj), ob tem pa morajo biti izpolnjeni še dodatni pogoji. Ti določajo, da smo upravičeni do invalidske pokojnine ne glede na delovno dobo, če je vzrok za nastanek poškodba pri delu ali poklicna bolezen. V primeru, da je vzrok invalidnosti poškodba ali bolezen zunaj dela, pa smo upravičeni do pokojnine, če imamo ob nastanku invalidnosti dopolnjeno pokojninsko dobo, ki pokriva najmanj tretjino obdobja od dopolnjenega 20. leta starosti do nastanka invalidnosti. To obdobje imenujemo delovna leta.

POKLICNE BOLEZNI

Poklicne bolezni so definirane kot tiste, ki jih povzroča neposredni vpliv delovnega procesa ali pogoji na delovnem mestu in so vključene v seznam poklicnih bolezni. Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije (WHO) in mednarodne organizacije dela (ILO), so poklicne bolezni leta 2016 v svetu povzročile 1,9 milijonov smrti. Neprenosljive bolezni so povzročile 81 % smrti, med njimi najpogostejše kronična obstruktivna pljučna bolezen, možganska kap in ishemična srčna bolezen. 19 % smrti je bila posledica poklicnih poškodb. WHO in ILO navajata 19 dejavnikov tveganja, ki vplivajo na bolezensko odsotnost in smrtnost zaradi poklicnih bolezni. Največ vpliva na smrtnost ima dolg delovni čas; sledijo izpostavljenost plinom, delcem in dimu, invalidnost pa predpisujejo poškodbam, dolgim delovnikom ter ergonomskim dejavnikom⁽⁴⁾. Graf 1 natančneje prikazuje število smrti glede na dejavnike tveganja, graf 2 pa število invalidnosti v odvisnosti od istih dejavnikov. Poročilo je bilo izdelano za svetovno populacijo, tako da se lahko stanje v Sloveniji glede na podane podatke nekoliko razlikuje.

Med poklicne bolezni spadajo bolezni, ki jih povzročajo nevarne kemikalije, kot so azbest, arzen, živo srebro in njegove spojine, amonijak, nikelj ter številne druge, ki večinoma povzročajo raka dihal ter levkemijo⁽⁴⁾. Azbestu

so lahko izpostavljeni rudarji, strojni inženirji, poklici v avto-moto in ladijski industriji ter vsi, ki so vpleteni v pomoč pri obsežnejših naravnih nesrečah. Arzen se uporablja predvsem v lesnih, farmacevtskih in steklarskih industrijah. Nikelj je nevaren za mehanike, varilce in delavce s kovinami.

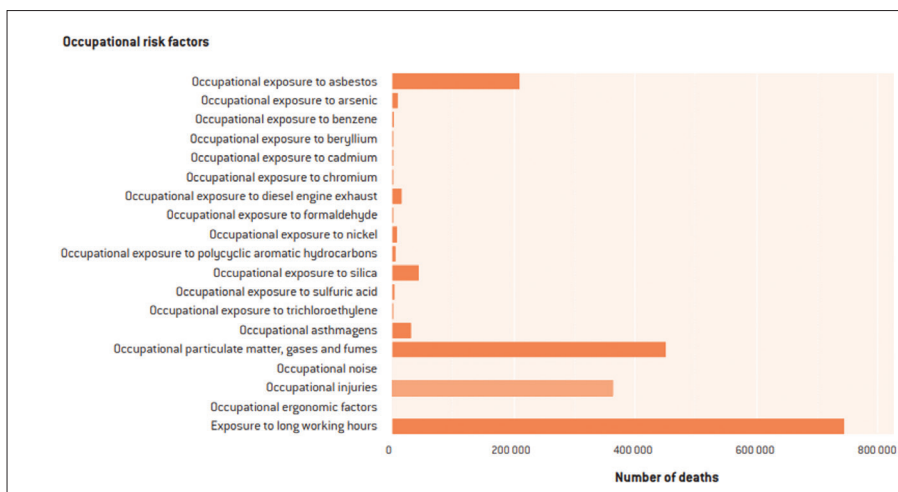
Astmageni so snovi, ki povzročajo trajno imunološko-posredovano spremembo. Delavci, ki imajo višje tveganje so delavci, ki pri svojem delu uporabljajo barve v spreju, kemiki, peki, varilci in delavci, ki delajo z živalmi. Izpostavljenost plinom, majhnim delcem in dimu lahko vodi v kronično obstruktivno pljučno bolezen⁽⁴⁾.

