



**THE WORK  
FOUNDATION**  
PART OF LANCASTER UNIVERSITY

## Годни за работа



Rosemary Thomas  
Ksenia Zheltoukhova  
Stephen Bevan



## Благодарности

---

Бихме искали да благодарим на всички, които взеха участие в експертните интервюта по този проект, за ценното им време и съвети. Бихме искали да благодарим на партньорите ни – **Българската организация на пациентите с ревматологични заболявания**, които прегледаха по-ранните версии на този доклад и дадоха полезни коментари по тях. Признателни сме и на колегите от **фондация „Работа“** (The Work Foundation) за помощта им при подготовката на този доклад и особено на **Ann Hyams** и **David Shoemith**. В допълнение, бихме искали да благодарим на **Robin McGee, Tatiana Quadrello, Michelle Mahdon** и **Eleanor Passmore** за приноса им към съдържанието на този доклад.

<b>1. Резюме</b>	<b>5</b>
<b>2. Въведение</b>	<b>10</b>
2.1 Защо здравето на трудоспособното население в България е важно?	10
2.2 Мускуло-скелетни заболявания: Европейският контекст	13
2.3 Цел на проучването	14
2.4 Бележки върху дефинициите	16
2.5 Структура на доклада	18
<b>3. Трудова заетост и МСЗв България</b>	<b>19</b>
3.1 Една неясна картина	19
3.2 Въздействие на МСЗ върху трудоспособността	22
3.3 Рискови фактори за мускуло-скелетни заболявания	30
3.4 По-широките икономически и социални последици от мускуло-скелетни заболявания	38
3.5 Обобщение	45
<b>4. Интервенции</b>	<b>47</b>
4.1 Ранните интервенции	47
4.2 Режим на социално осигуряване при нетрудоспособност	50
4.3 Здравни грижи, специфични за определени заболявания	55
4.4 Биопсихосоциалният модел и трудовата заетост	58
4.5 Ролята на работодателите	61
4.6 Обобщение	69
<b>5. Изводи и препоръки</b>	<b>70</b>
5.1 Препоръки за работодателите	70
5.2 Препоръки за работещите/служителите	71
5.3 Препоръки за ОПЛ и консултантите-специалисти	72
5.4 Препоръки за правителството	73
<b>Литература</b>	<b>76</b>
<b>Приложение 1. Интервюта и консултации с експерти</b>	<b>86</b>
<b>Приложение 2. Образец на документ за трудоспособност</b>	<b>87</b>
<b>Приложение 3. Мрежова таблица</b>	<b>88</b>
<b>Приложение 4. „Годни за работа” в Европа</b>	<b>98</b>

## Списък на карета, фигури и таблици

Каре 1. Описание на случай – Работа посредничеството	54
Каре 2. Описание на случай – ЕПИК Електроник Асембли ЕООД	63
Каре 3. Принципи за справяне с неспецифичните МСЗ	66
Фиг. 3.1. Брой на хоспитализирани пациенти с МСЗ в България на 100 000 население	20
Фиг. 3.2. Осигурени хора с пожизнена инвалидност: отражение на заболяването върху тежестта на инвалидизацията	23
Фиг. 3.3. Разходи за здравни грижи по данни от Националната здравно-осигурителна каса	41
Фиг. 4.1. Нови получатели на пенсии по болест в България на 1000 осигурени, според степента на инвалидност	51
Фиг. 4.2. Разходи за болест/здравни грижи и инвалидност в България, % of БВП	52
Фиг. 4.3. Моделът на МКФ приложен към трудовата инвалидност при РА	60
Табл. 2.1. Избрани професионални заболявания в България	17
Табл. 3.1. Осигурени лица с временна инвалидност: основни причини за инвалидност	21
Табл. 3.2. Регистрирани случаи на професионални заболявания през 2009г	34
Табл. 3.3. Загубени дни и разходи, дължащи се на временна нетрудоспособност	43
Табл. 3.4. Неприсъствени (загубени) дни и разходи, свързани с придружаване и гледане на болен член от семейството	44

## 1. Резюме

---

В резултат на икономическата криза България е изправена пред намаление на трудоспособното население. Повече от всякога квалифицирани работници и специалисти напускат България в търсене на по-добри условия на труд. Недостигът се увеличава и от нарастващия брой на хората, които отпадат от пазара на труда поради лошо здравословно състояние.

Хроничните заболявания, като сърдечно-съдовите заболявания, често заемат челните места в здравната статистика в България. На фона на разбираемата загриженост за броя на изгубените работни дни в резултат на тези състояния, един факт изглежда остава скрит. Мускуло-скелетните заболявания (МСЗ) като болки в гърба, разтежения на ръцете или врата, ставни заболявания не само са на трето място сред причините за отсъствие от работа в България, но те допълнително допринасят за ограничение на пазара на труда и значително увеличават бремето върху системата за социално подпомагане, тъй като водят до различни увреждания.

Въпреки че институциите в България регистрират разпространението и отражението, което имат мускуло-скелетните заболявания, липсата на система за обмен на информация между тях, както и липсата на единен стандарт за събиране и обработване на първичните данни, увеличават вероятността за неточности в статистиката по отношение на общественото бреме в резултат на МСЗ България има потенциала да управлява дългосрочните последици от МСЗ. Преодоляването на въздействието на тези състояния върху пазара на труда трябва да се превърне в непосредствен приоритет.

На българските политици, работодателите и здравните специалисти трябва да се обърне внимание, че точно голяма част от неактивната поради МСЗ работна сила може да запълни дефицита на квалифицирани кадри. Но тези хора са възпрепятствани да участват на пазара на труда поради стигмата, свързана с инвалидността. Налице са убедителни доказателства, че невъзможността да работиш сама по себе си, вреди на здравето. Задържането на работа и връщането на работа може да се отрази положително върху телесното здраве, психологическото благополучие и да изведе хората от бедността. Приемливият за обществото краен резултат от лечението на МСЗ следва да бъде връщането на работа, чрез прилагане на по-добри диагностични и терапевтични подходи, които да повишат способността на индивидите да се задържат на и да се връщат към пазара на труда. В крайна сметка това ще намали социалната тежест на заболяванията.

---

**Проектът  
„Годни за  
работа“**

Този проект е част от една по-обширна програма за трудова заетост, която обхваща 31 държави от и извън ЕС и разглежда някои детайли на влиянието, което имат МСЗ върху трудоспособността на хиляди български работещи, лечението и подкрепата, която те

получават, преживяванията им по време на работа, ефекта от състоянието им върху семействата и колегите им, както и свързаните с това финансови разходи. В рамките на проекта конкретно са разгледани болката в гърба и свързаните с труда заболявания на горните крайници (СТЗГК) – две групи състояния, които обичайно се характеризират с неспецифични и краткотрайни епизоди на болка и нетрудоспособност, както и ревматоидния артрит (РА) и спондилоартропатията (СпА) – специфични състояния, които често са прогресиращи и водят до нарастващо инвалидизиране. Направен е обзор на последните научни и практически изследвания, третиращи връзката между тези МСЗ и участието на пазара на труда, проведени са интервюта с признати експерти в тази област. Пълното описание на програмата е представено в Приложение.

**Отражение на  
МСЗ върху  
трудоспособното  
население в  
България**

МСЗ имат значително отражение върху трудоспособността на хората, не само в индивидуален, но и в колективен план. Взети заедно, те повлияват негативно продуктивността и участието на пазара на труда на хиляди български граждани. Данните показват, че:

- Поне 30% от работещите в България във всеки един момент имат болки в гърба или в крайниците.
- През 2004г. на МСЗ се дължат 1005.2 хоспитализации на 100,000 население в трудоспособна възраст (6.1%).
- Директните разходи, свързани с МСЗ, са малко над 46 милиона евро.
- МСЗ са на трето място (след респираторните заболявания, травмите и отравянията) като причина за отсъствие от работа сред осигурените.
- Загубите в резултат на отсъствия, свързани с МСЗ през 2010 достигат почти 27 милиона лева.
- През 2009г. 8,9% от първичната инвалидност сред хора на възраст над 16 години се дължи на заболявания на мускулно-скелетната система и на съединителната тъкан. При 83% от тях инвалидността е над 50%.
- Само за периода януари – септември 2011 са изразходвани над 31,6 милиона лева за болнични и пенсии за нетрудоспособност.

Ограничената работоспособност и болката от тези и други МСЗ могат да повлияят върху няколко аспекта от представянето на индивида по време на работа, включително:

- Издържливост;
- Когнитивен капацитет или концентрация;
- Рационално мислене/настроение;

- Подвижност;
- Сръчност.

Съществува и не малка вероятност хората с МСЗ да страдат от депресия или тревожност, свързани с телесното им състояние, което не са склонни да разкриват пред работодателите си. Забавянето на лечението може да има негативно влияние върху тежестта на състоянието им, способността им да се задържат на работа, продължителността на отсъствията от работа и рехабилитацията им. Изследванията сочат, че значителна част от общопрактикуващите лекари (ОПЛ), работодателите и дори хората с МСЗ не си дават напълно сметка за дългосрочните последици на лошото им здравословно състояние върху качеството на работата им и способността да се задържат на работа. Това отчасти се дължи на не добрата информираност на работодателите, както и на липсата на координация със здравните институции и специалисти по повод въпроси, свързани със здравословните условия на труд.

Работата може да бъде едновременно причина и лек. Въпреки, че тежкия физически труд може да доведе до поява или да влоши мускуло-скелетните симптоми, психосоциалните фактори имат съществено влияние по отношение на отсъствието от работа или инвалидността. Наличието на празноти и общи дефиниции в някои нормативни актове са повод сред ОПЛ и работодателите да бъде възприет принципът, че работоспособността трябва да е 100%, за да може човек да изпълнява служебните си задължения. Данните, обаче, сочат, че поетапното връщане на работа може да забави влошаването на много състояния и да подпомогне възстановяването от МСЗ. Промяната на психосоциалните фактори на работното място като продължителност на работното време, ниво на автономност и взаимоотношения с преките ръководители, например, може да има съществено отражение върху продуктивността на работника/служителя. Биопсихосоциалният здравен модел поставя ударението върху взаимодействието между биологичното (напр. болест, травми, увреждания на ставите), психологичното (напр. нагласи, тревожност) и социалното (напр. работни изисквания, семейна подкрепа) и представлява един полезен начин за оценяване причините за някои МСЗ за планиране на лечението и грижите и за извършване на рехабилитация на работното място.

Поглеждайки напред в бъдещето и отчитайки тенденциите за застаряване на населението, повишаване броя на затлъстелите и пушачите и намаляване на физическата активност, е много по-вероятно в средно- и дългосрочен план честотата и ефектите от МСЗ по-скоро да се интензифицират и влошават, отколкото да намаляват. Загрижени сме, че това ще засегне качеството на труд на много български работници и служители и ще повлияе негативно върху тяхната производителност и то в най-активната възраст.

Какво  
може  
да се  
направи?

Има пет основни принципа, върху които трябва да се фокусират всички – медицински специалисти, работодатели, работници и правителство, ако искаме да увеличим и подобрим трудовия живот на работещите с МСЗ.

- **Ранното интервениране е жизнено важно.** Доказателствата, че дългото отсъствие от работа обикновено е лошо за пациентите в трудоспособна възраст с МСЗ, са неопровержими – колкото по-дълго отсъстват от работа, толкова по-трудно става връщането към нея. Ранните мерки, за предпочитане в партньорство между ОПЛ, пациент и неговия работодател, може да помогнат на хората с МСЗ да запазят работата си и да постигнат баланс между личните потребности от отдых и възстановяване и необходимостта да работят. За някои пациенти с МСЗ ранният достъп до физиотерапия или до медикаментозно лечение може да снижи тежестта, последиците или прогресирането на заболяването – късното диагностициране или лечение може да направи възстановяването, задържането на работата или рехабилитацията много по-трудни. В условия на предстоящ икономически възход българската икономика не може да си позволи процесът на възстановяването ѝ да се забави от недостиг на квалифицирани, мотивирани и здрави работници.
- **Работата да бъде показател за крайния резултат от лечението.** При диагностицирането от ОПЛ и специалисти следва да се имат предвид ограниченията на биомедицинския модел. Приложението на биопсихосоциалния модел позволява оценка на ролята, която работата може да има за това човек да остане активен и да се избегне изолацията. Системата за оценка на инвалидността следва да се фокусира върху капацитета на хората с увреждания, а не върху липсата му, да отчита както телесните, така и когнитивните способности на хората с увреждания, за да могат те да останат на пазара на труда по-дълго време. Организации като Българска организация на пациентите с ревматологични заболявания трябва да бъдат подкрепени в това, ОПЛ и специалистите да бъдат обучавани и по отношение на телесните, социалните и психологичните аспекти на хроничните болести.
- **Мислене отвъд буквата на закона.** Работодателите трябва да са наясно с отражението, което има лошото здраве на работниците, върху ангажираността и производителността. Чрез прости интервенции може да се подпомогне лечението на вече съществуващи МСЗ и да се предотврати появата на нови случаи на професионални заболявания на работното място. Мениджърите трябва да работят заедно с работниците и служителите за въвеждане на промени в организацията на труда, така че да се предотврати влошаването на съществуващи МСЗ и да се помогне на хората с МСЗ да останат или да се върнат



на работа. Те трябва да направят това по начин, който запазва качеството на работата, избягва свръхвисоките или увреждащи работни изисквания и отделя внимание на ергономичните добри практики.

- **Оценка както на преките, така и на непреките разходи, свързани с МСЗ.** Качеството на данните за МСЗ трябва да бъде подобро чрез мониториране на клиничните въздействия на МСЗ и отражението им върху пазара на труда по един „по-съчетан” начин. Понастоящем данните за разходите и честотата на МСЗ в България, отражението им върху отсъствието от работа поради болест и загубената производителност не са консистентни, не са достатъчно изчерпателни и надеждни, така че да позволят добър анализ или информирано изработване на политики. Наличието на национален регистър на професионалните заболявания значително би подобрило качеството на данните.
- **Национален план за МСЗ.** Въздействието на МСЗ върху населението в трудоспособна възраст налага разработване и приемане на Национален план за ранно диагностициране, лечение и рехабилитация на хората с МСЗ. Този план може да положи национални стандартни за диагностика и лечение, да подкрепи координираните усилия на местната и държавната власт и да установи механизми, които да помогнат на ОПЛ, специалисти и работодатели да подкрепят задържането и връщането на работа на хората с МСЗ в трудоспособна възраст.

Данните, представени в този доклад, илюстрират факта, че голяма част от трудоспособното население в България е, или ще бъде в близките години, пряко засегнато от мускуло-скелетни заболявания (МСЗ). Това може да има много съществени социални и икономически последици за тези хора и семействата им, може да намали производствения капацитет на работната сила като цяло и на сегменти от българската индустрия и може да доведе до сериозно разходване на ресурси както на здравната, така и на социалноосигурителната система.

Сериозните клинични, епидемиологични, психологични и икономически доказателства както и експертни мнения показват, че в България има задълбочено разбиране за природата, степента и последиците от МСЗ. Необходими са обаче още усилия, координация между институциите и съгласуван подход, който да са фокусира върху пациента с МСЗ като работник. Въпреки че нараства броят на застъпниците за прилагането на биопсихосоциалния модел към всички МСЗ, се забелязва, че част от тези, които имат значителни правомощия да влияят върху възможността хората в трудоспособна възраст с МСЗ да останат на пазара на труда тепърва трябва да възприемат в пълнота принципите на биопсихосоциалния модел.

## 2. Въведение

**2.1**  
**Защо здравето на**  
**трудоспособното**  
**население в**  
**България е**  
**важно?**

По пътя към присъединяването през 2007г и досега развитието на българската икономика до голяма степен се определя от европейския контекст. Продължителният период на преход от постсъветска икономика и възприемането на принципите на механизмите на ЕС наложиха предприемането на поредица от реформи, които да подкрепят развитието на свободния пазар, конкурентността и икономическия растеж. Високата скорост на промените, провокирана от потребността за изравняване на българската икономика с тези на другите европейски страни, обаче, означава, че докато реформите имат потенциала да подобряват живота на хората в бъдеще, то те в еднаква степен носят риска от безработица, обедняване и социална изолация. (Eurofound, 2009).

До 2008г честотата на трудовата заетост в България е една от най-бързо нарастващите в Европа, което отчасти се дължи на растеж на експорта и на увеличения приток на капитали от ЕС (Институт за международни финанси, 2011). По време на спада в последните години, икономиката на страната, бидейки зависима от външните пазари, страда сериозно в областта на машиностроенето, както и на металургията, дървопреработването, химическата индустрия, текстилната и шивашка индустрия, строителство и недвижимите имоти. (Eurofound, 2009). По данни на българския Национален статистически институт (НСИ) към 2008г. процентът на заетите лица на възраст 15 – 64 години е малко под 56%. В същото време честотата на безработицата достига обезпокоителните 15% сред населението на възраст между 15 и 64 години. Според някои, истинската честота на безработица може да е дори още по-висока, ако се вземат предвид хората, които не са на трудов договор и не са регистрирани като безработни в бюрата по труда (самонаети лица).

Със следването на икономическия курс, поет от новото правителство през 2009г., българската икономика започва да се възстановява от рецесията, но все още ѝ предстои да се справи с намаляващата численост на работната сила. Частта от населението на възраст 65 години и повече през 2011г достигна 18,5 % и вероятно ще продължава да нараства, каквато е и глобалната тенденция в Европа.

Тъй като трябва да постигне конкурентноспособност на националната икономика с по-малко работна сила, желанието на България да постави акцент върху необходимостта от максимално увеличаване на производителността на работещите, така че да извлече най-големите икономически ползи, е разбираемо. Част от работодателите съкращават работниците и служителите си, за да намалят разходите си в тази трудна икономическа ситуация, което може да доведе и до удължено работно време за останалите работници. В България поне 17% от работниците реално имат шестдневна работна седмица, а 14,4% – седемдневна, което е сравнително висока честота за ЕС (Томев, 2009). Проучванията

сочат, че в публичния сектор натовареността и темпото на работа през последните пет години са се увеличили (Tzenova, 2011b).

Увеличаването на продължителността на труда е един много недалновиден подход за повишаване на производителността, респ. стимулиране на българската икономика. Наред с уменията, обучението и квалификацията, един от най-мощните двигатели за производителността на труда в ЕС е здравето и благополучието на работната сила. Високите нива на работните изисквания, обаче, ще доведат до лошо здраве и нарастване на хроничните заболявания сред трудещите се в България. Налице са данни, че независимо от високата интензивност на труда, работните места в България се характеризират с висока несигурност: през 2010 почти 30% от заетите са се страхували, че ще изгубят работата си през следващите шест месеца (EWCS, 2010).

Освен това, поради финансовите затруднения, хората, които не са били активни досега, обмислят повторно влизане на пазара на труда. България е на едно от първите места сред европейските страни по брой на работещи в напреднала възраст: 43,5% от хората на възраст между 55 и 64 години избират да продължат да работят, като средната възраст на напускане на пазара на труда е 64,1 години – една от най-високите в ЕС. Тъй като с напредването на възрастта честотата на проблемите със здравето и хроничните заболявания се увеличава, то здравният статус на хората в напреднала възраст може да има значително отражение върху тяхната производителност.