Naslednja skupina poklicnih bolezni so bolezni, ki jih povzročajo fizikalni dejavniki, kot so okvare sluha zaradi hrupa, neionizirajoče in ionizirajoče sevanje, kompresijska in dekompresijska bolezen ter vibracijska bolezen. Do okvar sluha lahko pride pri poklicih, kjer so delavci dnevno več kot osem ur izpostavljeni hrupu nad 85 dB. Ti poklici so metalurgi, strojni inženirji, aeronavtiki, rudarji, gozdarji ter poklici v industriji transporta in komunikacije⁽⁴⁾. Tovrstne bolezni lahko povzročajo tudi biološki dejavniki, kot so okužbe, ki se prenašajo na ljudi pri poklicih, ki so v stiku s krvjo, tkivom, živalmi ter drugim biološkim materialom.

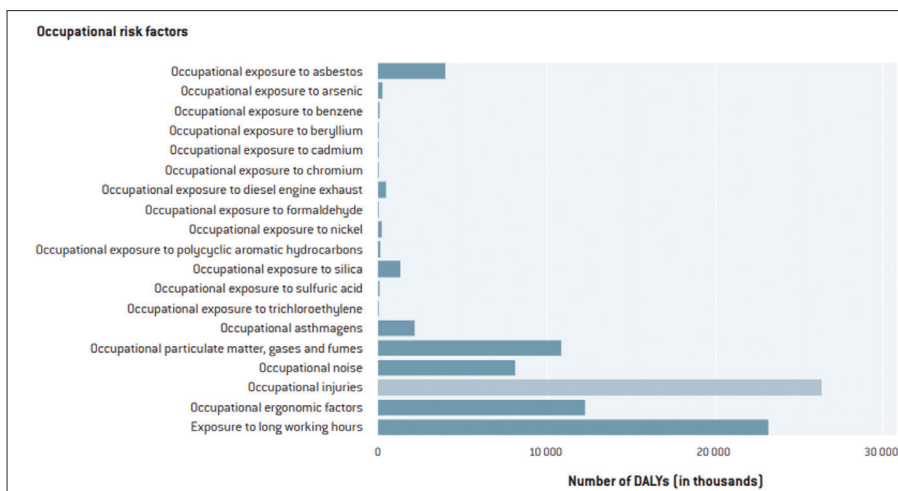
Poklicne bolezni se lahko kažejo s kožnimi obolenji v obliki kožnega raka, alergij, vitiliga; pogoste so bolezni dihal, kot so kronična obstruktivna pljučna bolezen, silikoza, alergijski rinitis, poklicna astma, rakave bolezni dihal idr. Visoko na lestvici so tudi obolenja hrbtenice zaradi stalnih obremenitev v nefizioloških položajih pri delu in dvigovanju bremen. Ob frazi »sedenje je novo kajenje« pa ne pozabimo na javno-zdravstveni problem 21. stoletja – predolgo sedenje. Pri poklicnih boleznih je ključnega pomena, da zdravnik pomisli na povezavo med obolenjem in delom, saj s tem omogoča primerno obravnavo in terapijo, posledično pa krajši bolniški stalež ter boljši prognostični izhod⁽⁵⁾.

BOLEZNI, KI POVZROČAJO TRAJNO NEZMOŽNOST ZA DELO

V Združenih državah Amerike je v raziskavi kar 20,1 milijonov odraslih v delovni populaciji navedlo nezmožnost za delo⁽⁶⁾. Načeloma so vzroki za bolezensko odsotnost in nezmožnost dela multifaktorski in niso posledica izključno ene bolezni – vseeno študije prepoznajo nekatere pogostejše vzroke⁽⁷⁾. Mednje sodijo mišičnoskeletne bolezni, predvsem bolečine na področju ledvene hrbtenice, sledijo pogoste duševne bolezni med katere sodita depresija in anksioznost, rakave bolezni, kardiovaskularne bolezni vključno s srčnim infarktom, respiratorne bolezni, nevrološke bolezni ter razne poškodbe⁽⁶⁾. Strokovnjaki prepoznajo tudi nekatere dejavnike tveganja, ki so povezani z večjo verjetnostjo invalidske upokojitve, kot



Graf 1: Število smrti na svetu v odvisnosti od dejavnikov tveganja⁽⁴⁾.



Graf 2: Število invalidnosti na svetu v odvisnosti od dejavnikov tveganja⁽⁴⁾.

so kajenje, uživanje alkohola v velikih količinah, visok indeks telesne mase in negativni psihosocialni dejavniki⁽⁸⁾.

MIŠIČNOSKELETNE BOLEZNI

Mišičnoskeletne motnje so multifaktorskega izvora in so lahko povezane z načinom dela, hkrati pa nanje vplivajo genetski, okoljski in sociološki dejavniki. Najpogostejši mišičnoskeletni problem v delovni populaciji je bolečina v spodnjem delu hrbta, torej v področju ledvene hrbtenice in glutealne regije, ki skupaj z nekaterimi motnjami zgornjih okončin povzročajo večino patologij v omenjenem področju. Po študijah je za mišičnoskeletne bolezni značilno, da so vzrok za večino zaposlitev z delnim delovnim časom⁽⁵⁾.

Bolečina v spodnjem delu hrbta je vzrok za največ nezmožnosti za delo pri ljudeh mlajših od 45 let⁽⁹⁾. Bolečina je lahko akutna, če traja 4–6 tednov, subakutna v primeru trajanja med 6 in 12 tednov ter kronična ob trajanju daljšem od 12 tednov⁽⁵⁾, teh je le 5 %⁽⁹⁾. Ker je večinoma časovno omejena in ker jo lahko povzročajo številni dejavniki, se specifična diagnoza postavi le pri približno 15 % bolnikov⁽⁹⁾. V približno 3 % so lahko vzroki za bolečino neoplazme, okužbe, visceralna bolečina (iz trebušne slinavke, črevesja, ledvic, mehurja, maternice, ovarijev ali prostate) ali sistemske bolezni⁽⁵⁾. Ob tem je potrebno posebno pozornost nameniti opozorilnim simptomom, ki nakazujejo na tumor, okužbo, zlom ali sindrom kavde ekvine. Za tumor



ali infekcijo so suspektni bolniki starejši od 50 let, z osebno zgodovino raka, hujšanjem ter prisotno vročino. Če v anamnezi bolnik navaja nedavno nesrečo, je večja verjetnost, da gre za zlom. Za izključevanje vpletenosti živčevja in sindroma kavde ekvine je potrebno izključiti sevanje bolečine v noge, senzibilitetne izpade v obliki jahalnih hlač (slabši občutek, drevenenje, mravljinčenje), mišične izpade ter motnje v praznjenju mehurja in črevesja⁽⁹⁾.

Patologije, pogoste na zgornjih ekstremitetah, so epikondilitis, ki je odgovoren za kar polovico motenj na tem področju, tenosinovitis in sindrom zapestnega prehoda⁽⁵⁾. Epikondilitis je pogosto imenovan teniški ali golferski komolec. Prvi je pogostejši in se nanaša na vnetje oz. po nekaterih avtorjih degeneracijo zunanjih komolčnih tetiv (lateralni epikondilitis) v nasprotju z golferskim, kjer so vnete notranje tetive (medialni epikondilitis). Stanje se razvije postopoma in je posledica ponavljajočih se gibov, kot so prijemanje, zvijanje ali dvigovanje, značilnih za igranje tenisa/golfa, tipkanje, igranje inštrumenta ali določenih ročnih del⁽¹⁰⁾.