Проблемите със здравето вече водят до значителни разходи за българските работодатели: до 7% от заетите в България са ползвали поне 15 дни отпуск по болест годишно (EWCS, 2010). Освен това, поне 22,6% ходят болни на работа (EWCS, 2010), което говори, че производителността на значителна част от работещите в България може да е намалена, без работодателите да са наясно с това.

Тези цифри сочат, че наличието на значителна част от трудоспособното население, която не работи с пълния си капацитет поради влошено здраве – дори и в благоприятен икономически климат – може да понижи съвкупното ниво на производителността на труда в икономиката и да увреди конкурентноспособността и ефективността на предприятията от частния и общественния сектор. Осъществяването на значителното бреме от проблемите със здравето и хроничните болести може да има и редица негативни социални последици. Тези доводи формират редица важни последици.

Първо, конкурентноспособността на българската икономика е била – и ще бъде – до голяма степен задвижвана от квалификацията, опита и познанията на работната сила.

Всъщност България бележи добър напредък към превръщането на икономиката в „икономика на знанието“, както е предвидено от Лисабонската стратегия на ЕС от 2000г. (Lisbon European Council, 2000). Според доклад от 2006г., броят на работниците с високи познания е само 7% по-нисък спрямо средния за Европа (Technopolis, 2006). Капаните на системата на здравеопазването, обаче, може да накарат българските работещи да напускат и да търсят по-добри здравни грижи и условия на труд зад граница (Kokalov, Todorov, Karova, Dimitrova, and Zagorov, 2007). По тази причина има риск:

Първо, лошото здраве да продължи да източва българската икономика от така необходимите умения и знания, от които се нуждае, и да затрудни постигането и поддържането на дългосрочната визия за „икономика на знанието“.

Второ, безработицата и загубата на работа имат сериозни финансови и здравни последици за индивидите. Проучванията сочат, че сред хората, които губят работата си, често се наблюдава влошаване на различни аспекти на тяхното телесно и психическо благополучие, което може да продължи с месеци (Armstrong, 2006; Brinkley, Clayton, Coats, Hutton, and Overell, 2008). Като цяло заетите лица намират здравния си статус по-добър отколкото безработните.

Трето, от съществено значение е загубата на работа да не се концентрира само сред най-уязвимите части на работната сила и особено сред хората с увреждания или дълготрайно или хронично заболяване. Намирането на начини да се повиши задържането на работа на тези хора е жизнено важно, тъй като знаем, че веднъж отпаднали от пазара на труда, шансовете им отново да си намерят смислена работа силно намаляват. Тъй като честотата на безработицата отново започва да се покачва, е важно да се гарантира, че хората с дългосрочни здравни проблеми или заболявания няма да бъдат неравномерно засегнати.

Четвърто, след започването на възхода ѝ, което със сигурност ще се случи, българската икономика не може да си позволи възстановяването ѝ да бъде забавено от недостиг на квалифицирани, мотивирани и здрави работници. Върху тази последна точка се фокусира и голямата част от настоящия доклад.

Връзката между здравето на трудоспособното население и социоикономическото развитие на страната е призната в България (Tzenova, 2011). Тя дава основание за дългосрочна загриженост. Тези опасения ще продължават да съществуват, като се има предвид както икономическия спад, така и застаряването на работната сила в България. Следните данни илюстрират някои от очертаните тенденции:

- Според петото европейско проучване на условията на труд (Fifth European Survey on Working Conditions (EWCS, 2010)), до 33.7% от българите смятат, че работата има негативно отражение върху здравето им.
- Поне 27% от работниците и служителите са отсъствали по здравословни причини в предходната година (EWCS, 2010).
- През 2009г при хората на възраст над 16 години 8,9% от първичната инвалидност се дължи на заболявания на мускуло-скелетната система и съединителната тъкан (Griva and Dikova, 2009). При 83% от тях загубата на трудоспособност надхвърля 50%.
- През 2010 около 13.3% от мъжете и 11.7% от жените в трудоспособна възраст в България не са били активни в резултат на заболяване или инвалидност (Eurostat, n.d.). За сравнение през 2009г. тези цифри са 16.8% и, съответно, 11.8% (Eurostat, n.d.).
- Други 7,7% от хората в трудоспособна възраст отсъстват от работа поради необходимостта да се грижат за някой близък. (Eurostat, n.d.).
- През 2004г. на мускуло-скелетни заболявания (МСЗ) се дължат 1005.2 хоспитализации на 100,000 население в работоспособна възраст (6.1%) (International Health care and Health Insurance Institute, 2004).

Независимо от демонстрираното по-горе значително въздействие на здравето върху работната сила в България, справянето с високата честота на мускуло-скелетни заболявания сред българските работници и служители все още не е с достатъчен приоритет за работодателите и здравните институции. Важно е да се повиши информираността за преките и непреките разходи, свързани с влошеното здраве, за да могат организациите и обществото да оценят възможните дългосрочни последици.

**2.2** В европейски контекст загрижеността на Европейската комисия и на социалните партньори по отношение честотата и последиците от професионалните МСЗ в последните години непрекъснато нараства. Установено е, че 100 милиона човека в Европа страдат от хронични костно-мускулни болки (Veale, Woolf and Carr, 2008), от МСЗ страдат повече от 40 милиона работници в ЕС като тези състояния съставляват почти половината от професионалните заболявания в страните от Европейския съюз (European Trade Union Institute (ETUI), 2007), което води до очаквани разходи за обществото в размер на 0,5 до 2% от брутния вътрешен продукт (БВП) (Cammara, 2005).

Четвъртото проучване на условията на труд в Европа, публикувано от Европейската фондация (Parent-Thirion et al., 2007) сочи, че 25% работниците в Европа имат болки в гърба, а 23% - мускулни болки. И наистина, Европейската комисия установи, че на

МСЗ се дължат 50% от всички отсъствия от работа с продължителност три или повече дни и 60% от трайната нетрудоспособност. Ако европейската икономика, основана на знанието, трябва да се възстанови и конкурира със САЩ и развиващите се икономики на азиатските страни, то здравето и производителността на работната сила в ЕС трябва да бъде приоритетна политика. Настоящият доклад разглежда България в по-широкия европейски контекст като се оценява по кои пунктове България се справя добре и пред какви предизвикателства е необходимо да се изправи. В допълнение, в приложение 3 е направено сравнение на показатели за пазара на труда, социалната и здравните системи в редица европейски страни.

---

### 2.3

#### Цели на проучването

По-точно, този проект цели да отговори на всеки от следните въпроси:

1. Какво е въздействието на МСЗ върху заетостта и икономическото развитие на България? Как то може да се промени в контекста на очакваните демографски промени и промените в трудовата сила и начина на живот?
2. Каква е връзката между работата и МСЗ? Какво е въздействието на биологичните, психологичните и социалните, включително на работното място, фактори върху МСЗ?
3. Доколко добре работодателите, държавните органи и общопрактикуващите лекари (ОПЛ) разбират и се справят с МСЗ като състояния, свързани с полагането на труд? Доколко добре е съоръжен здравният сектор, така че да може да осигури ранни интервенции, рехабилитация и друга подкрепа за хората с тези състояния?
4. Какви ранни интервенции могат да предоставят политиките и работодателите, за да се гарантира, че хората с МСЗ а) ще запазят работните си места б) ще се повиши качеството на трудовия им живот и приноса им за обществото и в) ще се поддържа достъпът им до (и връщането им на) работа?

За да отговорим на въпросите, поставени по-горе, ние използвахме следните подходи:

1. Анализ на литературни данни: Проучихме съществуващите публикувани проучвания в областта на медицината, професионалните заболявания и здравната икономика. Това ни даде възможност да обединим доказателствата за природата, степента, въздействието и разходите, свързани с МСЗ, за българската икономика, работодателите и отделните индивиди. Изследвахме различни видове МСЗ, за да оценим степента, до която варира тяхното въздействие и какви са силните и слабите страни на политиките и практиките по отношение превенцията и интервенирането.

2. Вторичен анализ на данните: Използвахме данни от вътрешни и европейски изследвания и проучвания, за да изследваме честотата на МСЗ сред населението в трудоспособна възраст в България и разходите, свързани с тях.
3. Интервюта с експерти: Проведохме интервюта с български експерти от различни специалности, включително трудова медицина, ревматология и професионални заболявания, за да идентифицираме основните области от политиките и практиките, на които трябва да се обърне внимание от страна на политиците, здравните професионалисти и работодателите.

В допълнение към голямата картина, за да фокусираме изследванията, избрахме да се концентрираме върху четири категории или групи МСЗ. Те са:

- Болки в гърба;
- Свързани с труда заболявания на горните крайници (СТЗГК);
- Ревматоиден артрит (РА);
- Спондилоартропатия (СпА).

Болките в гърба и по-голямата част от СТЗГК са категоризирани като неспецифични и епизодични състояния, които често се предизвикват или влошават от работата. Те се проявяват по коренно различни начини и могат да причинят периоди на интензивен дискомфорт и неработоспособност, които да снижат способността на работника да извършва работата си. Те може, също така, да утихнат за дълги периоди от време. Много хора с тези състояния (напр. болки в гърба) никога не търсят лечение и се възстановяват сами, но тези състояния могат да доведат до значителни отсъствия от работа или до снижена производителност на труда. Болките в гърба и СТЗГК често са включени в литературата и насоките за безопасни и здравословни условия на труд. Обичайно с тези състояния се занимават лекарите по трудова медицина.

От друга страна РА и СпА са специфични и прогресивни ревматологични заболявания, които не се дължат на условията на труд, но могат да се влошат от тях. Те често са обект на лечение от страна на общопрактикуващите лекари и специалистите, а не от страна на трудовата медицина. Те са клинично диагностицируеми състояния, които, ако не се лекуват, прогресират по един доста предвидим начин. Те може да имат съществено отражение върху функционалния капацитет по време на работа и, в дългосрочен план, върху участието на пазара на труда. При повечето хора с тези състояния се налага клинично интервениране за продължителен период от време. Лечението им при лица в трудоспособна възраст трябва да включва често и активно участие от страна на клиницисти, работодатели и специалисти по трудова медицина.

Взети заедно, тези МСЗ илюстрират ефектите от заболяванията, от които страдат една трета от българските работници във всеки един момент от времето. По-доброто разбиране на ефектите от тези състояния, на ползите от задържането на работа и на това, какво може да бъде направено, за да се облекчат последиците от тях, може да донесе значителни социални и икономически ползи.

**2.4** В отсъствието на консенсус относно клиничните дефиниции на много от МСЗ, търсенето из литературата за тяхното разпространение, заболяемост, диагностициране, епидемиология, лечение и разходи за българското общество, е трудна задача. Липсата на стандартизация и валидиране на терминологията и класификациите на МСЗ са една от причините за противоречивите резултати в литературата относно диагнозата, епидемиологията, лечението и рехабилитацията на тези заболявания (WHO, 2003). Някои клиницисти правят разлика между мускуло-скелетни 'състояния' и мускуло-скелетни „заболявания“. Първото се отнася до всички клинични състояния, засягащи мускуло-скелетната система, а второто, според дефиницията на ETUI (2007), означава 'всяко засягане на мускуло-скелетната система, което се случва по време на работа и води до дискомфорт, затруднения или болка по време на изпълнение на трудовите задължения'.

До 2007г. България няма официална дефиниция за свързаните с труда мускуло-скелетни заболявания (Gladicheva and Chengelova, 2007). Най-често използваната дефиниция е на експертна група към Университетската клиника по професионални заболявания:

*“мускуло-скелетните заболявания (МСЗ) включват увреди или травми на мускулите, костите, ставите, лигаментите и вътреставните торбички, причинени от фактори, свързани с упражняването на труд, като статична поза при работа, големи натоварвания, монотонна работа и вибрации.”*

С тази дефиниция, ограничена от обхвата на въпросните състояния, както и факторите, които допринасят за тези растройства, през 2008г е издаден изчерпателен списък на професионалните болести, при който международните кодове на болестите (МКБ-10) са свързани със специфични каузални фактори на работната среда като вибрации или работа в неудобни пози (NSI, 2008). В табл. 2.1 са представени примери за заболявания в зависимост от причината.



Табл. 2.1. Избрани професионални заболявания в България

Причинител от работната среда	Състояние	МКБ-10 код
Локални вибрации	Синдром на карпалния канал	G56.0
	Увреждания на рамото	M75
	Латерален епикондилит (лакът на тенисист)	M77.1
	Увреждания на меките тъкани на горните крайници	M70
Общи вибрации	Раменен периартрит	M75
	Щракащ пръст (стенозиращ флексорен теносиновит)	M65.3
Повишено атмосферно налягане	Миалгии	M79.1
	Невралгии	M79.2
Телесно пренатоварване (работа с големи тежести, репетитивна и монотонна работа, работа при висока скорост, поза при работа и т.н)	Синдром рамо-ръка	M89.0
	Тендинит на ахилесовото сухожилие	M76.6
	Хронична болка в областта на врата и рамото	M54.2
	Ниска кръстна болка	M54.5

Източник: НСИ, 2008

Новата класификация е по-изчерпателна в сравнение със системата, използвана преди, тъй като демонстрира разбирането за това как условията на труд са пряко свързани със заболяванията. Употребата на международни кодове на болестите повишава консистентността на събирането на данните и сравненията между страните. Нашият кратък обзор на официалната статистика за проблеми със здравето в България, обаче, говори, че дори и при наличието на дефиниции за професионалните болести, държавните институции, събиращи данни за болестността и разходите, свързани с МСЗ, не винаги уеднаквяват методите си за събиране на данни, което прави превенцията и лечението на професионалните заболявания в България една трудна задача.

В допълнение, този списък все още не успява да отчете факта, че други състояния, като РА, макар и да не са причинени директно от работата, може да повлияят трудовия процес. Това говори, че съществуващата дефиниция и категоризация на МСЗ може да е твърде тясна, което е отражение на специфичните за българското население честота и въздействие на МСЗ.

**2.5** Този доклад е структуриран по следния начин:

**Структура  
на доклада**

- Раздел 3 изследва честотата на МСЗ в България и отражението им върху производителността и присъствието на работното място, върху участието в пазара на труда и върху българската икономика в по-широк контекст.
- В раздел 4 е направен преглед на интервенциите, включително трудова рехабилитация, които могат да повишат задържането на работа и участието на пазара на труда сред хората с МСЗ.
- Раздел 5 съдържа нашите предложения към работодателите, работниците, ОПЛ, специалистите по професионални болести и българското правителство.
- Приложение 3 дава мрежова таблица за сравнителен анализ, в която са представени редица индикатори за пазара на труда, социалната и здравната системи за всяка от страните, участвали в проекта „Годни за работа“.

### 3. Трудова заетост и МСЗ в България

В този раздел е представено това, което знаем за въздействието на МСЗ върху хората в трудоспособна възраст в България. Тук са използвани данни, изследвания и интервюта от български източници (когато има такива) и е обрисувана картината на предизвикателствата, пред които се изправят българските работници, техните семейства, работодателите им и накрая, държавните институции, сега и за в бъдеще. Той разглежда четири главни проблема:

- Неадекватността на данните за МСЗ в България и последствията от това;
- Въздействието на МСЗ върху трудоспособността;
- Въздействието на работата върху МСЗ;
- По-широките икономически и социални въздействия на МСЗ в България.

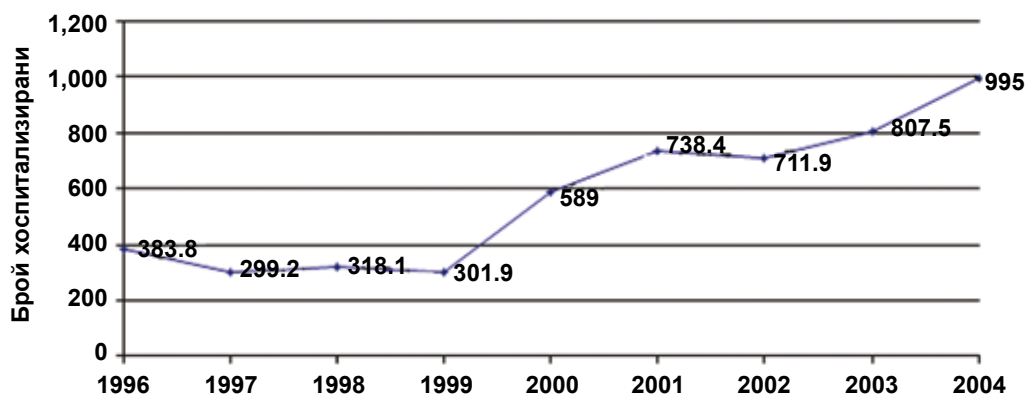
Започваме с качеството на данните.

**3.1** **Една неясна картина** Макар че в България няколко големи държавни институции събират данни за свързаните с трудовата заетост МСЗ (напр. Националният център по здравна информация, Националният център за опазване на общественото здраве, Националният статистически институт и Националният осигурителен институт), според Гладчиева и Ченгелова (2007) тези източници не са достатъчно обезпечени ресурсно, което повлиява негативно качеството на наличните данни. Липсата на комуникация между тях е видна и от несъответствието в индикаторите за данните, които предоставят. Независимо, че има обработка при събирането на данните, липсата на методологически ресурси и на регулярни публикации възпрепятства постигането на разбиране за въздействието на професионалните МСЗ в България.

На фиг. 3.1 е представено нарастването на броя на пациентите, изписани от български болници, след като са били лекувани по повод МСЗ.

Този метод за събиране на данни дава само ограничена представа за заболяемостта от МСЗ в България. Тъй като при МСЗ тя се установява въз основа броя пациенти, изписани от болница с дадена диагноза, този метод не взема под внимание хората с МСЗ, които не са хоспитализирани или са амбулаторни пациенти. По подобен начин се пренебрегва изчисляването на разходите за МСЗ, с изключение на преките разходи за лечение, като се пропускат, например, честотата на безработица и увреждания, свързани с МСЗ.

Фиг. 3.1. Брой на хоспитализирани пациенти с МСЗ в България на 100 000 население



Източник: Национален център по здравна информация. Виж <http://www.nchi.government.bg/>

Особено трудно е да се придобие представа за разпространението на състояния, които не са включени в списъка на професионалните болести. Когато става дума за ревматоиден артрит, например, трябва да търсим източници извън България, за да получим картина за разпространеността на това заболяване. Същото се отнася и за АС. В България честотата на тези състояния или не е адекватно отразена или – в най-добрия случай – е изчислена на база броя на членуващите в пациентските организации.

Все още е трудно точно да се определи степента на МСЗ сред трудоспособното население в България, макар че мнозина са се опитвали. Европейската фондация за подобряване условията на живот и труд (Eurofound, 2007а) на няколко пъти се затруднява да изгради надежден статистически образ на МСЗ в България. Макар че данните са събрани както от националните регистри, така и чрез проучвания сред работниците (Eurofound, 2007а), много епизоди на професионални заболявания остават несъобщени поради страх от страна на заетите, че ще загубят работата си (WHO, 2009).

Националният център за здравна информация (НЦИ) регистрира броя на случаите на мускуло-скелетни заболявания и броя загубени дни на 100 осигурени работещи. Мускуло-скелетните заболявания са на второ място, след респираторните заболявания, като причина за болест на 100 осигурени работници със средно 13,2 загубени дни поради мускуло-скелетни заболявания (виж табл. 3.1). Ясно е, че МСЗ водят до сравнително по-дълги периоди на отсъствие по болест, тъй като броят на случаите с МСЗ е нисък, но броят на загубените в резултат на тези състояния работни дни е висок. .

**Табл. 3.1. Осигурени лица с временна инвалидност: основни причини за инвалидност**

	Брой случаи на 100 осигурени	Брой загубени дни на 100 осигурени	Среден брой загубени дни
Респираторни болести	28.8	178.9	6.2
<b>Мускуло-скелетни заболявания</b>	<b>9.4</b>	<b>124.1</b>	<b>13.2</b>
Болести на нервната система и сетивните органи	9.4	95.1	10.1
Инфекциозни и паразитни болести	8.7	47.9	5.5
Травми и отравяния	7.5	152.4	20.3

Източник: НЦЗИ. Виж <http://www.nchi.government.bg>

В същото време, както е посочено и по-горе, липсва каквато и да било консистентност при свързването на тези данни със специфични професионални заболявания от официалния списък на професионалните болести. Малко са доказателствата, че статистическото отчитане на болестите е в съответствие с този списък. Има само откъслечни данни за разпространеността на тесен спектър МСЗ. По ред причини това е една обезпокоителна картина:

- Невъзможно е да сме точни относно икономическите последици от МСЗ, въздействието им върху производителността или социалната цена, която плащат нацията, работещите и техните семейства.
- Ако, както е вероятно, разпространеността на МСЗ се увеличава с нарастване на средната възраст на работната сила в България, то липсата на добри първоначални данни днес прави предвиждането на въздействията на МСЗ в бъдещето много трудно.
- Неадекватните данни затрудняват привеждането на убедителни аргументи за действие за българските работодатели или за българските политици.
- Ползите от намеса на клинично ниво, на ниво пазар на труда или на работното място още по-трудно могат да се остойностят (или оправдаят), ако няма надеждни или изчерпателни данни за степента или въздействието на МСЗ върху работната сила в България.

Независимо от това Фондацията „The Work Foundation” е убедена, че България разполага с достатъчно доказателства, за да се отстоява упорито тезата, че в следващите години МСЗ трябва да бъдат приоритет. Опитът от икономиките с нарастващ процент

по-възрастни работещи, сочи, че бремето от МСЗ може да доведе до значителни икономически и социални последици. В идващите години България трябва да бъде готова да посрещне и да се справи с почти сигурното нарастване на броя на МСЗ, особено сред индивидите в трудоспособна възраст.

### 3.2

#### Въздействие на МСЗ върху работоспособността

Въздействието на МСЗ върху индивидите и работоспособността им варира значително от човек на човек. Опитите да се измери относителната трудова инвалидност се различават в зависимост от методите, използвани за събиране на данните, от селекцията на респондентите и дефинициите за трудова инвалидност. Под трудова инвалидност обикновено се има предвид прекратяване на трудовата заетост, намалено работно време или пенсиониране по болест. Тези данни рядко включват определяне на загубена трудоспособност по време на работа.

МСЗ, както е подчертано в раздел 2, могат да бъдат специфични или неспецифични. По-долу са дискутирани ефектите на специфични МСЗ, като е отделено специално внимание на РА и спондилоартропатиите (SpA). Други, до голяма степен неспецифични МСЗ, са описани в две основни категории – болки в гърба и професионални заболявания на горните крайници. Така ефектите от болката, дължаща се на МСЗ, могат да окажат въздействие върху следните аспекти на производителността на труда:

- Издържливост и устойчивост;
- Когнитивен капацитет или концентрация;
- Рационално мислене/настроение;
- Отпадналост;
- Подвижност;
- Сръчност.

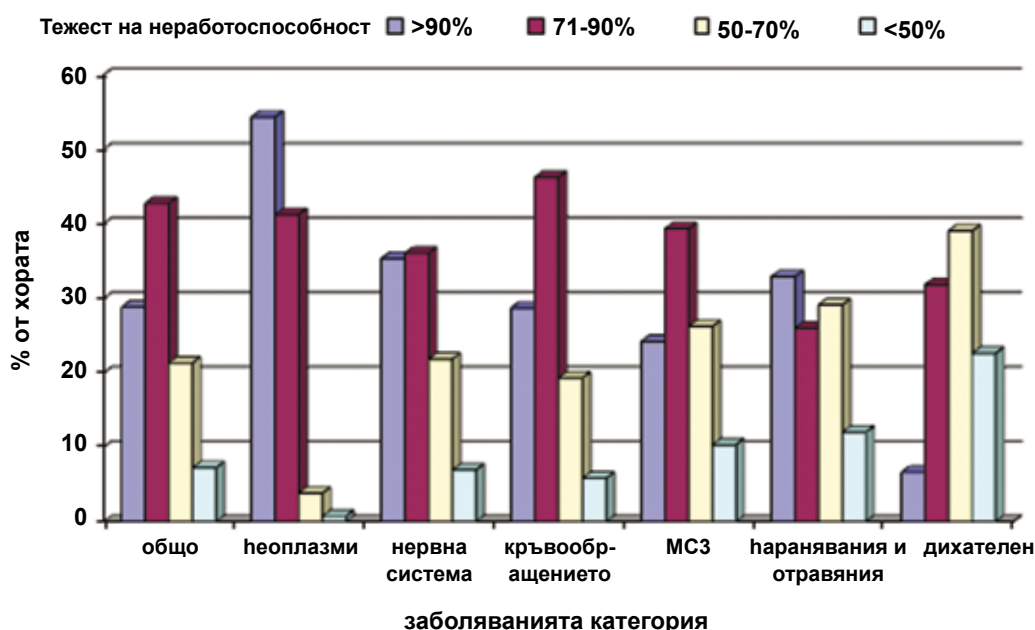
МСЗ може да имат ефекти върху безопасността при работа. Ако концентрацията или движенията са увредени от дадено състояние или свързаната с него болка, то тогава някои аспекти от трудовия процес могат да станат опасни. Трябва, също така, да се отбележи, че след поставянето на диагнозата, някои медикаменти може да имат съществени странични ефекти, които негативно да повлияят работоспособността на индивида. Там където има опасен труд (използване на тежкотоварна техника или шофиране), то безопасността на труда също може да се превърне в повод за безпокойство.

МСЗ може да причинят болка, която да доведе до ограничаване на работоспособността и отпадналост, която много хора не се чувстват способни да разкрият на работното

си място. Изследванията сочат, че до 30% от работниците със заболявания като ревматоиден артрит (РА) не желаят да разкрият факта на заболяването си пред своите колеги или ръководители поради страх от дискриминация (Gignac, Cao, Lacaille, Anis, and Badley 2008), а 22% от работниците не съобщават на работодателите си за заболяването си (Gignac, Badley, Lacaille, Cott, Adam et al., 2004).

В същото време е ясно, че въздействието на МСЗ може да бъде силно инвалидизиращо за работещите. За мнозина ограничението на трудоспособността в резултат от МСЗ ще бъде по-голямо в сравнение с други състояния (виж фиг. 3.2). Важно е въздействието на тези състояния както върху трудоспособността, така и върху качеството на живот, да бъде разпознато както от здравните професионалисти, така и от работодателите.

**Фиг. 3.2. Осигурени хора с пожизнена инвалидност: отражение на заболяването върху тежестта на инвалидизацията**



Източник: Национален център за здравна информация (НЦЗИ). Виж <http://www.nchi.government.bg>

### 3.2.1 Болки в гърба

Болките в гърба са много често оплакване в България. Четвъртият EWCS (Parent-Thirion et al., 2007) сочи, че 29,2% от българските работници съобщават за свързана с работата болка в гърба, макар че не е толкова лесно да се намерят точни данни от проучвания, проведени в България през последните години. Едно проучване (Костов и Колева, 2001) установява честотата на заболяванията на гърба сред работници от завод

за производство на торове и свързаните с това рискови фактори. Резултатите сочат, че честотата на болката в долните части на кръста е 25.8% за хората на възраст над 40 години в сравнение със 17% при тези под 40 години. Подобни разлики във възрастта са установени за лумбосакралните радикуларни синдроми (16.2% при тези над 40 години в сравнение с 5.8% за хората на възраст под 40 години). Болестността и при двете състояния е по-висока сред жените отколкото сред мъжете. Едно друго проучване на 168 инженери установява много по-висока честота на болка в гърба (65,2%) (Ценова и Велкова, 2008), което говори, че честотата на тази болка се различава сред работещите на различни места, като така излага работещите в определени сектори на по-висок риск.

Болката в гърба е често срещана, епизодична, често рецидивира и като цяло отминава от самосебе си. Рецидивирането ѝ е проблем за много хора, макар че това не означава непременно, че симптомите се влошават. Счита се, че болката в гърба е рецидивираща, ако в рамките на една година има няколко епизода с обща продължителност по-малко от шест месеца; остра е, ако епизодът трае по-малко от шест седмици; подостра (7-12 седмици) и хронична, ако продължава повече от 12 седмици. При голямата част от хората болката отминава сама за период от четири до шест седмици. В европейското проучване на хората, посетили личните си лекари поради болки в гърба, при 65% симптомите отзвучават в рамките на 12 седмици (van der Hoogen et al., 1998 in Bekkering, Henriks, Koes, Oostendorp, Ostelo et al., 2003). Отбелязаните отсъствия от работа са най-много сред хората, чието състояние е хронично или рецидивиращо. Повечето хора с болки в гърба или се задържат на работа или се връщат на работа след кратко отсъствие. Около 85% от хората с болки в гърба отсъстват по болест по-малко от седем дни като това е само половината от загубените работни дни. Останалите се дължат на петнадесетте процента, които отсъстват повече от един месец (Bekkering et al., 2003).

Важно е да се знае, че има разлика между наличието на симптоми, търсенето на помощ, загубата на трудоспособност и инвалидизирането и факторите, които допринасят за тях. (Burton, 2005). Това означава, че макар и индивидите да изпитват мускуло-скелетни болки (напр. в гърба), то не е възможно да се предскаже какви стратегии ще използват за справяне с болестта или травмата (например търсене на медицинска помощ), как това ще се отрази на трудоспособността им и накрая, дали те ще станат част от малцинството на пожизнено инвалидизираните поради състоянието си. Ето затова важният въпрос е защо, когато толкова много хора страдат от болки в гърба, при някои те имат такива нежелани ефекти, а при други - не? Има все по-голямо съгласие, че психологичните фактори са диференциращият фактор, тъй като те са силно свързани с прогресирането на болките в гърба от остро през хронично състояние, от което страдат два до седем процента от



хората (Burton, 2005), до превръщането им в инвалидност (Burton, 2005; Bekkering et al., 2003).

### 3.2.2 Свързани с труда заболявания на горните крайници (СТЗГК)

Според четвъртия EWCS (Parent-Thirion et al., 2007), 30.3% от българските работници съобщават за наличие на мускулни болки във врата, раменете и горните крайници. Костова и Колева (2001) установяват, че честотата на цервикобрахиалния синдром, който се характеризира със скованост и болка във врата, която се разпространява към ръцете, сред работещите в завод за торове, е 16,2% при тези на възраст над 40 години и 10% при тези под 40 години. Както и при болките в кръста честотата е по-висока сред жените, отколкото сред мъжете (22,9% в сравнение с 8,3%).

СТГК са МСЗ, които засягат горната част на тялото и са причинени или влошени в резултат на трудовия процес и на работната среда. Има съществени спорове, обаче, относно дефиницията и диагностичните критерии за СТЗГК, които често са наричани „навяхване на лигаменти, мускули или сухожилия“, „репетитивна травма или разстройство“ или „кумулятивна травма“. В тази категория могат да влязат както специфични, така и неспецифични заболявания и симптоми. Van Eerd, Beaton, Cole, Lucas, Hogg-Johnson et al. (2003) идентифицират 27 различни системи за класификация на свързани с работата МСЗ, като нито една от тях не прилича на другите. Фактът, че дадено разстройство често се описва по различни начини, само утежнява проблема. Van Eerd et al. (2003) намират, че различните класификационни системи нямат съгласие по това, кои заболявания трябва да бъдат включени в тях. Този проблем на дефинирането прави трудно изчисляването на броя на хората със СТЗГК и изработването на споделено разбиране за свързаните с тях рискови фактори.

Макар че няма единно приета класификационна система, налице е общо съгласие, че симптомите на СТЗГК може да са от страна на сухожилията, мускулите, ставите, кръвоносните съдове и/или нервите и да включват болка, дискомфорт, изтръпване и мравучкане в засегнатите области. СТЗГК могат да бъдат специфични и неспецифични (Aptel, Aublet-Cuvelier and Snockaert, 2002) и опитите за класифицирането им са фокусирани предимно върху засегнатата телесна област или върху причините. Примери за СТЗГК според телесните области са:

- Лакът: Епикондилит (лакът на тенисист или на играч на голф).
- Длан, китка и предмишница: синдром на карпалния канал; репетитивно травматично разтежение, синдром на de Quervain;

- Рамо: Тендинит на рамото;
- Врат: Болки в шията.

Някои от тях са включени в списъка на професионалните заболявания, даден по-горе (Български национално-осигурителен институт - NSSI, 2008).

Класифицирането според причини, свързани с работата, се отнася до условия като вибрации върху дланите или ръцете, които могат да доведат, например, до синдром на Raynaud. Широтата на категорията СТЗГК означава, че почти всички симптоми и въздействия от работната среда, свързани със МСЗ, са свързани и със СТЗГК. По тази причина по-долу са дискутирани по-подробно специфичните симптоми и въздействия от МСЗ, свързани с болки в гърба, РА и СпА.

### 3.2.3 Ревматоиден артрит

Ревматоидният артрит (РА) е пример за специфично МСЗ. Тази форма на възпалителен артрит поражда хора от всяка възраст, макар че пикът на заболеваемостта е в средната възраст на трудоспособното население, между 25 и 55 години. Както беше споменато по-рано ние трябва да разчитаме на източници извън България, за да получим представа за болестността от РА, тъй като данните от страната са оскъдни или са под формата на приблизителни стойности. Според едно такава приблизително проучване в България има 60 000 човека, които страдат от РА; последните данни сочат, че този брой може да е по-висок.

Според СЗО (2003), заболеваемостта от РА в България е най-висока във възрастовата група между 45 – 54 години, като засяга 606 от 100,000 мъже и 2,500 от 100,000 жени на тази възраст (СЗО, 2003). За мъжете това е сравнимо с общата заболеваемост от РА в повечето индустриални страни, което е между 0,3 и 1 процент. Изчислената болестност от РА сред българските жени, обаче, е значително по-висока отколкото в другите европейски страни.

Епидемиологичните проучвания сочат, че РА скъсява очакваната продължителност на живота с 6 до 10 години. Точните причини за РА са неизвестни. Данните сочат, че има имунна реакция, която се манифестира чрез възпаление, засягащо ставите и други тъкани. Рисковите фактори включват пол, фамилна анамнеза за РА и наличие на специфичен левкоцитен антиген (HLA) (СЗО, 2003). На индивидуално ниво клиничният ход на РА варира изключително много като симптомите включват болка, скованост на ставите и уморяемост (особено сутрин или след периоди на бездействие), отслабване на телло или треска или грипоподобни симптоми. Той поражда синовиалните стави, като

предизвиква болка и води до деформирането им и инвалидизиране. Болестта може да прогресира много бързо, като води до отоци и увреди на хрущяла и костите около ставите. Той може да засегне всяка става в човешкото тяло, но често се локализира в дланите, стъпалата или китките. РА може да засегне и сърцето, очите, белия дроб, кръвта и кожата.

Ходът на РА варира, което означава, че може да преминава през леки или дори самоограничаващи се форми до тежки форми, които за кратко време водят до деструкция (Young, Dixey, Cox, Davis, Devlin et al., 2000). РА обикновено е хроничен (персистиращ) и хората, които боледуват често имат пристъпи на интензивна болка, често придружени от отпадналост, макар че причината за тях е неизвестна. Практически, 'припламванията' означават, че един ден човек ще може да изпълнява задълженията си, а на следващия няма да може. Това може да е трудно за разбиране от страна на колегите и мениджърите и може да превърне планирането на работната натовареност в предизвикателство. Справянето с тези пристъпи, когато човек е на работа, изисква тясно сътрудничество и разбирателство между работниците и работодателите.

По тази причина ефектите на болестта могат да доведат до затруднение в изпълнението на ежедневните задачи и често принуждават много хора да се откажат от работа или да предпочетат намалено работно време. Трудоспособността в рамките на една година се ограничава с две трети и в резултат на заболяването си 40% от хората с РА спират да работят след три години (Bone and Joint Decade, 2005). Вероятността да останат на работа е най-малка за хората на по-активни длъжности. Тези пък, които имат по-уседнала работа, «на бюро», може да не работят с пълния си капацитет поради отпадналост, болка и липса на концентрация в резултат от тях. Като следствие вероятността да правят грешки се повишава и те са изложени на по-висок риск от загуба на работа.

Решението за напускане на работа от страна на лицата с хронични заболявания може да бъде повлияно от различни финансови и лични съображения. Изглежда, че в сравнение с останалите развити европейски икономики, относително висок процент от пациентите с РА в България продължават да работят. За пациентите на възраст 20 – 44 години в България процентът на заетост е 70% за жените и 78% за мъжете; около 40% от пациентите от женски пол на възраст 45 – 64 години са безработни и малко под една трета от пациентите от мъжки пол са безработни (Kobelt and Kastaeng, 2009).

Въздействието на заболяването върху качеството на живот на пациентите може да бъде подценено, ако се измерва със «западни показатели», което се дължи на по-лошото взаимодействие със здравната система и липсата на средства. Както въздействието на телесните и когнитивните симптоми на РА върху трудоспособността на индивида, така и

психологическите аспекти на заболяването, като депресия, могат също да въздействат върху вероятността пациентът да се върне на работа или да се справя на работното си място. В България, обаче, не се осигурява психологическа подкрепа за пациентите с РА и на този етап специалистите се фокусират единствено върху телесните симптоми на заболяването.

### 3.2.4 Спондилоартропатии

Спондилоартропатиите (СпА) са клъстер от хронични възпалителни заболявания, които включват:

- Анкилозиращ спондилит (АС);
- Реактивен артрит (РеА)/синдром на Райтер (СР);
- Псориатичен артрит (ПсА);
- Спондилоартропатия, свързана с възпалителни заболявания на червата (ВЗЧ);
- Недиференцирана спондилоартропатия (НСпА).

Според едно скорошно проучване на честотата на СпА сред населението на Европа разпространеността им е подценявана в продължение на години и е възможно честотата на СпА да е сходна с тази на РА (Аккос, 2008). За българската популация не са намерени данни, но според приблизителните изчисления са засегнати между 20 000 и 30 000 човека.

**Анкилозиращият спондилит (АС)** е специфично прогресиращо и хронично ревматологично заболяване, което уврежда гръбначния стълб, но може да засегне и други стави, сухожилия и лигаменти. Честотата му в общата популация е 0,1 – 0,2% като съотношението мъже: жени е 3:1 към 2:1 (Dagfinrud, Mengshoel, Hagen, Loge and Kvien, 2004).

Независимо от високата честота на АС при мъжете в общата популация, в България заболяемостта от АС сред жените нараства с всяка година. Все още не е ясно защо.