DUŠEVNE BOLEZNI

Še nedavno nazaj so duševne bolezni veljale za tabu, dandanes pa se jim posveča vse več pozornosti, saj postaja njihova problematika vse izrazitejša. Evropske države ocenjujejo, da se od petine do četrtnine zaposlenih srednjih let sooča s pogostimi mentalnimi problemi, med katerimi sta v ospredju depresija in anksioznost. Ti sindromi močno vplivajo na kvaliteto življenja, funkcioniranje in sposobnost za delo⁽³⁾; tako ni presenetljivo, da so v zadnjih petdesetih letih v zahodnem svetu duševne težave poskočile pod ali celo na vrh lestvice vzrokov za absentizem in dolgotrajno odsotnost z dela. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) poroča, da mentalni problemi trenutno povzročajo tretjino vseh novih nezmožnosti za delo.

Takšno stanje je na primer na Nizozemskem, kjer so duševne bolezni leta 1960 povzročale 11 % bolezenskih odsotnosti daljših od enega leta, danes pa jih povzročajo kar 30 %⁽⁷⁾. Še hujše je stanje na Finskem, kjer mentalne bolezni povzročajo kar 40 % vseh invalidskih upokojitev⁽³⁾. Dolgoročna nezmožnost za delo je najpogostejša ob komorbidni prisotnosti depresije in anksioznosti, sledi depresija, najmanj odsotnosti z dela pa povzročajo anksiozni sindromi. Strokovnjaki zato navajajo, da je ključnega pomena predvsem preventivna obravnava depresije, na katero pa lahko vpliva tudi službeno okolje⁽¹¹⁾. Depresija je motnja razpoloženja, ki povzroča konstanten občutek žalosti in brezvoljnosti do interesov, ki so prej prinašali užitek in zadovoljstvo. Zaradi simptomov, kot so slaba koncentracija, depresivno razpoloženje (žalost, občutek praznine), razdražljivost ter upad kognitivnih funkcij, tudi spomina, je funkcionalnost takšnih bolnikov precej zmanjšana⁽¹²⁾.

RAKAVE BOLEZNI

Rak se od prej navedenih stanj razlikuje, saj je v številnih primerih življenjsko ogrožajoče stanje, ki ima še danes visoko mortaliteto. Vsekakor pa je napredek v medicini tudi pri neoplastičnih stanjih prispeval k boljšim terapijam in tako uspešnejši prognozi, zato se lahko marsikateri prebolevnik vrne k normalnim aktivnostim, tudi delu. Posledice se največkrat kažejo v obliki fizičnih primanjkljajev, bolečine in splošne izčrpanosti, ki so tudi glavni razlog nezmožnosti za delo. Ob tem pa se ne sme spregledati psiholoških posledic, ki jih takšna bolezen pušča – prinaša veliko mero stresa, spremenijo se razmerja do sorodnikov, sodelavcev in delodajalca, lahko je prisoten strah pred delitvijo diagnoze zaradi diskriminacije. Študije so podale nekaj olajševalnih dejavnikov, ki prebolevnika spodbudijo k vrnitvi na delo: prilagodljivo delo, podpora sodelavcev in podpora zdravstvenih delavcev, medtem ko so obremenjujoči dejavniki: ignoranca do raka v službi, pomanjkanje čustvene podpore in fizične

posledice raka⁽¹³⁾. Najpogostejše neoplazme, ki so vzrok za delanezmožnost, so pri ženskah rak dojke, maternice, pljuč in kolorektalni rak, pri moških pa rak prostate, kolorektalni rak ter rak urinarnega trakta. Večina preživelih je bilo diagnosticiranih v prvem ali drugem stadiju bolezni in je bilo zdravljenih z operacijo (več kot 80 %), radioterapijo (50 % pri ženskah in 30 % pri moških) ter kemoterapijo (40 % žensk in 20 % moških)⁽¹⁴⁾.