Първоначалното диагностициране на АС често е в юношеска или млада зряла възраст (средна възраст към началото – 26 години). Изследванията сочат, че за възникването на АС роля има генетичен компонент. Макар че всеки може да се разболее от АС, той засяга мъжете, жените и децата по различен начин (Dagfinrud et al., 2004). При мъжете най-често засегнати са таза и гръбначния стълб, както и гръдната стена, тазобедрените стави, рамената и стъпалата. При жените заболяването е с по-късно начало, по-лек ход, по-дълги асимптомни периоди, но и по-голямо ангажиране на области извън

гръбначния стълб. Поставянето на точната диагноза често може да се забави, тъй като ранните симптоми често се бъркат със спортни травми или болки в гърба; Sieper, Braun, Rudwaleit, Boonen and Zink (2002) смятат, че между началото на болестта и поставянето на диагнозата минават средно седем години. Типичните симптоми на АС включват болка (особено рано сутрин); отслабване на телло, особено в ранните стадии; отпадналост; треска и нощно потене и подобрене на състоянието след раздвижване. Отново, както и при РА, периодите на боледуване изискват добро лечение, за да се гарантира, че индивидите ще могат да изпълняват трудовите си задължения, без работата да става невъзможна.

Почти половината от хората със АС са тежко засегнати, докато при другите има съвсем малко симптоми. Като цяло АС се счита за заболяване, при което много от хората могат да запазят относително добър функционален капацитет (Chorus, Boonen, Miedema and van der Linden, 2002), но същевременно честотата на безработица сред хората с АС е три пъти по-висока, отколкото в общата популация (Boonen, Chorus, Miedema, van der Heijde, Landewé et al., 2001).

Скорешни проучвания осигуриха данни, че свързаното със здравето качество на живот на хората с РА (Chorus, Miedema, Boonen and van der Linden, 2003) и АС (Gordeev, Maksymowych, Evers, Ament, Schachna et al., 2010) позитивно се повлиява от трудовата заетост. Заключението на Chorus et al. е, че работата *'може да бъде важен фактор за позитивно повлияване на начина, по който пациентите възприемат трудоспособността си.'* Тази находка е в съгласие с Waddell and Burton (2006a), за това, че като цяло доброто качество на работата води до ползи за здравето и възстановяването на работниците. Степента, до която условията на труд могат да имат позитивни или негативни ефекти върху развитието на МСЗ, е дискутирана по-долу.

**Псориатичният артрит (ПсА)** е вид ставно възпаление, което засяга между 0,2 и 1% от общата популация (Wallenius, Skomsvoll, Koldingsnes, Rødevand, Mikkelsen et al., 2008) и между 10% и 20% от индивидите с псориазис. Данни за честотата на това заболяване в България не са намерени. Когато ставите са възпалени, те стават чувствителни, оточни и болезнени при движение. Ставите обичайно са схванати след почивка, рано сутрин или при вечерната почивка. Тъканите около ставите, като лигаменти и сухожилия, може също да бъдат засегнати. Възпалението на сухожилията или мускулите (като лакът на тенисист и болка около петата) също са признаци за псориатична артропатия. В приблизително 80% от случаите артритът се развива след появата на псориазиса. Жените и мъжете са еднакво засегнати, а сравнителните проучвания сочат, че пациентите с ПсА страдат от

бреме на болестта, което е сравнимо с това на пациентите с РА или АС (Wallenius et al., 2008).

Има няколко признака, които разграничават ПсА от другите форми на артрит: при един от моделите възпалението обикновено засяга крайните стави на пръстите. При друг модел се засягат ставите на гръбначния стълб и сакроилиачните стави и той се нарича спондилит (подобно на анкилозиращия спондилит). Може да има болка и схващане на врата или целите пръсти на ръцете или краката да се възпалят или да отекават (дактилит). Може да има тенденция към сковане на ставите, като понякога те се сливат една с друга. Важно е да се отбележи, че липсата на ревматоиден фактор в кръвта помага за разграничаването на ПсА от РА. Обичайно е това състояние да се развие в юношеска възраст. При жените може да има увеличаване на заболяемостта след бременност или в менопаузата. Тъй като ПсА засяга както кожата, така и ставите, това има негативно отражение върху качеството на живот на хората с ПсА. Всъщност, поради емоционалните проблеми, те могат да изпитат повече болка и ограничения на ролевото функциониране, отколкото пациентите с РА (Husted, Gladman, Farewell and Cook, 2001). Сред хората с ПсА смъртността е по-висока, отколкото в общата популация. (Wallenius et al., 2008).

---

**3.3** Рисковите фактори за МСЗ варират в широки граници. Налице е широко съгласие между експертите, че работата може да бъде рисков фактор за МСЗ, но и дейностите, които не са свързани с работата, като спорт и домакински дейности, също могат да допринесат за мускуло-скелетните заболявания.

### 3.3.1 Вътрешноприсъщи фактори и начин на живот

Прогресирането на МСЗ може да бъде повлияно от разнообразни фактори. Някои проучвания, например, отбелязват, че високата честота на мускулно-скелетната болка сред работещите жени може да е свързана с факта, че жените извършват по-голямата част от домакинската работа (Punnett and Wegman, 2004). Вътрешноприсъщите фактори също имат роля за началото и влошаването на МСЗ. Някои вътрешноприсъщи фактори могат да бъдат променени, други, като генетичната предиспозиция - не. СЗО (2003) определя няколко вътрешноприсъщи фактора за неспецифичните МСЗ, включително:

- Затлъстяване, ръст;
- Абнормности на гръбначния стълб;
- Генетична предиспозиция;
- Бременност;
- Психологичен стрес: самооценка;

- Здравни убеждения: самоконтрол; ефикасност; начин на възприемане на инвалидността и очаквания;
- Стрес в семейството;
- Психически стрес: соматизация, тревожност и депресия;
- Остаряване.

Едно проучване в България потвърждава въздействието на редица от демографски и свързани с начина на живот фактори върху риска от развитие на заболявания на гърба. Изследването на рисковите фактори сред 898 работници и служители от завод за торове разкрива, че възрастта е най-големият рисков фактор за развитие на някои от заболяванията на гърба (включително болки ниско в кръста), следван от пола (Kostova and Koleva, 2001). Проучването също така установи, че при мъжете над 40 годишна възраст рискът от развитие на заболявания на гърба се повишава при затлъстяване и тютюнопушене.

До 18,5% от българското население през 2011г е на възраст над 65г, което е почти два пъти повече от процента на тази възрастова група през 1970 (Griva and Dikova, 2010). В същото време в България честотата на трудова заетост на по-възрастни работници (на възраст между 55 и 64 години) е една от най-високите в ЕС като процентът на заетите е 43,5%, а средната възраст при пенсиониране – 64,1 години (Eurofound, 2007a). Тъй като според проучването, цитирано по-горе, рискът от развитие на МСЗ нараства с възрастта, то е необходимо да се отдели специално внимание на условията на труд на по-възрастните работници.

Един новопоявил се здравен проблем в България е честотата на затлъстяването – рисков фактор за заболявания на костите и ставите, както и за сърдечно-съдови заболявания и диабет. Изчерпателни данни по тази тема, обаче, няма. Едно проучване установява приблизителната честота на наднорменото тегло и затлъстяването сред градски жители на възраст 30-60 години, като проследява разликите в зависимост от доходите и пола. Те наблюдават, че вероятността от наднормено тегло и затлъстяване е по-висока сред мъжете, отколкото сред жените (44,8% спрямо 32,4% и 6,0% спрямо, съответно, 4,7%) и че ИТМ намалява с нарастването на доходите (Ivanova, Dimitrov, Dellava and Hoffman, 2008). Сходен процент е установен при Европейското проучване на здравето (European Health Interview survey (2008)): 56.7% от мъжете и 43% от жените са с наднормено тегло, от които 11,3% от мъжете и 10,9% от жените са определени като затлъстели. Ако тенденцията в България отразява тази в Европа, то е вероятно затлъстяването да става все по-голям проблем.

Както повишаването на риска от затлъстяване, така и ниската физическа активност може да увеличат тежестта на МСЗ и особено на болките в гърба (Viir, Virkus, Laiho, Rajaleid, Selart et al., 2007). Според едно проучване в ЕС (Европейска комисия, 2010) България е сред европейските страни с най-ниска физическа активност: само 3% от българите спортуват или правят упражнения редовно, като изтъкват липсата на време като най-честата причина за това. Четиридесет процента, обаче, съобщават за физическа активност, която не е пряко свързана със спортуване, като каране на колело или градинарство.

Установено е, че тютюнопушенето има отражение върху развитието на ПА (Bone and Joint Decade, 2005). Процентът на хората, които пушат ежедневно, сред възрастното население на България е сред най-високите в Европа като достига 32,3%. Допълнителни рискове са свързани с излагането на децата и непушачите на тютюневия дим (WHO, 2009).

С финансиране от СЗО бяха направени стъпки към подобряване на телесното здраве на българското население. В периода април – октомври 2011г Националният център по обществено здраве и анализи направи одит на съществуващите политики, данни и капацитет във връзка с промоцията на телесното здраве с намерението да изготви национален план за действие и да приложи национална здравна стратегия (WHO, 2011).

### 3.3.2 Въздействие на условията на труд върху МСЗ

Като цяло българските работници са наясно с рисковете, свързани със здравето и безопасността на работното място, като 93% казват, че са много добре информирани за рисковете (EWCS, 2010). В същото време само 40% от работещите смятат, че здравето и безопасността им са изложени на риск в резултат на работата им и малко над една трета смятат, че работата им има негативно отражение върху здравето им. Тези цифри бележат спад в сравнение с 2005г., когато 48% съобщават, че работата им има негативно отражение върху здравето им, но са все още високи в сравнение със средните за ЕС (25%).

По отношение на доказателствата и рисковите фактори, свързани с въздействието на работата върху МСЗ, трябва да се прави разлика между „заболявания, свързани с труда“ и „професионални болести“ (Punnett and Wegman, 2004). Определени МСЗ, като теносиновит на китката, епикондилит на лакътната става, синдром на Raynaud или вибрационно побеляване на пръстите и синдромът на карпалния канал се считат за професионални заболявания от някои европейски правителства (Eurostat, 2004). Всъщност българският списък на професионалните болести по сходен начин включва



много такива професионални заболявания, като по този начин демонстрира разбирането, че работата може да доведе до и да допринесе за тези състояния.

Доказателствата, свързващи не-професионалните МСЗ и работата не позволяват да се направят окончателни изводи и приписването на причинно-следствена връзка между специфични аспекти от трудовия процес и определени телесни части е трудно. На работното място, обаче, могат да бъдат открити много от установените рискови фактори, които могат да допринесат за развитието на неспецифични МСЗ; дори и когато работата не причинява състоянието, тя може да влияе върху него. Още повече, ако мислим за рисковите фактори отвъд телесното, то въздействието на работната среда върху МСЗ вероятно ще е много по-голямо.

Най-често цитираните рискови фактори за МСЗ, срещани на работното място, включват следните (Punnett and Wegman, 2004):

- Бърз темп на работа и повтарящи се движения;
- Тежък физически труд;
- Телесни пози, които не са неутрални (динамични или статични), често навеждане или усукване;
- Механичен натиск;
- Локални или общи вибрации;
- Излагане на студ на части или на цялото тяло;
- Недостатъчно време за почивка и възстановяване.

Българският Национален осигурителен институт (НОИ) събира данни за професионалните заболявания в резултат от излагане на работещите на фактори от работната среда. Данните, обаче, са много оскъдни. За 2009г. са съобщени само 116 случая на професионални заболявания, като само 12 от тях са МСЗ (виж. Табл. 3.2). Струва си да се отбележи, обаче, че трудовите злополуки (2047 случая за първите девет месеца на 2011г) и настъпилите в резултат от тях МСЗ, не попадат в тази класификация. В сравнение с предходните данни за професионалните болести, получени от Националния център за опазване на общественото здраве (НЦООЗ), броят на случаите драстично спада (напр. през 2003г общият брой на МСЗ е само 222); което говори, че преди 2009г не е правена разлика между професионални заболявания и трудови злополуки. Според експертите спадът в честотата може да се дължи на скриване на факта на заболяването в контекста на влошените напоследък икономически условия и страхът от загуба на работа.

Табл. 3.2. Регистрирани случаи на професионални заболявания през 2009г

	Брой случаи
<b>Общ брой заболявания</b>	<b>116</b>
От тях причинени от:	
• Локални вибрации	4
• Общи вибрации	5
• Дълго/често седене	1
• Натиск върху китките	1
• Репетитивна работа с асиметрични движения	1
• Друга репетитивна/монотонна работа	27
• Използване на инструменти по необичаен начин (резки движения)	1
• Други случаи на пренасяне или вдигане на големи тежести	1
<b>Общо МСЗ</b>	<b>12</b>
От тях:	
• Радиален остеоартрит	1
• Увреждане на интервертебралните дискове	5
• Периартрит на раменната става	2
• Медиален епикондилит	2
• Латерален епикондилит (лакът на тенисист)	2

Източник: НОИ, 2009

Този списък осигурява разработена структура за събиране на данни за честотата на специфични МСЗ, предизвикани от условията на труд, но все още не е ясно дали държавните органи в България успяват да съберат точни и надеждни данни за свързаните с труда МСЗ. Фактът, че толкова малко случаи на МСЗ, причинени от условията на труд, са регистрирани от НОИ, дава повод за загриженост относно методите за регистриране и класифициране на случаите на професионални заболявания в България. Необходимо е, също така, да се отбележи, че цифрите в табл. 3.2 сочат броя на хората, лекувани по повод тези състояния, което не отразява задължително броя на случаите, които са съобщени.

Класификацията на професионалните болести според причината повдига още един проблем. Някои фактори, като например 'използване на инструменти по необичаен начин (резки движения)' са изключително специфични, което води до относително нисък брой регистрирани случаи, докато други, като „друга репетитивна/монотонна работа“ са твърде широки като категория. В допълнение, няма изискване за регистриране на професионалните заболявания, причинени от социални и психологични фактори.

Данните от проучванията в отделните страни и от Европейското проучване сочат, че въздействията на условията на труд върху МСЗ са много по-големи и по-разпространени, отколкото илюстрираното от цифрите по-горе. Налице е значително вариране сред различните групи професии. Според първоначалните данни от последното проучване

EWCS, (2010), една четвърт от работниците съобщават за работа с вибрации в поне 25% от времето и малко под една четвърт съобщават за работа в изморителни или болезнени пози почти през цялото време. Други рискови фактори, като пренасяне или преместване на големи тежести, които включват репетитивни движения на ръцете и раменете, също се срещат сред сравнително голяма част от българските работници.

МСЗ повлияват негативно работещите във всички индустрии и професии, макар че някои от тях са изложени на по-висок риск от другите, а някои професии са свързани с микротравми в специфични части на мускуло-скелетната система. Поредица от проучвания в България изследват заболеваемостта от МСЗ сред различните професионални групи и сочат, че е налице висока честота на оплаквания, свързани със здравето, в резултат от работата. В едно проучване на 693 работници в инженерна фирма, например, над една трета се оплакват от честа и продължителна мускуло-скелетна болка, както и от болка и скованост в кръста, ръцете, дланите и раменете. Друго проучване сред 156 служители в общественения сектор установява, че 60% от извадката имат болки в гърба, ставите, мускулите и крайниците (Русинова, Ценова и Юльова, 2007).

България разполага с официални данни за въздействието на факторите на работната среда върху МСЗ, но разминаването между официалните данни и данните, получени от други източници, демонстрира, че качеството на данните може много да бъде подобро и така да се осигури една по-изчерпателна и точна картина.

Ясно е, че работата не е причина за ревматологични заболявания като РА и СпПА, макар че РА се свързва с професионални рискове като вибрации, репетитивни травми, клякане и вдигане на големи тежести (Prüss-Üstün and Corvalán, 2006). Видът работа също може да увеличи риска от развитие на РА. Едно проучване, което изследва социоикономическия статус и риска от развитие на РА, установява, че рискът от развитие на РА сред хората, упражняващи ръчен труд, асистентите и интермедиерните служители е 20% по-висок, отколкото сред хората, които не упражняват ръчен труд. (Bengtsson, Nordmark, Klareskog, Lundberg and Alfredsson, 2005). Освен това изискванията на физическия труд, липсата на подкрепа, себестигматизирането и липсата на гъвкавост по отношение на работното време всяко само по себе си може да затрудни задържането на работа или връщането на работа за пациентите със специфични МСЗ (der Tempel and van der Linden, 2001; Gignac et al., 2004).

По-голямата част от вниманието, което работодателите обръщат на проблема с МСЗ и въздействията на работната среда във връзка с възникването или влошаването им се дължи на загрижеността да се избегнат или ограничат съдебните иски и да се

гарантира, че са изпълнили задълженията си по отношение на грижите, като например, провеждат оценки на работното място и предоставят насоки за упражняване на ръчен труд. Това, обаче, пренебрегва по-големия проблем, а именно, че други фактори, свързани с работното място, могат също да допринесат за развитието на МСЗ. Тези аспекти често се пропускат в литературата и съветите за здравословни и безопасни условия на труд. Дори когато се споменава „стресът”, връзката между психосоциалните фактори и телесните състояния се пропуска, което още повече поставя акцента върху безопасността.

Като цяло, когато които и да било от физическите рискови фактори, споменати по-горе се комбинират или има неблагоприятни психосоциални, лични или професионални фактори и рискът от травми се повишава (Devereux, Rydstedt, Kelly, Weston and Buckle, 2004). Психосоциалните и организационните фактори могат да се съчетаят с физическите фактори и да повлияят вероятността човек преждевременно да напусне работа (Ценова, 2011b). Изследванията върху болките в кръста сочат, че убеждението на служителите, че работата сама по себе си предизвиква болка, предхожда поведението на боледуване и е рисков фактор за хронична трудова инвалидност (Werner et al., 2007). Sokka and Pincus (2001) правят обзор на 15 проучвания и демонстрират, че работата с големи физически изисквания, липсата на автономност, повишените нива на болка, по-ниския функционален статус и по-ниското образователно ниво са предиктори за ранното прекратяване на трудовата заетост сред хората с РА.

Един метаанализ изследва психосоциалните причини за МСЗ сред 1071 служачи в различни организации и на различни позиции в България. Сред 54 лекари при 31,6% се установяват МСЗ, което корелира с различни психосоциални фактори, включително липса на социална подкрепа и конкурентни приоритети. Сред 156 държавни служители в обществения сектор оплакванията, свързани със здравето, са тясно свързани с психосоциални фактори като недостатъчно време за удовлетворително изпълнение на задълженията, липса на признание и липса на автономност (Русинова, Ценова и Юльова, 2007).

Психосоциалните и организационните фактори, свързани с МСЗ включват:

- високи темпове на работа и интензифициране на работната натовареност;
- монотонна работа (възприемана като такава от работника);
- ниска удовлетвореност от работата;
- ограничен диапазон за взимане на решения/нисък контрол върху работния процес;

- ниска социална подкрепа;
- стрес на работното място.

Стресът на работното място е широко понятие и може да е резултат от разнообразни причини като високи изисквания на работното място или несъответствие между уменията и изискванията. Освен това стресът може да е в резултат от злоупотреби или насилие на работното място, както и в резултат на дискриминация и страх от загуба на работата. Едно текущо проучване в България върху „прегарянето“ на работното място – телесно или психично изтощение в резултат на свръхработа или стрес – изследва връзката между стресорите на работното място и оплакванията от здравето като МСЗ като цяло и болките ниско в кръста в частност. Според предварителните данни свързаните с труда фактори, които имат най-голямо отражение върху благополучието на българските работници, включват липса на признание на работното място, ограничена възможност за изразяване на оплаквания, твърде голяма или твърде малка автономност за взимане на решения, както и липса на подкрепа от страна на ръководител.

И отново, важно е да се разпознава връзката между психологичното и телесното. Стресът на работното място, включително насилието и дискриминацията, може да доведе до загуба на производителност в резултат на стреса или до често срещани психични разстройства. Той може да доведе и до МСЗ, причинени от напрежение или разтежения.

Според проучванията, проведени от Конфедерацията на независимите профсъюзи, са установени високи нива на стрес в сферите на образованието, здравеопазването, местното и държавното управление, както и в минната промишленост и железопътния транспорт. Данните, обаче, говорят, че има липса на информираност относно все по-нарастващия проблем със стреса и насилието на работното място в България, както и че на възможните рискове за здравето не се отделя достатъчно внимание (Dimitrova, 2007).

Количеството стрес, което работника смята, че изпитва по време на работа, може допълнително да утежни МСЗ. Установено е, например, че при РА системата на стреса взаимодейства с имунната система като така повлиява активността на заболяването (напр. Walker, Littlejohn, McMurray and Cutolo, 1999). Ниската социална подкрепа, ниският социален статус и ниското социално участие повишават вероятността от изпитване на силна болка (Katz, 2002). По тази причина 'добрата работа' и осигуряването на работни места с високо качество е от критична важност (Coats and Max, 2005, Coats and Lehi, 2008).

Данните, представени по-горе, подчертават, че не само физическите елементи на работната среда са тези, които повлияват функционалния капацитет за работа на индивидите и вероятността те да останат на пазара на труда. Работодателите също трябва да обсъдят психосоциалните и организационните фактори на работната среда. Ако те успеят да се справят с тези фактори, то броят на МСЗ, от които страдат българските работници може да бъде значително намален.

---

**3.4**  
**По-широките**  
**икономически**  
**и социални**  
**последници от**  
**МСЗ**

Ефектите на МСЗ върху трудоспособността на индивидите и времето, в което те отсъстват от работа означава, че с МСЗ са свързани значителни разходи за индивидите, семействата им, работодателите и икономиката като цяло. Изчисляването на точните разходи не е лесно (Lundkvist, Kastäng and Kobelt, 2008). Трябва да се вземат под внимание няколко фактора, поради което получаването на точни, надеждни и консистентни резултати е почти невъзможно. Съществуващите данни за икономическите въздействия на МСЗ, базирани на консервативни приближения, обаче, сочат, че МСЗ са съществено икономическо бреме за България.

За да се изчислят разходите за МСЗ или което и да било друго заболяване, трябва да се изчислят следните фактори:

- **преки разходи** включително медицински, като разходи по превенция, диагностициране, лечение, рехабилитация, дългосрочни грижи и текущи медицински и лични разходи. Те често се подразделят на медицински разходи в сектора на здравеопазването и немедицински разходи в други сектори (Lundkvist, Kastäng and Kobelt, 2008);
- **непреки разходи** включително снижена производителност на труда поради намален капацитет за действие, като загуба на производителност, загуба на приходи, пропуснати възможности и/или загуба на приходи от членовете на семейството, както и загуба от невнесени данъци;
- **нематериални разходи** включително психосоциално бреме, което води до снижено качество на живот, като стрес на работното място, икономически стрес, стрес и страдание за семейството (WHO, 2003).

Тези разходи варират значително в зависимост от състоянието, от тежестта на симптомите и от това дали водят до кратки или дълги отсъствия от работа или инвалидност. Още повече, те варират в зависимост от методите, използвани за изчисление на разходите. Някои фактори, които се отразяват върху изчисленията, са следните:

- Тежест на състоянието на пациентите;
- Сборът на демографските показатели при проучването;
- Методът, използван за изчисляване на производителността;
- Дефиницията на трудова инвалидност;
- Разходите за лечение или показателите, свързани с лекарствата (годишните разходи, когато са включени, също са важни, тъй като процесът на лечение може да бъде променен);
- Промени в системите за финансиране на здравеопазването;
- Основани на заболяемостта или болестността приблизителни изчисления на разходите.

Нематериалните разходи рядко се включват в изчисляването на разходите, тъй като е почти невъзможно те да бъдат адекватно представени в парични измерения (Sieper et al., 2002). Така или иначе, оценката на нематериалните разходи дава полезна информация относно цената, която плащат хората с МСЗ от гледна точка на качеството на живот (КЖ), а показателите за КЖ могат да се използват като допълнителни индикатори за измерване ефективността на интервенциите (Leardini, Salaffi, Montanelli, Gerzeli and Canesi, 2002). Понастоящем двата най-широко използвани показателя са:

- 1. Години живот, съобразени с инвалидността (Disability adjusted life years (DALYs)).** Това е показател за общата тежест на болестта, който се опитва да изчисли тежестта, причинена от някоя болест. Ключовите елементи са възраст към началото на заболяването или инвалидността, продължителността на ефектите и отражението ѝ върху качеството на живот. И така, една DALY е равна на изгубените години живот плюс годините живот, преживени в инвалидност поради заболяване. На РА например се дължат 0.76% от всички загубени DALY в България. (Lundkvist, Kastäng and Kobelt, 2008). СЗО (2009) съобщава, че България има едно от най-високите нива на загубени години живот поради инвалидност за 1000 популация в резултат на мускуло-скелетни заболявания.
- 2. Години живот, съобразени с качеството (QALYs).** QALY също е показател за тежестта на болестта, който включва както качеството, така и количеството на проживения живот. Използва се за оценка на стойността, получена срещу изразходваните средства за медицински интервенции и се базира на броя години, които биха били прибавени в резултат на тези интервенции. QALY измерва колко допълнителни месеци или години живот с добро качество биха били спечелени от даден човек в резултат на лечението и подпомага оценката на съотношението разход-полезност (cost-utility) на това лечение.

И двата показателя са обект на спорове, но вече се считат за полезни при сравнителни анализи както на заболяванията, така и на държавите.

### 3.4.1 Преки разходи

Както беше споменато по-горе, приблизителните изчисления за разходите за болестите изискват информация, свързана с различни фактори, като при различните проучвания има големи разлики. За болките в кръста най-значимите преки разходи са свързани с физикалната терапия, болничните грижи, лекарствата и първичната помощ (Dagenais, Caro and Haldeman, 2008). Nachemson, Waddell and Norlund (2000) изчисляват, че 80% от здравните разходи се генерират от 10-те процента на хората с хронични болки в гърба и инвалидност. При РА, макар че преките разходи в миналото са били относително ниски (Lundkvist, Kastäng and Kobelt, 2008), поредица проучвания сочат, че те се увеличават със намаляването на функционалния капацитет, което прави функционалния капацитет основен източник за разходи (Huscher, Merkesdal, Thiele, Schneider and Zink, 2006; Kobelt, 2007; Leardini et al., 2002).

Преките разходи, в сравнение с непреките, обикновено са малка част от общите разходи (Dagenais et al., 2008; Kavanaugh, 2005; Kobelt, 2007; Lundkvist, Kastäng and Kobelt, 2008). За РА, обаче, в литературата се установяват големи разлики в оценките на преките разходи за различните страни, което се дължи на разликите в използваните лекарства. Установено е, че при РА, например, преките разходи са 1 552 евро за пациент или общо 46,1 милиона евро (Kobelt and Kastaeng, 2008).

Някои от специфичните преки разходи, свързани с мускулно-скелетните заболявания като цяло и РА и болките в кръста в частност, описани в литературата (Woolf, 2004 The Bone and Joint Decade, 2005; Kavanaugh, 2005; Dagenais, Caro and Haldeman, 2008), включват:

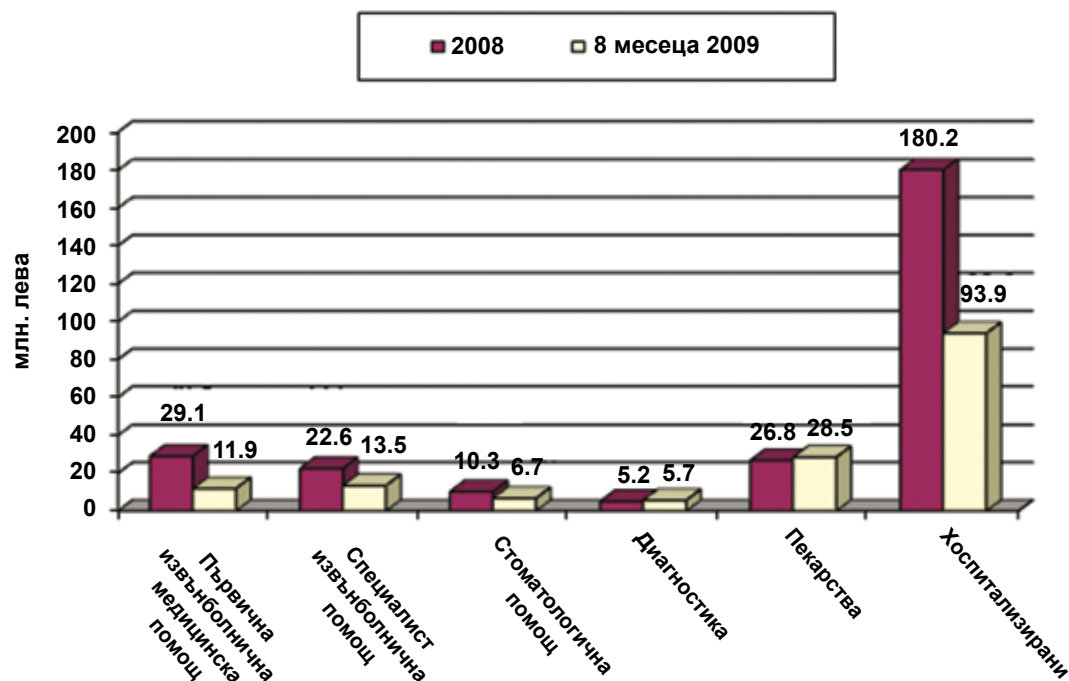
- Посещения при лекари и други здравни професионалисти;
- Амбулаторни хирургични интервенции;
- Спешни центрове;
- Използване на рехабилитационни услуги (физиотерапевт, трудотерапевт, социален работник);
- Медакаментозни и алтернативни методи на лечение;
- Медицинско оборудване;
- Диагностични/терапевтични процедури и тестове: изобразителни техники и лабораторно мониториране;
- Помощни средства и оборудване, промени в средата;
- Болници за активно и продължително лечение (с или без хирургичен блок);



- Услуги за домашни здравни грижи;
- Служби за психичноздравни грижи.

Българската Национална здравноосигурителна каса не предоставя данни за разходите, свързани със специфични групи болести. Тя, обаче, предоставя отчет за общите разходи (в зависимост от функцията) (виж фиг. 3.3). През 2009 общият бюджет за здравеопазване е 1,75 млрд. лева. Въпреки че класифицирането на данните е твърде грубо, за да позволи да се направят изводи за причините за разходите по категории, окуражаващо е да се види нарастването на финансирането за диагностика и лекарства, съчетано със снижаване на тежестта на разходите за болнично лечение. Навременното диагностициране и подходящото лекарствено лечение може да подкрепят навременното интервениране и да предотвратят високите разходи за болнично лечение.

**Фиг. 3.3. Разходи за здравни грижи по данни от Националната здравно-осигурителна каса**



Източник: Бюджетен отчет на Националната здравно-осигурителна каса

При изчисляването на разходите за лечение има тенденция да се оценяват клиничните разходи и ползи от лечението. По-широкото въздействие върху хората с МСЗ, които остават или се връщат по-рано на работа, се простира до биопсихосоциалните и икономическите ефекти от трудовата заетост и до снижаване на разходите на Националната здравно-осигурителна каса и други държавни служби. Възприемането на по-широк, съвместен подход към анализирането на разходите за лечението може да предостави една различна и вероятно по-реалистична оценка на разходите и ползите от лечението.

### 3.4.2 Непреки разходи

Във връзка със здравните проблеми на работещите се изчисляват два основни вида непреки разходи. Това са отсъствията от работа и това, което се нарича „присъственост” или загуба на трудоспособност на човек, който продължава да ходи на работа докато е болен или инвалидизиран. „Присъствеността” е изключително трудна за измерване и ние не открихме български данни за свързаните с нея разходи. Данните от петото Европейско проучване на условията на труд (EWCS, 2010), обаче, сочат, че почти една четвърт (22.6%) от българските работници в предходните 12 месеца продължават да ходят на работа докато са болни, като процентът на хората, работещи в офиси е малко по-висок (24,4%) в сравнение със заетите в индустрията (20,1%). Макар че този процент е по-нисък отколкото в другите европейски страни, наличието на какъвто и да било процент заети лица, които продължават да ходят на работа докато се чувстват зле, вероятно ще има отражение върху производителността.

Загубата на производителност води до най-високи разходи, свързани с РА, дължащи се на по-ранно напускане на работа (Lundkvist et al. 2008). От 2007г всички отсъствия по болест се плащат на осигурените български работници от Националния осигурителен институт, а не от работодателите. НОИ (2011b) отчита милиони загубени дни в резултат на временна нетрудоспособност, дължаща се на лошо здраве. За съжаление списъкът на заболяванията водещи до тази нетрудоспособност не е изчерпателен и в него липсват данни за предходни години. В табл. 3.3 по-долу са представени избрани данни. Причините за нетрудоспособност са донякъде ограничени и не включват професионалните заболявания от списъка, съставен от НСИ, което говори за липса на стандартизация при регистрирането на заболяванията от различните държавни институции.

Табл. 3.3. Загубени дни и разходи, дължащи се на временна нетрудоспособност

причина	2008		2009		2010	
	Разходи, млн. лв	Брой загубени дни	Разходи, млн. лв	Брой загубени дни	Разходи, млн. лв	Брой загубени дни
Травми на интервертебралните дискове в шийната област	–	–	–	–	1.25	55,497
Травми на интервертебралните дискове в други области	10.23	256,529	11.38	533,337	6.9	319,936
Травми на коренчевите нерви и плексусите	8.85	483,826	13.92	613,578	10.45	455,309
Изкълчване, навяхване или разтягане на коленните стави и лигаменти и на стъпалото	2.99	143,225	4.47	125,644	3.66	140,324
Изкълчване, навяхване или разтягане на стъпалните или коленните стави и лигаменти	2.0	99,827	2.69	114,532	2.09	87,898
Вътреставни травми на колянната става	–	–	2.28	115,494	2.60	99,957

Източник: НОИ (2011b)

По подобен начин и методите за събиране на данни за отсъствията по болест в организациите имат своите ограничения. При себеоценъчните въпросници, например, работниците може да съобщават за отсъствия по болест в дни, в които те така или иначе не са длъжни да ходят на работа. При въпросниците за работодатели отговорите са ограничени до качеството на регистрите за отсъствия по болест, които работодателите водят (работниците, например, не винаги отбелязват отсъствията точно или категориите за регистриране на причините не са адекватни). Това отчасти се дължи на ниската информираност за въздействието на здравните проблеми върху работата. Въпросниците за работодателите, също така, са източник на ограничения, свързани с отговорите, тъй като само организациите с добри методи за отчитане на отсъствията могат бързо да отговорят на исканията, свързани с проучването. Във всички случаи регистрите и докладите имат своите ограничения. Мениджърите, например, са склонни да не докладват собствените си отсъствия.

Непреките разходи не се дължат само на отсъствията по болест и „присъствеността“, но също и на ранното пенсиониране на хората със МСЗ (Dagenais et al., 2008; Alavinia and Burdorf, 2008). Тези цифри, обаче, не отразяват в пълнота истинските разходи за състояния като МСЗ. Повечето хора с МСЗ (дори тези с поставени диагнози) продължават да работят (Waddell and Burton, 2006a), като същевременно преживяват емоционален дистрес, свързан със страха от загуба на заплащане или на работа. Намалената възможност на индивидите да водят независим живот води до допълнителни разходи. НОИ (2011b) отчита и броя на неприсъствените работни дни на хората, които трябва да се грижат за своите близки (виж табл. 3.4). Европейските страни много рядко отчитат данни за разходите, свързани с необходимостта от гледане на болен член от семейството, така че е радостно да се види, че в България се води такава отчетност. Големият брой дни и разходите, свързани с обгрижване на болни близки демонстрират защо, когато се изчисляват икономическите разходи за МСЗ е толкова важно да бъдат изследвани непреките разходи.

**Табл. 3.4. Неприсъствени (загубени) дни и разходи, свързани с придружаване и гледане на болен член от семейството**

	2008	2009	2010
Брой загубени дни	761,822	738,631	486,280
Разходи, млн. лв.	12.26	14.42	9.91

*Източник: НОИ (2011b)*

Подобни непреки разходи може да се дължат на наемането на домашна помощница (Kavanaugh, 2005), както и на пропуснати приходи от страна на семейните членове, които напускат трудовия пазар, за да осигуряват неформални грижи. (Pugner, Scott, Holmes and Nieke, 2000). Макар че неформалните грижи трудно могат да бъдат идентифицирани, измерени и оценени (това, което за някои хора са „неформални“ грижи, може за други да са „нормални“ грижи), Lundkvist, Kastäng и Kobelt (2008) съобщават, че годишните разходи за неформални грижи за пациенти с РА в България са 232 евро за пациент. В едно друго проучване Kobelt and Kastaeng (2009) установяват по-ниски стойности (160 евро за пациент), което е значително по-ниско в сравнение с останалите източноевропейски страни (средно 513 евро). При сравняване със средната годишна заплата в България (4085 евро през 2009г), обаче, е видно, че разходите за неформални грижи са много високи..

### 3.4.3 Общи разходи

Изчисляването на разходите за специфичните МСЗ е също толкова трудно, колкото и за МСЗ като цяло. Болшинството от проучванията оценяващи икономическото бреме от РА дават оценка на разходите, специфични за населението и здравната система на САЩ (Cooper, 2000). Обществените разходи за АС не са така добре изчислени (Chorus et al., 2002). Повече проучвания на разходите са правени повече в САЩ, Канада и други европейски страни, особено Холандия, Франция и Белгия, отколкото в България. Така или иначе, находките в различните страни по отношение честотата на трудовата инвалидност, като цяло не са директно сравними, като се имат предвид разликите в работните условия, като продължителност и условия за получаване на законоустановен отпуск по болест (Sieper et al., 2002).

Lundkvist, Kastäng и Kobelt (2008) намират, че общите разходи за лечение на пациенти с РА в България са 2 825 евро за пациент за година, което прави общо 144 милиона евро. Едно последващо изчисление на Kobelt and Kastaeng (2009) сочи по-ниски разходи за РА, които са 2 063 евро за пациент за година или 61,3 милиона евро общо. Тези разходи включват разходи за медицински грижи, за лекарства, за немедицински грижи, за неформални грижи и други непреки разходи, но не са диференцирани по възраст (хора в трудоспособна възраст и работещи в пенсионна възраст). Разходите за пациент са значително по-ниски отколкото в другите западноевропейски страни, но са сравними със средните за страните от Източна Европа.

Ограниченията при събирането на данните, описани по-горе, осветляват някои от трудностите при опита да се остойности отражението на МСЗ върху работодателите и обществото.