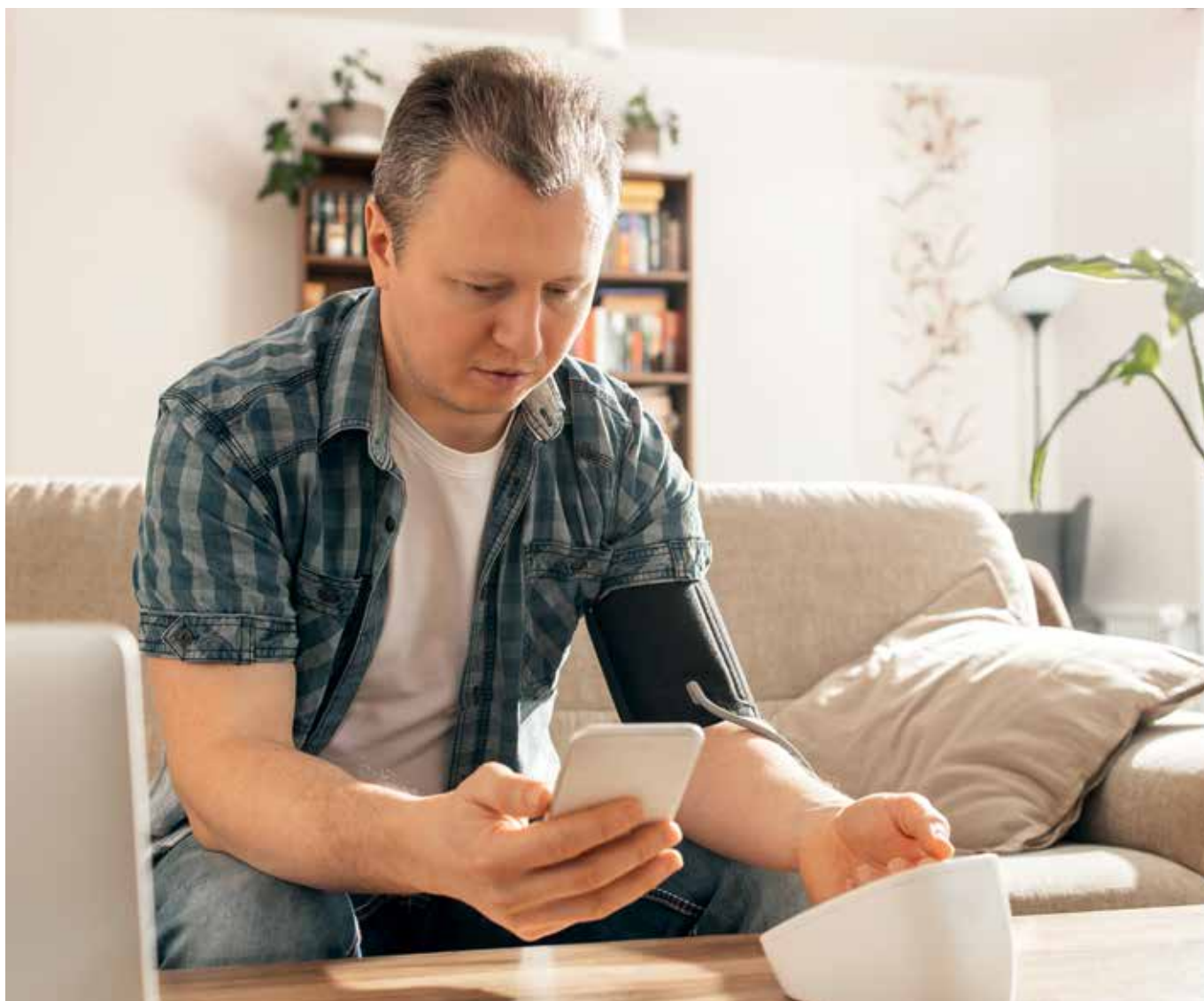
KARDIOVASKULARNE BOLEZNI

Kardiovaskularne bolezni so na četrtem mestu vzrokov za dolgotrajno bolniško odsotnost⁽¹⁵⁾. V eni od študij so dokazali, da imajo bolniki s srčnimi in cerebrovaskularnimi boleznimi skoraj trikrat večjo verjetnost za invalidsko upokožitev, tisti s hipertenzijo pa 1,5-krat večjo. Ob tem kot glavna dejavnika tveganja navajajo debelost in distres⁽¹⁶⁾, ki naj bi povečal verjetnost za kardiovaskularni dogodek za 10–40%⁽¹⁷⁾. Prevalenca srčnih in cirkulatornih bolezni raste s starostjo, zato jih mnogi laično opredeljujejo kot bolezni starostnikov, vendar pa to ne drži povsem. Med starostjo 20–39 let naj bi samo 10 % odraslih imelo kardiovaskularno bolezen, a ta številka naraste vse do 40 % pri ljudeh starih 40–59 let, ki so pomembna delovna sila⁽¹⁵⁾. Najpogostejša izmed kardiovaskularnih bolezni je zagotovo ishemična srčna bolezen, ki je odgovorna za kar 11 % invalidnosti in 24 % smrti v Evropi⁽¹⁸⁾. Ishemična srčna bolezen ali koronarna srčna bolezen je patologija, ki nastane zaradi zoženih arterij, ki prehranjujejo srčno mišico.