---

**3.5** В този раздел разгледахме въздействията на МСЗ върху трудоспособността, както във  
**Обобщение** физически план, резултат от състоянието само по себе си, така и от допълнителните ефекти като загуба на концентрация в резултат на болката. Дискутирахме и въздействието, което имат условията на труд върху МСЗ както към началото, така и в хода на развитие на заболяването. МСЗ се характеризират с много вътрешноприсъщи фактори, но е ясно, че условията на труд крият риска от излагане на работещите и на други рискови фактори - както физически, така и психосоциални. Някои от добре установените рискови фактори като вибрации и ергономия на работното място, вече се разпознават и приемат от много работодатели. Въздействието на други фактори на работната среда, обаче, като качество на работата и подкрепа при разкриване факта на заболяването, не са така добре разпознати и приети.

Подчертахме, също, и важността от разграничаване между рисковите фактори за възникване на МСЗ и рисковите фактори за хронифициране и инвалидизиране. Тъй като условията на работната среда може да утежнят мускуло-скелетните симптоми, то въздействието или крайният резултат за индивида (отсъствие от работа или инвалидност) са тясно свързани с психосоциалните фактори (Waddell and Burton, 2006b).

И накрая, разгледахме икономическите и социалните последици от МСЗ и обсъдихме преките, непреките и общите разходи за МСЗ. Преките разходи за МСЗ сред трудоспособното население са малко над 46 милиона евро. За съжаление изчисленията на общите разходи, публикувани в литературата, не взимат предвид огромните нематериални разходи, понасяни от хората с МСЗ. Това се дължи на трудността нематериалните разходи да се остойностят. Общите разходи за РА са 61,3 милиона евро за всички пациенти на възраст над 19 години. Данните само за РА, обаче, дават информация за това как преките и непреките разходи се увеличават с прогресирането на заболяването. Като следствие изглежда е необходимо да се разработят стратегии за спиране развитието на болестта и които да осигурят подкрепа за хората с МСЗ, така че те да се радват на пълноценен и продуктивен професионален живот. В следващия раздел се дискутират най-честите и подходящи мерки извън и на работното място за всяко състояние поотделно.

## 4. Мерки

---

Както видяхме, въздействията на МСЗ могат да бъдат значителни за хората, живеещи с тези заболявания, за работодателите и за обществото като цяло. В последно време нараства признанието на въздействията им върху трудоспособното население. Въпреки че е широко прието, че ранните мерки и намеси са съществена част от справянето с появата на МСЗ и свързаните с тях отсъствия от работа, трябва да се извърви още път преди хората с МСЗ да получат най-добрата възможна подкрепа, за да останат или да се върнат на работа. Дългото време за изчакване на достъп до здравни грижи, липсата на капацитет у някои работодатели да се справят със заболяванията, липсата на информираност сред работещите за заболяванията и лечението им и смесените послания за ефективността на различните методи за намеса на работното място или на програмите за връщане на работа са бариери пред превръщането на добрата и здравословна работа в реалност за хората с МСЗ.

Подобрението на здравословното състояние има позитивен ефект върху икономическия растеж като цяло. Този раздел разглежда мерките, които е най-вероятно да помогнат на хората с МСЗ да останат на работа, да се върнат на работа, да запазят производителността си, да извличат ползи за здравето си от работата и да продължат да допринасят за обществото. В допълнение, приложение 3 осигурява редица индикатори, които могат да подпомогнат идентифицирането както на факторите, които правят възможни ранните мерки в България, така и на тези, които са бариери пред тях, а също и да се сравни България със страни със сходни или различни пазари на труда, здравни и социалноосигурителни системи.

---

**4.1 Ранните мерки** Осигуряването на достъп до подходящо лечение и подкрепа колкото е възможно по-скоро за работниците, които имат МСЗ, трябва да е главен приоритет за работодателите и здравните професионалисти. Епидемиологичните проучвания сред работещите, чиито отсъствия се дължат на болки ниско в кръста сочат, че колкото по-продължителен е отпускът по болест, толкова по-трудно става връщането на работа и толкова по-високи са икономическите разходи (Frank, Sinclair, Hogg-Johnson, Shannon, Bombardier et al. 1998; Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj, and Frings-Dresen, 2006). Демонстрирано е, че отпускът по болест има негативни психологични въздействия върху работниците (Meijer, Sluiter, and Frings-Dresen, 2005). По тази причина ранното интервениране е от критична важност за успешното възстановяване на индивидите и може да допринесе за снижаване броя на загубените работни дни и степента на снижена работоспособност, дължащи се на МСЗ (макар че данните за съотношението разход-ефективност на някои програми за връщане на работа не позволяват да се направят категорични изводи).

Работодателите имат най-голям интерес да действат рано, ако искат да снижат до минимум здравните разходи в резултат на отсъствия по болест за служителите и за бизнеса си. Въз основа на един обзор на наличните доказателства Breen, Langworthy и Vagust (2005) препоръчват работодателите и работниците да обсъждат и приспособяват условията на труд още от първата седмица. Ако работниците са притеснени от състоянието си, те трябва да се консултират със здравни професионалисти, за да бъдат насочени или диагностицирани. Четири седмици след получаването на съвет или планирането на мерки, същите следва да бъдат преразгледани.

Програмите за задържане и връщане на работа зависят от това пациентите да получат подходящи медицински грижи колкото е възможно по-бързо. Тъй като ОПЛ са първите, които се срещат с повечето хора с МСЗ и играят ролята на „пазител на портата“ за достъпа до специалисти, то те имат жизнено важна роля за това, пациентите да могат да управляват състоянието си и са от първостепенно значение както за създаването на пречки пред, така и за улесняването на връщането на работа.

Данните, обаче, сочат, че ОПЛ не са добре обезпечени, така че да улесняват ранния достъп до здравни грижи за пациентите с ревматологични болести. Първо, броят на ОПЛ на 100 000 население в България е един от най-ниските в Европа през 2007 и разпределението на ОПЛ варира в зависимост от региона, което води до неравенство в достъпа до здравни грижи в някои части на страната (Георгиева, Салчев, Димитрова, Димова и Андреева, 2007). В допълнение, броят на направленията за специалисти, които ОПЛ може да издаде е ограничен от месечни квоти, определени от Националната здравно-осигурителна каса в опит да се регулират специализираните извънболнични услуги (Георгиева и колектив., 2007). Не е учудващо, че най-честите оплаквания от страна на пациентите са трудния достъп до ОПЛ или специалист и отказът на ОПЛ да издаде направление за консултация със специалист (Георгиева и колектив., 2007). Пациентите могат и да се самонасочват към специалистите, но за тези консултации те трябва да плащат от джоба си. По тази причина това е възможност само за малка, част от населението.

От друга страна ОПЛ може да не са подготвени да се справят ефикасно с ревматологичните болести, нито да преценяват необходимостта от рехабилитация на работното място. Хората с ишиасна болка, например, е много по-вероятно да бъдат насочени към невролог, който след това да насочи пациента към болница за провеждане на изследвания. В резултат на това, състоянието на пациентите може да се обостри докато чакат да им се направят изследванията. В допълнение, поради многобройните медицински процедури, през които трябва да преминат, за да получат помощ, те може



субективно да възприемат състоянието си като по-тежко. Ако ОПЛ са по-добре подготвени да лекуват болките ниско в кръста в рамките на първичната помощ и чрез трудова рехабилитация, то отражението на това състояние върху системата за здравни грижи и благополучието на индивидите може да бъде значително намалено.

Макар че са предприети реформи с цел да се преодолеят някои от тези нередности, все още не е ясно дали настъпват промени или не. Експертите от отделните страни считат, че насочванията към специалисти може да се ограничават от неспособността на ОПЛ да разпознаят МСЗ, което се дължи на фокусирането в подготовката им по-скоро върху остри заболявания, отколкото върху хроничните. Ниският брой специалисти също може да допринесе за неадекватния достъп. Броят на ревматолозите в България е 1,4/100 000, което е под средния за Европа (около 2,1/100 000). Данните сочат, че в България има недостиг на психолози (Георгиева и колектив, 2007; Ценова, 2011а), което вероятно предполага липсата на психологична подкрепа, предлагана на хората с тези хронични състояния. Проучванията сочат, че проблемите на психичното здраве са по-чести сред хората с хронични телесни заболявания. За тези, които са с коморбидни телесни и психични болести, функционалната инвалидност може да е шест пъти по-висока отколкото за тези, които имат само телесно или само психично заболяване. Броят на неприсъствените работни дни за тези индивиди също е по-висок (Ashby and McGee, 2010). По тази причина отговорът на психологичните потребности е от критична важност за справянето с въздействията в резултат на инвалидността им.

Налице е добра традиция в предоставянето на рехабилитационни услуги (като физиотерапия) след медикаментозното лечение, както от страна на болничните, така и от извънболничните служби, както и чрез балнеосанаториуми (Георгиева и колектив., 2007). Макар и да има реимбурсация, обикновено пациентите правят авансови плащания, което е възможно да се отрази на броя на хората, които могат да получат достъп до лечение.

Въпреки това, липсват данни, че рехабилитацията след заболяване е свързана с връщането на индивида на работа. Нагласите сред медицинските професионалисти относно връщането на работа не са ясни, а гледните точки на експертите са противоречиви. Налице са някои индикации, че пациентите биват окуражавани да се върнат на работа колкото е възможно по-скоро, но в същото време има и индикации, че лекарите гледат на работата като на допълнително бреме за пациентите. С правилната подкрепа на място и обучение за пациентите, работниците и работодателите оставането на работа като показател за крайния резултат от лечението е нещо, което трябва да се окуражава.

Що се отнася до ранните интервенции на работното място превенцията винаги е по-лесна от излекуването. Има данни, че са правени усилия от страна на правителството да финансира превантивни методи на работното място. Фондът „Условия на труд“ , например има за задача да финансира дейности за подобряване условията на труд в съответствие със законодателството на Република България като част от Програмата за условията на труд, приета от Националния съвет. Фондът финансира проекти от национално, секторно и регионално значение. През 2011 диагностицирането и ранните интервенции за професионалните болести са една от стратегическите цели на фонда с бюджет от 1 млн. лв за постигане на тази цел. Те финансират и програми за обучение по безопасни условия на труд.

Осигуряването на достъп до подходящи здравни грижи и подкрепа за работещите с МСЗ колкото е възможно най-бързо трябва да бъде главен приоритет за работодателите и здравните професионалисти. По-добрият достъп до ОПЛ, специалисти, както и до експерти по трудова рехабилитация е от критична важност, ако работниците трябва да се върнат рано на работа и да се предотвратят високите разходи, свързани с дългото отсъствие от работа и инвалидността.

---

**4.2** Ясно е, че в повечето страни-членки на ЕС мерките от страна на социалноосигурителната система може да внесат съществени разлики за гражданите в трудоспособна възраст с дълготрайни или хронични заболявания или трудова инвалидност. България, наред с другите европейски страни, трансформира социалната си система, за да стимулира и подпомогне връщането на работа на хората с увреждания.

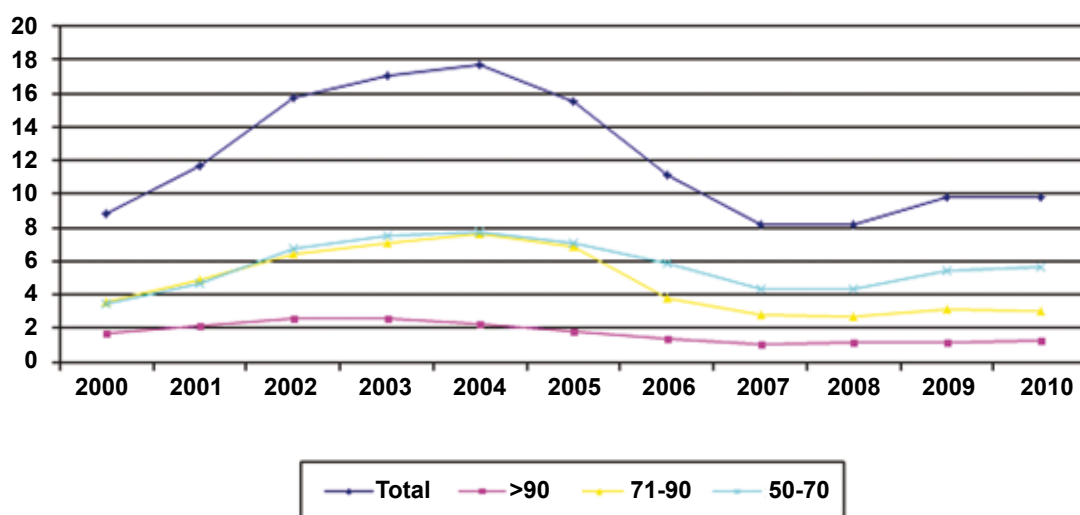
**Режим на социално осигуряване при трудова инвалидност**

Според настоящата система за оценка на инвалидността хората се оценяват предимно според техния телесен капацитет и се категоризират според получената степен на инвалидност (>90%, 71-90%, 50-70% или <50%). След това възможността им да работят се ограничава според получената категория. Такива системи са създадени, за да осигурят „диференциран“ подход, но понякога те пропускат да отчетат това, което хората с инвалидност са способни да вършат, като се фокусират само върху намаления телесен капацитет. За мнозина от тези, които все още могат да извършват «труд на знанието», категоризирането им въз основа само на техния телесен статус е пречка пред смислената трудова заетост, което призовава към редефиниране на концепцията за инвалидност и на начините, по които хората с увреждания могат да допринасят за обществото.

Данните за броя на хората с увреждания в България са противоречиви, тъй като източниците варират от статистика на база самооценъчни въпросници до данни от социалноосигурителните институции. Според преброяването от 2001 българите с

медицински идентифицирана инвалидност са 263 143, което е 3,3% от населението (Академична мрежа на експертите по трудова инвалидност в Европа - Academic network of European disability experts (ANED), 2007). Данните на НОИ за същата година, обаче, сочат че са изплатени пенсии за инвалидност на два пъти повече пенсионери по болест. Данните за социално осигуряване от септември 2011 показват, че за деветте месеца на 2011г. има 871 571 получаващи пенсии за инвалидност (NSSI, 2011a). Цифрите по-долу говорят за тенденциите по отношение пенсиите по инвалидност в България.

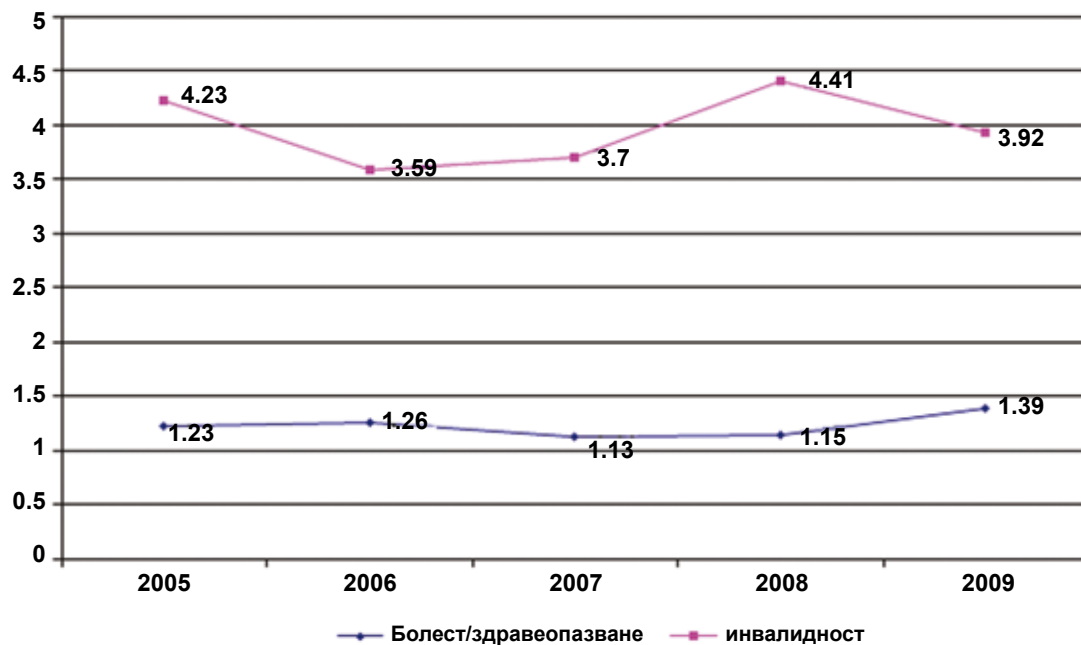
**Фиг. 4.1. Нови получатели на пенсии по болест в България на 1000 осигурени, според степента на инвалидност**



Източник: НОИ (2011a)

Инвалидността е свързана с големи социални разходи за българското общество, които са в резултат от преките разходи за инвалидност, както и от разходите на пазара на труда, дължащи се на временна нетрудоспособност или по-ранно пенсиониране (виж фиг. 4.2). МСЗ са на трето място като причина за отсъствие от работа сред осигурените, след респираторните болести и след травмите и отравянията (Гладичева и Ченгелова, 2007). През 2004 на МСЗ се дължат 4.3% от всички загубени DALY в България (WHO, 2009). Само за деветте месеца до септември 2011 поне 31.6 млн. лв. са похарчени за пенсии за трудова инвалидност, а други 820,8 млн. лв са похарчени за пенсии по инвалидност, при които инвалидността не се счита за свързана с работата (NSSI, 2011c). За сравнение, разходите за 2010 г. са съответно 43,9 и 903 млн. лв (NSSI, 2010).

Фиг. 4.2. Разходи за болест/здравни грижи и инвалидност в България, % of БВП



Източник: Eurostat (n.d.).

Други непреки разходи, свързани с инвалидността се дължат на въздействието на дълготрайните заболявания върху способността на индивида да участва на пазара на труда. Само 13% от инвалидизираните са наети на платена работа. Други 8% са наети на работа със субсидирано заплащане (ANED, 2007). В същото време МТСП съобщава за случаи на незаконно придобиване на инвалидност с цел по-ранно пенсиониране от страх от невъзможност за намиране на работа поради напредването на възрастта или поради заболяване (NSSI, 2011a). Изкуствено завишеният брой хора с частична или пълна неработоспособност увеличава бремето на инвалидността за българската социалноосигурителна система и икономика.

Хората с инвалидност получават финансова подкрепа, макар че размерът ѝ не винаги е достатъчен, за да удовлетвори индивидуалните им потребности. Българският Национален статистически институт прави изследване сред 3 000 човека в трудоспособна възраст, които имат инвалидност. За 72% от респондентите пенсиите по инвалидност са основният източник на доходи, 8% разчитат на подкрепа от друг човек и само 8% получават заплати или трудови пенсии (ANED, 2007). Тези цифри говорят, че инвалидизираните хора са изложени на висок риск от обедняване.

В същото време, в контекста на финансови затруднения, някои хора с инвалидност са нетърпеливи да се върнат на пазара на труда. Почти една трета от респондентите в проучване на Националния статистически институт (NSI, 2005), считат че могат да извършват определен вид труд. Оценяването на инвалидността без да се взимат предвид съхранените способности на хората може да влоши шансовете им за намиране на работа. В допълнение, някои хора с инвалидност или не са информирани или биват обезкуражени да потърсят помощ за връщане на работа.

В България има рехабилитационни служби, които да подкрепят инвалидите да се върнат на работа. Проучването на инвалидността в България от 2005г, обаче, установява, че само 6% от заетите хора с инвалидност получават подкрепа на работното място, като същевременно 16% считат, че се нуждаят от подобна подкрепа (NSI, 2005). От всички нуждаещи се от подкрепа, само 5% считат работното си място за достъпно.

Българската Агенция за хора с увреждания получава годишен бюджет, за да финансира приспособяване на работните места за хората с инвалидност, които продължават да работят, като максимално 7 500лв. могат да бъдат платени за улеснен достъп до работното място; 2 500лв. за приспособяване на работното място и 6 000лв. за оборудване на работното място, независимо от индивидуалните нужди на инвалидизираните. Липсва възможност за плащане за личен асистент или за транспортни разходи за хората с инвалидност, които работят (Bulgarian Agency for Disabled People, 2011).

В допълнение, Кодексът на труда предпазва хората с инвалидност от несправедливо уволнение като описва законовите процедури, през които работещите трябва да преминават, за да получат одобрение от Инспекцията по труда и експертните лекарски комисии (ANED, 2007). Тези процедури имат за цел да намалят дискриминацията, но те могат и да обезкуражат работодателите да наемат хора с инвалидност на първо място (ANED, 2007). Въведени са допълнителни финансови стимули като данъчни облекчения и субсидии за адаптиране на работните места с цел да се подкрепят организациите, които наемат хора с инвалидност, но са необходими още по-значителни културални промени, за да стане възможно по-голям брой хора с инвалидност да бъдат наети на работа

Понастоящем българската Агенция по заетостта, която е звено на Министерството на труда и социалната политика, разработва програми за подкрепа на работодатели, които се ангажират да наемат хора с увреждания за период от 24 до 36 месеца, като осигурява минималните месечни заплати за период от 12 месеца плюс социалните осигуровки (ANED, 2007). През 2005 поне 1313 човека с увреждания са получили работа по

програмите на Агенцията на заетостта, които имат бюджет за подкрепа на работодателите в размер на приблизително 1 млн. евро. (ANED, 2007). Годишният отчет за 2008г. на Министерството на труда и социалната политика (МЛСП) сочи, че поне 188 млн. лв са отделени за Програмите за интеграция на хората с увреждания, в сравнение с 131 млн. лв през 2007 (MLSP, 2009). За 2011 бюджетът, отделен за тези програми, е 164.5 млн. лв (MLSP, 2011).

В допълнение, в годишния отчет за 2009г. е описано разработването на програмата „Асистенти за хора с увреждания”, чрез която безработни се обучават да се грижат за хора с увреждания, да подкрепят социалното включване на инвалидизираните, като в същото време се намалява броя на хората в специализирани институции (MLSP, 2010). През 2009г. са обучени 10 659 човека, като стойността на обучението е 28,5 млн. лв (MLSP, 2010).

### **Каре 1. Описание на случай – Трудово посредничество**

Един пример за най-добра практическа програма е услугата, разработена, за да свърже хората с увреждания и работодателите, които са готови да им осигурят работа. Бюрото за трудово посредничество и асистирание на хора с увреждания, подкрепено от Националната федерация на работодателите на инвалиди и Европейския социален фонд, осигурява он-лайн платформа за обучение и съветване, която подпомага хората с увреждания в процеса на връщане на работа. Тя цели още и повишаване информираността на българските работодатели за ползите, които биха имали за бизнеса си, ако наемат на работа хора с увреждания.

Изглежда, че причините за бремето на инвалидността за българското общество, са две. Първо, факторите, свързани с нездравословен начин на живот, липса на навременно лечение и превенция на инвалидността определят големия брой хора в трудоспособна възраст, които се инвалидизират и разчитат на инвалидни пенсии. От друга страна, ригидната система за оценка на инвалидността, която е фокусирана върху ограничения капацитет, както и липсата на възможности за търсене на работа, когато не си 100% годен, обезкуражава много хора да участват активно на пазара на труда.

Фокусирането върху рехабилитационните услуги ще повиши социалното включване на хората с увреждания и ще поддържа набор от квалифицирани работници, които да участват на пазара на труда (NSSI, 2010). И все пак, работещите с увреждания в България рядко имат достъп до индивидуална подкрепа на работното място, която да взема под внимание индивидуалните им потребности. Важно е хората с ограничени възможности

да се интегрират по-добре в обществото и особено на пазара на труда. Разработването на система за оценка на инвалидността, която оценява способностите на индивидите да работят, а не само увредения им капацитет, трябва да стане приоритет както на държавно, така и на организационно ниво.

**4.3** За хората със специфични мускулно-скелетни заболявания, бързото насочване към подходящи специалисти за изследване и лечение, обикновено е жизнено важно. Хората с **Интервенции, специфични за определени заболявания** МСЗ може да имат множество проблеми, свързани с дългосрочните грижи, включително дълго изчакване, липса на мултидисциплинарен подход, неадекватно лечение на болката и липса на ясно описани интегрирани клинични пътеки. Независимо от това, съществува голям брой специфични за заболяванията интервенции, които са доказано ефективни за подобряване задържането и връщането на работа.

#### 4.3.1 Неспецифични МСЗ

Главният фокус на този доклад е изследването на интервенциите и другите фактори, които имат въздействие върху задържането на работа, участието на пазара на труда и качеството на работата на хората със МСЗ. Както видяхме, има данни, че телесните увреждания могат да бъдат бариера пред всеки от тези аспекти, но че много хора – дори тези с тежка и хронична неработоспособност – могат и наистина водят пълноценен трудов живот. Тъй като болките в гърба и голямата част от свързаните с труда заболявания на горните крайници не са болести, които могат да се лекуват, а доказателствата, че превенция е възможна, са много малко, то основният довод е, че фокусът на лечението трябва да бъде по-скоро върху възвръщането към най-високото или към желаното ниво на активност и участие и върху превенцията на хроничните оплаквания и появата на повторни епизоди (Burton, 2005; Bekkering et al., 2003), отколкото върху изкореняването на причината за проблема или възвръщане към нормалното функциониране.

Лечението с цел облекчаване и намаляване симптомите на неспецифичните МСЗ винаги ще бъде приоритет, но медицинските интервенции не са непременно единственият или най-добрият път към възстановяването или помагането на хората с неспецифични МСЗ да се справят със състоянието си. Всъщност, при неспецифичните състояния индивидуалното възстановяване и шансовете за връщане на работа могат да бъдат негативно повлияни от „прекалено обременяване с медицински грижи“. Ограниченията, наложени от болничните листове, задължителният отпуск по болест и формализираните програми за връщане на работа могат да затвърдят „болестта“ на пациента и да вържат ръцете на работодателите. Въз основа на доказателствата, че психосоциалните фактори са определящи за хроничността и инвалидността при хората с болки в гърба, се аргументира необходимостта от ре-концептуализация на това състояние и лечението му,

което е важен урок и за другите видове неспецифична мускулно-скелетна болка. (Burton, 2005).

Waddell and Burton (2006b) подредено обобщават това предизвикателство в труда си за професионалната рехабилитация. Те отбелязват, че докато при много МСЗ няма ясно дефинирани клинични белези и те са с висока разпространеност сред населението в трудоспособна възраст, повечето епизоди отминават от само себе си и повечето хора с тези състояния продължават да работят или много скоро се връщат на работа. Според тях фокусът само върху неработоспособността не е от полза.:

‘..въпросът не е какво води до развитието на дългосрочна неработоспособност при някои хора, а **защо някои хора с обичайни здравни проблеми не се възстановяват според очакванията?** Сега е широко прието, че биопсихосоциалните фактори имат принос за развитието и поддържането на хроничната болка и инвалидност. Същественото е, че те могат да бъдат препятствие пред възстановяването и връщането на работа. Така логиката на рехабилитацията се премества от справянето с остатъчните увреждания към **справяне с биопсихосоциалните препятствия, които забавят или пречат на очакваното възстановяване.**’

(Waddell and Burton, 2006b, p.7)

### 4.3.2 Ревматоиден артрит

Важността на ефективното и ранно лечение на РА за намаляване на ставните увреждания и инвалидността сега широко се признава (Pugner et al., 2000). Тъй като понастоящем за РА няма «излекуване», фокусът на лечението е върху контролиране на признаците и симптомите, което дава възможност на пациентите да управляват състоянието си и повишава качеството им на живот. Лекарствата за лечение на РА са прицелени към подтискане на една или друга част от процесите на увреждане на ставите. Ефективността им в последните години е нараснала. Тъй като е добре документирано, че функционалните способности на пациентите с РА спадат в течение на времето, от съществена важност е пациентите да бъдат лекувани колкото е възможно по-скоро с болест-модифициращи антиревматични средства (БМАС), за да се постигне контрол върху симптомите и прогресията на болестта (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2000). Според едно проучване при пациенти, при които минава повече от година между началото на симптомите и насочването към ревматологична клиника, рискът от ерозивни увреждания на ставите е 73% (Irvine, 1999 in Luqmani, Hennell, Estrach, Birrell, Bosworth et al., 2006).



Нарастват доказателствата, че анти-ТНФ лечебните средства може да имат по-мощен ефект от БМАС при РА, особено по отношение задържането на работа и участието в работния процес. (Halpern, Cifaldi, and Kvien, 2008). Цифрите, обаче, сочат, че процентът на хората в България, които получават биологични средства е по-нисък от повечето европейски страни, като този процент варира от <1% (Kolbelt and Kastaeng, 2009) до 1,8% (Orlewska, Ancuta, Anic, Codrenau, Damjanov et al., 2011). Това наистина е много нисък процент в сравнение с 9-10% от лекуваните в Европа, което обаче може да отразява състоянието на БВП на България. Според Kobelt and Kastaeng използването на биологични средства при РА кореспондира с благосъстоянието на страната и страните с по-нисък БВП е по-малко вероятно да могат да си позволят високите разходи, свързани с този вид лечение. Всъщност, индексът на достъпност на биологичните средства за България е най-нисък сред проучваните страни (Kolbelt and Kastaeng, 2009).

В допълнение, българското законодателство в областта на лекарствените продукти в хуманната медицина не взема предвид качеството на живот и трудовите резултати при оценяване на ползите от лекарствата, препоръчвани за лечение. Важно е, че анализът на съотношението разход-ефективност при лечение взема под внимание необходимостта от „икономичност по отношение на бъдещите разходи“, тъй като често спестяванията, свързани с отложеното постигане на ползи от лечението като по-лесно връщане на работа и по-дълъг трудов живот са по-големи от непосредствените разходи за лечението.

Лечението за някои пациенти, които биха имали полза от анти-ТНФ средства, за да бъде предотвратена инвалидността, се забавя поради недостатъчния брой специалисти в България и ненавременното диагностициране. Когато структурните увреди на ставите вече са настъпили, може да се наложи хирургична замяна на ставите. Високите разходи за тази процедура, обаче, може да ограничат достъпа до лечение. Много хора, които са загубили работата си поради увреждания и нямат средства, за да се издържат, не могат да си позволят интервенции, които биха улеснили връщането им на работа.

Медицинските интервенции под формата на лекарствено лечение с цел контрол на възпалението и прогресирането на болестта и като хирургични интервенции за премахване на структурните увреждания са само една част от грижите за пациентите с РА. Други важни елементи са обучението и подкрепата на пациентите, практическо обучение за самостоятелно справяне с болестта, което помага за справянето със симптомите и специализирана помощ, които да помогнат на пациента да живее с болестта и нейните последици. Ефективното справяне с РА трябва да включва не само клиничен екип (ОПЛ, специалист ревматолог, физиотерапевт, трудотерапевт, кинезитерапевт, фармацевт, медицинска сестра от първичната помощ и хирург-ортопед), но и участието на пациента,

и в идеалния случай, работодателите и съответните пациентски групи. В България има пациентски организации, но те разчитат почти изцяло на доброволци (често самите те с ревматологични заболявания) и на известна финансова подкрепа от страна на фармацевтичните компании. Поради ограничените ресурси, обаче, влиянието, което те могат да имат, е ограничено. Една област, в която може да се предостави повече подкрепа е психологическото консултиране. Както беше отбелязано по-рано, психологичните ефекти на РА, включително убеждението, че човек може да се възстанови, могат да бъдат важен фактор в справянето с болестта. Изглежда, обаче, че понастоящем липсва подкрепа от страна на държавата за осъществяване на психологически интервенции за хората с хронични състояния, а пациентските групи са ограничени в това, което могат да финансират.

### 4.3.3 Спондилоартропатии

Бързото насочване към специалист за потвърждаване на диагнозата и започването на лечение е съществено за хората с АС и други ревматологични състояния. Поради трудностите при диагностицирането, обаче, в България това изглежда не се случва. Тъй като (подобно на РА) за АС няма излекуване, целта на терапевтичните интервенции е снижаване на възпалението, контрол върху болката и схващането, облекчаване на системните симптоми като отпадналост и забавяне или спиране на дългосрочното прогресиране на заболяването. Предписването на не-стероидни противовъзпалителни (НСПВ) или анти-ТНФ средства, съчетано с редовна физиотерапия формира настоящата основа на лечението на АС.

Тъй като АС обикновено поражда млади хора, то потенциалът му да наруши или дори да ограничи участието на индивидите на пазара на труда, може да бъде значителен. Както беше обсъдено, налице са важни клинични, социални и икономически ползи от това тези пациенти да се задържат на работа колкото е възможно по-дълго и по-устойчиво. В зависимост от тежестта на състоянието им, пациентите с АС може да имат полза от промени в работната среда, гъвкаво работно време, физически упражнения и физиотерапия (Voonen et al., 2001).

---

#### 4.4 Биопсихосоциалният модел и трудовата заетост

Биопсихосоциалният модел застъпва тезата, че клиницистите, професионалистите в областта на професионалните болести и другите трябва да оценят взаимодействието между биологичното (напр. заболяване, ставни увреди), психологичното (напр. нагласи, тревожност) и социалното (напр. работни изисквания, семейна подкрепа). Ясно е, че психологичните нагласи и поведението на пациента може да имат значително въздействие върху начина, по който телесната „травма“ (напр. болки в гърба) се възприема от пациента. В някои случаи пациентът рискува да влезе в себеподдържащ се

цикъл на нетрудоспособност, забавено възстановяване и дори депресия. Може, разбира се, да има много фактори, които влияят върху нагласата на индивида към болестта, включително личностни характеристики, анамнеза за предходни заболявания, ниво на семейна подкрепа или удовлетвореност от работата (Sullivan and D'Eon, 1990). Очевидно е, че взаимодействието между биологичните, психологичните и социалните измерения може да има значително въздействие върху развитието, прогресията и рехабилитацията на мускулоскелетните състояния.

След въвеждането на биопсихосоциалния модел в края на 70-те години на миналия век се натрупаха много доказателства в негова подкрепа. Изследванията, например, демонстрират, че неудовлетвореността от работата може да бъде важен предиктор за скоростта и успеха на връщането на работа (Bigos, Battie, and Spengler, 1992). По въпроса за социалната подкрепа проучванията сочат, че ограниченията във функционирането, свързани с МСЗ, могат да стресират семейната среда и да доведат до конфликти в семейството, ако пациентът не може да изпълнява обичайните си семейни задължения (Hamberg, Johansson, Lindgren, and Westman, 1997; MacGregor, Brandes, Eikermann, and Giammarco, 2004; Kemler and Furnée, 2002). От друга страна, прекалено загриженото семейство (или мениджър или колега) може да укрепят пасивността на пациента с МСЗ и да го окуражат да възприеме ролата на „инвалид“ (Kerns, Haythornthwaite, Southwick, and Giller, 1990; Block, Kremer, and Gaylor, 1980).

De Croon, Sluiter, Nijssen, Dijkmans, Lankhorst et al. (2004) разглеждат изследванията върху трудовата инвалидност при хора с РА и заключават, че психосоциалните фактори често са по-добър предиктор за трудова инвалидност, отколкото стандартните био-медицински фактори. На фиг. 4,3 по-долу авторите подчертават как по-широкото обкръжение и личностните фактори повишават обяснителната сила на Международната класификация на функционирането, инвалидността и здравето (МКФ) когато става дума за трудова инвалидност и РА.

Някои критици на биопсихосоциалния модел (McLaren, 2006) се фокусират върху последната точка, като подчертават загрижеността си, че този модел може да окуражи или „позволи“ безпомощността при някои пациенти или, че при други обстоятелства той може да отчужди пациентите, които смятат, че им е казано, че „болестта е в главата им“. Ясно е, че грижите трябва да се предоставят от клиницистите и другите участници по начин, който намалява тези рискове, но балансът в литературата, включително специфичните за странните доказателства, е много силно наклонен към страната на биопсихосоциалния модел и неговата роля в информираното справяне с МСЗ както в клиничната, така и в работната среда (Smyth, Stone, Hurewitz, and Kaell, 1999; Carter, McNeil, and Vowles,

2002; Zampolini, Bernardinello, and Tesio, 2007). Всъщност той формира основата на *Международната класификация на функционирането, инвалидността и здравето* (МКФ) на Световната здравна организация, която е широко приета като авторитетно ръководство за професионална рехабилитация (WHO, 2001).

**Фиг. 4.3. Моделът на МКФ приложен към трудовата инвалидност при РА**



Източник: de Croon et al., 2004

Пример за успешна интервенция за намаляване на отсъствията по болест, основана на биопсихосоциалният модел, ни дават Ektor-Andersen, Ingvarsson, Kullendorff и Ørbæk (2008). В проучването си Ektor-Andersen et al. разработват инструмент, базиран на метода на когнитивно-поведенческата терапия (КПТ) за анализ на функционалното поведение, според който се идентифицират рисковите фактори за дълготрайно отсъствие по болест, дължащо се на мускуло-скелетни симптоми, в четири области: общността, работното място, семейството/свободно време и здравната система. Търсещите помощ са изследвани от всеки от членовете на мултидисциплинарния екип като се идентифицират рисковите фактори и те се класифицират като стабилни или динамични. Търсещите грижи и екипът постигат съгласие да интервенират върху динамичните фактори. Някои от тези интервенции включват сесии по КПТ, а други се фокусират повече върху физиотерапията. Продължителността им е една година. Резултатите от проучването сочат, че този тип

интервенции са ефективни за значително снижаване на отсъствията по болест и на разходите за социални осигуровки още на 4-ия месец след началото на интервенцията. Макар че анализът разход-полза, представен от Ektor-Andersen et al. (2008), подценява общите икономии като взема предвид само разходите за социални осигуровки, разходите за този тип интервенции се балансират от снижените разходи за обезщетения по болест по време на първата година.

За разлика от много други европейски страни, изследванията, публикувани от учените в Националния център по общественото здраве (напр. Ценова и Велкова (2008) и Института по психология към Българската академия на науките (напр. Русинова и колектив. 2007), демонстрират, че сред академичните среди в страната има разбиране за биопсихосоциалния модел. Въпреки това, разбирането на връзката между многостранните фактори на въздействие е само отправна точка за промяна на дългосрочните действия и практиката. Независимо от ограмотвяването на работодателите с цел чрез справяне с психосоциалните фактори да се намали отражението на МСЗ върху работещите, досега няма данни, че са взети мерки за намаляване на рисковете на работното място (с изключение на нормите за работните смени). Малко вероятно е, също така, разбирането на биопсихосоциалния модел да е широко разпространено сред работодателите.

Както твърдят Waddell and Burton (2006b) целта на биомедицинския модел е облекчаването на симптомите, докато целта на клиничното управление, информирано от биопсихосоциалния модел – особено в работната среда – трябва да бъде постигане на контрол върху симптомите и възстановяване на функцията. Това говори, че работодателите имат принос към „социалната“ част на биопсихосоциалния модел и че техните действия може да променят към по-добро крайният резултат за хората със МСЗ.