Najpogostejše je posledica ateroskleroze koronarnih žil. Večina ljudi z zgodnjo boleznijo (zožitev do 50 %) nima simptomov; ko bolezen napreduje, se lahko pojavi bolečina (imenovana angina pectoris), sprva ob fizičnem naporu, stresu ali mrazu, ko je potreba po kisiku večja. Če pride do popolne zapore dotoka krvi do srčne mišice, celice umrejo in nastane srčni infarkt⁽¹⁹⁾.

NEVROLOŠKE BOLEZNI

Nevrološke bolezni so pomemben vzrok nezmožnosti za delo v zahodnem svetu. Ocenjujejo, da ima 2 % populacije nevrološko bolezen, ki jim onemogoča delo. Načeloma ima večina ljudi z boleznijo živčevja razmeroma dolgo življenjsko dobo (če izvajamo možganske tumorje in bolezni motoričnega nevrona), kar pomeni, da je prevalenca invalidnosti razmeroma večja od incidence bolezni. Ker je pri teh boleznih prizadeto živčevje, so posledice zelo obširne, tako poleg fizičnega deficita pogosto pride tudi do kognitivnega upada. Glavne nevrološke bolezni, ki so odgovorne za dolgotrajno bolezensko odsotnost so multipla skleroza, Parkinsonova bolezen, epilepsija, stanja po poškodbi glave, možganski kapi ter okužbah možganovine in možganskih ovojnic. Takšna stanja lahko pustijo blage, komaj zaznavne posledice ali pa dolgotrajno okvaro. Ljudje lahko imajo težave z govorom, vidom, okončinami ali imajo širše kognitivne težave – težave s spominom, orientacijo, planiranjem, pozornostjo idr.⁽²⁰⁾



V grobem lahko simptome nevroloških bolezni delimo v patologije višjih možganskih funkcij, motorne in somatosenzorne simptome. Kognitivna disfunkcija je pomemben dejavnik, zaradi katerega je delavec nezanesljiv ali celo nevaren pri delu, zato je potrebna ocena bolnikovih sposobnosti. Nevrološke bolezni, ki povzročajo kognitivni upad, so v prvi vrsti demence, lahko pa je to tudi simptom multiple skleroze ali posledica možganske kapi. Bolniki lahko imajo težave z nadzorovanjem vedenja, kar je tipično za frontotemporalno demenco, kjer so bolniki hitre jeze, ne skrbijo za osebno higieno, prisotna je dezinhibicija in hiperseksualizem. Pri bolnikih z multiplo sklerozo, ki jo imenujejo tudi bolezen tisočerih obrazov, lahko delo omejuje evforija⁽²⁰⁾. V Švedski študiji, kjer je bilo med bolniki z multiplo sklerozo 40 % invalidsko upokojenih, so kot glavne obremenilne dejavnike za delanezmožnost navedli občutljivost na vročino, čustveno stisko in kognitivni upad, pomembni napovedni dejavniki pa so bili utrujenost, visoka ocena telesne okvare merjene po EDSS, višja starost, ženski spol in nižja stopnja izobrazbe⁽²¹⁾. Epilepsija oz. božjast je bolezen, pri kateri pride do ponavljajočih se prehodnih motenj v delovanju centralnega živčnega sistema, kar se kaže kot motnje zavesti, gibanja, zaznavanja ali obnašanja. Epilepsija je zaradi nenadnih izgub zavesti še posebej nevarna pri delih, kjer je večja nevarnost padcev. Motnje govora, kot so dizartrijska, disfonija in disfazija so posebno moteče pri poklicih, kjer je potrebna dobra komunikacija⁽²⁰⁾. Pogost simptom, ki se pojavlja pri nevroloških boleznih, je mišična šibkost. Ta je lahko posledica mnogih bolezni – patologij zgornjega (npr. stanje po možganski kapi) ali spodnjega motoričnega nevrona (npr. sindrom Guillain Barre), živčno-mišičnega stika (najpogostejša v tej skupini je miastenija gravis) in miopatij. Rehabilitacija po možganski kapi omogoča ponovno vzpostavitev vzorcev gibanja in drže, a je uspešnost odvisna od posameznika. Pogosto je prisotna mišična hipertoničnost, ki povzroča nenormalno držo in nerodnost pri izvajanju finih gibov, spastičnost pa povzroča bolečino in nehotene krče. Bolniki s Parkinsonovo boleznijo imajo lahko težave pri delih, ki zahtevajo hitro in koordinirano gibanje, saj je pri njih gibanje upočasnjeno in posledično tudi manj natančno⁽²⁰⁾. Izguba somatosenzorne funkcije je pogosto še bolj omejujoča za posameznika kot delna izguba motorne funkcije, saj človek v večini primerov ne uporablja maksimalne mišične moči, senzorni impulzi pa so navadno polno izkoriščeni. Bolniki s senzornim deficitom bodo imeli težave pri dovršenih delih rok in nestabilno hojo. Ob tem lahko pride tudi do izgube občutka za temperaturo in bolečino, kar izpostavlja bolnika poškodbam, saj jih ne bodo zaznali⁽²⁰⁾.

ZAKLJUČEK

Bolezni, ki so vzrok za delanezmožnost so številne, pogosto pa se med seboj prepletajo ter so tako skupek fizioloških, psiholoških in socialnih stanj. Vsekakor je invalidska upokojitev javno-zdravstveni problem, na katerega lahko vplivata tako delodajalec kot delavec. Delodajalec lahko zagotavlja primerno delovno okolje z usposabljanjem delavcev, zagotavljanjem ustreznih delovnih pogojev, zmanjšanjem stresorjev, preprečevanjem dela v nadurah ter izvajanjem nekaterih presejalnih testiranj. Delavec pa skrbi za zdrav način življenja s primerno prehrano in dovoljšno količino gibanja (vsak dan toliko, da se zadiha), preprečevanjem sedenja, pravilnim načinom dvigovanja bremen in skrbjo za svoje duševno zdravje.

VIRI:

1. Disability Evaluation – PubMed [Internet]. [citirano 2023 Mar 24]. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033360/>
2. Šab N. Absentizem – preprečevanje, obvladovanje in zmanjševanje [Internet]. Novo mesto; 2012 [citirano 2023 Mar 21]. Dostopno na: https://www.gzdbk.si/media/pdf/PRIROCNIK_POZA_20121010.pdf
3. Lahelma E., Pietiläinen O., Rahkonen O., Lallukka T. Common mental disorders and cause-specific disability retirement. *Occup Environ Med*. 2015 Mar 1; 72(3): 181–7.
4. WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury, 2000–2016: global monitoring report. Geneva; 2021.
5. Martimo KPecka, Työterveyslaitos (Finland), Helsingin yliopisto. Musculoskeletal disorders, disability, and work. Finnish Institute of Occupational Health; 2010. 168 p.
6. Theis K. A., Roblin D. W., Helmick C. G., Luo R. Prevalence and causes of work disability among working-age U. S. adults, 2011–2013, NHIS. *Disabil Health J*. 2018 Jan 1; 11(1): 108–15.
7. Cornelius L. R., van der Klink J. J. L., Groothoff J. W., Brouwer S. Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* [Internet]. 2011; 21(2): 259–74. Dostopno na: <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9261-5>
8. Ervasti J., Kivimäki M., Pentti J., Salo P., Oksanen T., Vahtera J., et al. Health- and work-related predictors of work disability among employees with a cardiometabolic disease — A cohort study. *J Psychosom Res*. 2016 Mar 1; 82: 41–7.
9. Bartleson J. D. Low back pain. *Curr Treat Options Neurol* [Internet]. 2001; 3(2): 159–68. Dostopno na: <https://doi.org/10.1007/s11940-001-0051-4>
10. Vaquero-Picado A., Barco R., Antuña S. A. Lateral epicondylitis of the elbow. *EFORT Open Rev*. 2016 Nov 1; 1(11): 391–7.
11. Hendriks S. M., Spijker J., Licht C. M. M., Hardeveld F., De Graaf R., Batelaan N. M., et al. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 2015 Jun 1; 178: 121–30.
12. Depression – StatPearls – NCBI Bookshelf [Internet]. [citirano 2023 Mar 21]. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/#article-20367.s3>
13. Loisel P. Work Disability: It is not just the "lesion." In: Feuerstein M, editor. *Work and Cancer Survivors* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2009. p. 93–103. Dostopno na: https://doi.org/10.1007/978-0-387-72041-8_4
14. Short P. F., Vasey J. J., BeLue R. Work disability associated with cancer survivorship and other chronic conditions. *Psychooncology*. 2008 Jan; 17(1): 91–7.
15. Criteria I of M (US) C on SSCD. *Cardiovascular Disability Trends*. 2010 [citirano 2023 Mar 15]; Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209977/>
16. Ervasti J., Kivimäki M., Pentti J., Salo P., Oksanen T., Vahtera J., et al. Health- and work-related predictors of work disability among employees with a cardiometabolic disease — A cohort study. *J Psychosom Res*. 2016 Mar 1; 82: 41–7.
17. Li J., Loerbroeks A., Bosma H., Angerer P. Work stress and cardiovascular disease: A life course perspective. *J Occup Health*. 2016; 58(2): 216–9.
18. Racca V., Spezzaferrri R., Modica M., Mazzini P., Jonsdottir J., De Maria R., et al. Functioning and disability in ischaemic heart disease. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2010 Jan 1; 32(sup1): S42–9. Dostopno na: <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.511691>
19. Criteria I of M (US) C on SSCD. *Ischemic Heart Disease*. 2010 [citirano 2023 Mar 15]; Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209964/>
20. Hardie R. J., Poole J. *Neurological Disorders*. In: Palmer KT, Brown I, Hobson J, editors. *Fitness for Work: The Medical Aspect*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 102–32.
21. Flensner G., Landtblom A. M., Söderhamn O., Ek A. C. Work capacity and health-related quality of life among individuals with multiple sclerosis reduced by fatigue: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013; 13(1).