---

#### 4.5 4.5.1 Информираност за състоянията и тяхното лечение

##### Ролята на работодателите

Много работодатели не са информирани за природата на МСЗ, както по отношение на непосредственото им отражение върху функционалния капацитет по време на работа, така и относно проявите и развитието на заболяванията. Служителите с РА и АС, например, може да имат периодични „припламвания“ на възпаление и силна болка, последвани от отпадналост и подтиснато настроение. Това неизбежно има ефект върху концентрацията им и начина, по който изпълняват задълженията си. Ако работодателите не са информирани, че тези симптоми са очаквани или „типични“, те могат да възприемат един свръхпредпазлив подход към връщането на работа или да не направят подходящи корекции, като така снижават вероятността работникът да задържи работата си.

Според експертите малко са българските работодатели, за които здравето на работниците е приоритет. Водени от необходимостта да постигнат финансовия баланс в контекста на икономически спад, много мениджъри не отделят достатъчно внимание на факторите на работната среда и дизайна на труда. Мнозина не си дават сметка, че производителността на работната сила е пряко свързана с благополучието на работещите. Някои големи организации, особено тези с чуждестранна собственост, може да имат повече ресурси, за да си позволят специалисти по организация на труда и така в по-голяма степен да разпознават отражението на влошеното здраве върху изпълнението на трудовите задължения. Практически в малките и средните предприятия, както и в микропредприятията, не съществуват разпоредби за здравословни и безопасни условия на труд, което се дължи предимно на финансови причини.

Примери за приспособяване на работното място, което може да допринесе за оставането на работа на хората с МСЗ, са намаленото работно време и промяната на начина на работа, но в България малко хора работят с намалено работно време поради финансовите ограничения (3% от населението през 2006) и гъвкавото работно време не е широко разпространено (Димитрова, 2007). В едно проучване, проведено от НСИ, само един от всеки четири човека променя времето за начало или край на работния си ден (Димитрова, 2007). Независимо от ниското прилагане на гъвкавото работно време, подобни малки промени в условията на труд могат да доведат до съществена промяна към добро за хората с МСЗ, които може да имат флукуации в производителността си в хода на работния ден. Възприемането на култура, в която правото да се изисква гъвкаво работно време се превръща в норма, ще улесни работодателите да го предлагат като смислена корекция на условията на труд за хората, които имат нужда от това.

В България профсъюзите и службите по трудова медицина, когато ги има в организациите, може да се ангажират с разработването на политики за връщане на работа, заедно с повишаване информираността чрез предоставяне на обучение и информация за причините за МСЗ и начините за намаляване на рисковете (Гладичева и Ченгелова, 2007). Допуска се, че много работодатели само на думи приемат съвети в областта на професионалното здраве, макар че Закона за здравословни и безопасни условия на труд (2003) изисква работодателите да имат специализирана служба за осигуряване на здравословни условия на труд за работещите или да сключат договор с регистрирана служба по трудова медицина. Важно е да има подходящо законодателство, което да осигури спазването на нормите за здравословен труд.

Не само работодателите трябва да знаят повече за МСЗ и лечението им. Един от най-устойчивите (и вредни) митове за болките в гърба, например, е че лежането е най-

доброто решение. С обучение, обаче, тези митове могат да бъдат преодолені. Промяната на нагласите и повишаването на информираността за справянето с МСЗ е важна част от намаляването на бремето им за работодателите и обществото. Когато имат възможност пациентските групи обучават ОПЛ и обществото относно МСЗ. Кампаниите, инициирани от централната власт също може да въздействат върху начина, по който работодателите и обществото възприемат МСЗ. През 2007г, например, България взе участие в кампанията „Облекчете товара“, която цели да подкрепи основните заинтересовани в организациите да подобрят превенцията на МСЗ на работното място. Случаят, описан по-долу, дава един пример за добра практика за мерки за здравословни и безопасни условия на труд, предприети от голяма организация, участвала в кампанията (виж каре 2). В допълнение, като член на Европейската мрежа за промоция на здравето на работното място (ЕМПЗРМ), българският Форум „Здравословни и безопасни работни места“ също подкрепя разработването, разпространението и прилагането на модели за добри практики за здравословен и безопасен труд чрез конференции, маркетинг и обучителни и промоционални кампании. Ясно е, че в България се правят усилия за разбиране и споделяне на добри практики за промоция на безопасните и здравословни условия на труд. Допълнителна информация за въздействието на тези инициативи чрез измерване на резултатите от тях ще помогне да се демонстрира ценността на участието в подобни кампании.

**Каре 2. Описание на случай – ЕПИК Електроник Асембли ЕООД**

ЕПИК е компания от сферата на електрониката с клонове в шест европейски страни и Мексико. Тя има производствена фабрика в България и произвежда електронни компоненти за автомобилната индустрия, както и за телекомуникацията, домакинството и за санитарно и медицинско оборудване.

Естеството на работата е такова, че ако не се проверява, работниците ще бъдат изложени на различни процеси и фактори на работната среда, които могат да увредят здравето им и да ги изложат на риск от развитие на мускулно-скелетни заболявания. Производството на компонентите, например, налага продължително седене или стоене, което може да доведе до разтежения на мускулите на ръцете и краката. Може да има и репетитивни движения. Това, също така, е един доста активен физически труд, който изисква координация, точност и бързина. За да се намалят рисковете, на които са изложени работещите, компанията предприе следните мерки за създаване на работна среда, която запазва здравето и безопасността на работниците си:

**1) Инструктаж за здравословни и безопасни условия на труд**

Всички работници минават през такъв инструктаж при започване на работа в компанията. Те се обучават да използват оборудването по безопасен начин и учат техники, които да осигурят коректното му използване. Научават, също така, кои са потенциалните рискове от работната среда и се обучават как да предотвратяват опасностите и важността от това. Работниците се обучават и относно въдействието на факторите на работната среда върху здравето им и как да използват инструментите и оборудването за намаляване на тези фактори, например като подредят работното си място.

**2) Осигуряване на ергономични работни места**

Дизайнът на работната среда е разработен така, че да предотврати работата в неудобни и увреждащи пози или правенете на излишни движения, например чрез избягване необходимостта от извиване или усукване на гръбнака. Това е постигнато чрез предоставяне на работниците на регулируеми столове и маси, които дават възможност за заемане на правилни пози.

**3) Дизайн на труда**

Дизайнът на труда е разработен така, че работата да може да се пренасочва и преразпределя между работниците, така че да има ротация на задачите. Това намалява репетитивните движения, разтеженията на ръцете или продължителното навеждане или извиване на тялото. Определени са периоди за почивка, които намаляват отпадналостта и подобряват устойчивото изпълнение на трудовите задачи.

**4) Оценка на риска**

Прави се редовна оценка на риска на трудовия процес и работниците, като опасностите се редуцират или премахват с цел контролиране на риска.

**5) Превенция и мониториране**

Работниците получават лични предпазни средства, като методите за превенция непрекъснато се преразглеждат. Работниците се подлагат и на профилактични прегледи с цел ранно диагностициране на заболявания.

**6) Физическа активност**

ЕПИК осигурява на работниците си възможност да повишат физическата си активност като предоставя безплатно тенис на корт, тенис на маса и гимнастически салон.



Този подход към здравето и благополучието на работниците, и в частност превенцията на МСЗ, е пример за най-добра практика, която в резултат неизбежно ще повиши производителността на работещите. Докато интервенциите, приложени от ЕПИК са похвални, то не е ясно дали са правени първоначални изследвания на здравето на работниците и как здравето и безопасността подобряват здравето и благополучието, производителността и разходите. Така или иначе, това е един добър пример, който демонстрира, че в България са познати най-добрите практики за предотвратяване на свързани с труда МСЗ.

#### **4.5.2 Интервенции и адаптиране на работните изисквания**

Доказателствата не само сочат, че работата е добро нещо, но и че връщането към модифициран труд може да подпомогне възстановяването (Feuerstein, Shaw, Lincoln, Miller and Wood, 2003; van Duijn and Burdorf, 2008). Сред специалистите по професионални заболявания използването на трудова рехабилитация отдавна е прието като механизъм за гарантиране на това, че хората със заболявания, травми или увреждания могат да се върнат на работа (дори да извършват приспособен за тях труд) колкото е възможно по-скоро и по-устойчиво. Съществуваше загриженост, че рехабилитацията не е добре интегрирана в основната клинична практика и че връщането на работа не се разглежда от достатъчна част от клиницистите като ценен за пациента краен резултат (Frank and Chamberlain, 2006). Важно е също да се наблегне, че трудовата рехабилитация не е запазена за професионалистите територия. В практиката ефективното управление на грижите е също толкова, ако не и по-важно, от формалната рехабилитация.

И все пак работодателите, ако изобщо мислят за това, неизменно взимат пред вид изискванията на физическия труд, които трябва да бъдат покрити от работник с МСЗ. Биопсихосоциалният модел изисква психичните предизвикателства на работата също да се разглеждат като част от трудовия процес. Непрекъснато нараства броят на материалите, които сочат, че адаптирането на различни работни натоварвания може да подкрепи успешното връщане на работа на хората с различни МСЗ (Schultz, Stowell, Feuerstein and Gatchel, 2007; de Croon et al., 2004; Feuerstein, Shaw, Nicholas and Huang, 2004; Chorus, Miedema, Wevers and van der Linden, 2001). Успехът, с който както работника, така и работодателя ще управляват процеса на приспособяване при връщането на работа може да зависи и от вярванията, които и двете страни имат за степента, до която трудът сам по себе си (или поне отчасти) е причинен от или свързан с нетрудоспособността.

Има многобройни, основани на работния процес, интервенции за подпомагане на хората с МСЗ, които варират от ергономични промени на работното място до осигуряване

на достъп до физиотерапия; от програми за модифициране на труда до когнитивно-поведенческа терапия, както и комбинации от различни стратегии. Данните за успеха на тези интервенции за справянето с МСЗ са смесени (Meijer et al., 2005). Един систематичен обзор на мултидисциплинарното лечение на пациенти с болки ниско в кръста, например, демонстрира, че докато лечението подобрява функцията и намалява болката, не може да се твърди, че това е свързано с по-ранното връщане на работа в сравнение с тези, които не са получили такъв вид лечение (Guzman, Esmail, Karjalainen, Malmivaara, Irvin et al., 2001). Докато биомеханичните или ергономичните фактори може да бъдат свързани с появата на болката в гърба, то данните, че интервенциите, базирани на тези принципи ще предотвратят повторната поява или прогресирането към хроничност, нямат стабилна база (Burton, 1997). Всъщност, оказва се практически невъзможно да се определи дали едно лечение е статистически значимо по-ефективно от друго (Ekberg, 1995). Дори за специфични състояния като РА данните за ефективността на трудовата рехабилитация са слаби (Backman, 2004; de Buck, Schoones, Allaire and VlietVlieland, 2002).

Въпреки това има широко съгласие по принципите за справяне с неспецифичните МСЗ, и особено болките в гърба, както е очертано в каре 3. Това включва съвети и редица относително прости мерки за справяне с болките в гърба, които работниците и работодателите да следват.

### Каре 3. Принципи за справяне с неспецифичните МСЗ

- При болки в гърба трябва да се търси ранно лечение
- По-голямата част от болките в гърба се дължи на сериозни състояния
- Простата болка в гърба трябва да се лекува с основни болкоуспокояващи и мобилизация
- Поддържането на активността е важно както за предпазването от, така и за лечението на болките в гърба
- Бързото връщане на работа спомага за предотвратяване на хроничната гръбна болка
- По време на работа трябва да се заема правилна поза
- Цялото оборудване на работното място трябва да бъде регулируемо
- Трябва да се правят почивки при повтарящи се или продължителни задачи или пози
- Ръчното повдигане трябва да се избягва и, когато е възможно, да се използват повдигащи механизми
- Работниците трябва да получат ясна информация за грижите за гърба
- Трябва да се приложат политиките за здравословни и безопасни условия на труд, за да се покрият всички аспекти на ежедневната работа, като те трябва регулярно да бъдат преразглеждани.

Източник: Health and Safety Executive (2002)

Това изисква работодателите да мислят отвъд техните законови задължения, свързани със здравословните и безопасни условия на труд и да имат разбирането, че управлението на отсъствията по болест, ефективното връщане към работните програми и рехабилитацията са, най-малкото, принципи за ефективно управление (Waddell and Burton, 2006b). Много зависи от това да се повиши информираността за справянето със симптомите на МСЗ сред работниците и техните ръководители и да се осигури последните да имат умения и вътрешна сигурност в това да подкрепят работниците си по време на работа.

#### 4.5.3 Преки ръководители

Страхът и тревожността, свързани с високото работно натоварване, липсата на автономност и несигурността на работата могат да причинят мускулно напрежение – основна причина за МСЗ. Когато те са съчетани с неадекватно управленско поведение от страна на директните ръководители, тази връзка става още по-важна (Ценова и Велкова, 2008). С добро управление тези психосоциални фактори може да бъдат елиминирани или поне намалени, като по този начин се снижава риска от МСЗ. Стандартите за управление на стреса на Изпълнителната агенция по здравословни и безопасни условия на труд (The HSE Management Standards for Stress) определят полезни насоки за директните ръководители относно редуцирането на риска от стрес.

Освен важноста на поведението на директните ръководители за предотвратяване на МСЗ е ясно, че ролята им за ранното интервениране също е жизнено важна, както за задържането на работата, така и за рехабилитацията. И все пак много директни ръководители не се чувстват достатъчно подготвени да се справят с дългосрочните отсъствия и инвалидизацията. За тях някои аспекти на психичните проблеми или хроничната инвалидност може да изглеждат странни и притеснителни за обсъждане или конфронтиране и по тази причина те са неспособни да управляват по подходящ начин разкриването на факта на заболяването. В допълнение, ръководителите може да имат притеснения, свързани със задаването на въпроси или искането на повече информация относно болничните листове на ОПЛ, да правят посещения по домовете или да звънят в домовете на подчинените си, поради страх да не бъдат обвинени в тормоз или несъответстващо на закона поведение, като доведат себе си и организацията до съдебно дело. Те, също така, са в неведение за идеята за рехабилитация или не се чувстват удобно с нея. Българското законодателство относно здравословните и безопасни условия на труд е напълно ясно относно адаптирането на условията на труд към нуждите на индивида, така че „да се елиминират или редуцират вредните ефекти за неговото/нейното здраве”. По закон работодателите трябва да отидат отвъд това просто „да не вредят” на здрави работници и да осигурят адаптиране на условията за работа чрез рехабилитация,

така че да не утежняват вече съществуващи здравни проблеми на своите работници, независимо от това дали те са свързани с работата или не.

Като се има предвид, че МСЗ са най-често срещаният свързан с труда здравен проблем, както и важността на психосоциалните фактори за определянето дали работниците ще се задържат на работа или ще се върнат колкото е възможно по-скоро, ръководителите трябва да имат уменията да се справят с хората от персонала си, които имат такъв здравен проблем. Ако ръководителите не интервенират, то разходите за организациите им могат да бъдат значителни, особено за малките и средните предприятия, където отражението на отсъствията върху услугите за клиентите, производителността и изпълнението на трудовите задължения ще бъде по-голямо.

#### **4.5.4 Подобрен диалог между работодатели и клиницисти**

Много от предизвикателствата, свързани с връщането на работа, пред които се изправят работниците с МСЗ, могат да бъдат преодоляни, ако комуникацията между работодателите и клиницистите е по-ефективна. Както беше подчертано по-горе, клиничното преценяване на повечето МСЗ от страна на работодателите може да е съвсем бегло. Често се твърди, че повечето ОПЛ, от своя страна, имат малко или никакво разбиране за трудовите или професионалните измерения на повечето МСЗ. Много ОПЛ се чувстват неудобно или некомпетентни, когато са помолени да оценят трудоспособността (Arrelov, Alexanderson, Hagberg, Lofgren, Nilsson et al., 2007; Swartling, Hagberg, Alexanderson and Wahlstrom, 2007), тъй като често имат малко или никакво разбиране относно специфичните задачи, изпълнявани от работниците и за работната среда като цяло. В резултат на това ОПЛ може да мислят, че ако човек не е 100% годен, то връщането на работа само би обострило състоянието.

От своя страна работодателите изключително рядко поставят под въпрос болничният лист, издаден от ОПЛ или пък искат второ мнение за потенциала за ползотворното връщане на работа на пациента. Следствието от тази взаимна липса на разбиране и възникващата в резултат на това липса на диалог често е, че пациентът с МСЗ или продължава да работи без необходимите за състоянието му промени, или се обрича на безработица, без ясни пътища за връщане на работа и, още по-важно, без да бъде чул. Един проактивен, мултидисциплинарен, фокусиран върху капацитета подход към трудовата рехабилитация, информиран от биопсихосоциалния модел и осъществяван чрез управление на случай се счита за най-просветения и ефективен подход при повечето случаи на свързани с труда МСЗ. Доста често както работодателите, така и ОПЛ се фокусират по-скоро върху аспектите на работата, които пациентът със МСЗ не може да изпълни, отколкото върху тези, които може. На повече пациенти трябва да бъде издаван

документ за «годност», който е една доказано успешна практика за подпомагане на частично инвалидизираните хора да се върнат на работа.

Една от привлекателните черти на биопсихосоциалния модел е, че той «съчетава» тези три страни на преживяванията и лечението на пациента с МСЗ. Той предлага обширна рамка, от която да се гледа на диагнозата и лечението на много МСЗ, особено когато един важен краен резултат за индивида е да остане или да се върне бързо на работа.

---

**4.6** Този раздел очертава ранните интервенции, които са необходими първо и най-вече, за да донесат здравни ползи за хората с МСЗ, но също така и за да осигурят оставането на тези хора като продуктивни членове на работната сила. Той, обаче, демонстрира също, че в идеалния случай интервенциите трябва да започнат преди хората с мускулно-скелетни болки да посетят своите ОПЛ и се простират отвъд подписването на болничен лист. Биопсихосоциалният модел ясно илюстрира необходимостта от по-пълно разбиране на факторите, които допринасят за развитието на неспецифичните МСЗ, като взимат предвид индивидуалните или психологичните фактори, както и социалното обкръжение, в което живеят тези хора и в което работата играе голяма роля. За да се постигне това, работодателите, работниците и клиницистите в България трябва по-ефективно да разговарят помежду си. Това е едно предизвикателство и без съмнение не е обичайна практика, но подценяването на този проблем води до разходи, които са осветлени в този раздел.

**Обобщение**

## 5. Изводи и препоръки

Работата несъмнено е нещо добро за нашето здаве. Тя носи приходи, генерира социален капитал и придава цел и смисъл. В същото време даните, включени в този доклад, илюстрират, че работоспособността на голяма част от хората в трудоспособна възраст в България е, или ще бъде, засегната от МСЗ. Това може да има много съществени социални и икономически последици за тези хора и семействата им; може да подкопае производителния капацитет на работната сила като цяло и на части от българската индустрия и може сериозно да разходва ресурсите както на здравната система, така и на системата за обществено осигуряване.

Ако работната сила в България трябва да бъде продуктивна и конкурентна в условията на глобална икономика и ако качеството на трудовия живот трябва да бъде повишено, то е важно голяма част от работната сила да е годна за работа. Очевидно е, че България прави първите си стъпки към превенцията на здравните проблеми. Изглежда, обаче, че има липса на съзвучие или «съчетано» мислене и действия от страна на правителство, клиницисти и работодатели, което да се фокусира върху пациента с МСЗ като работник. Work foundation има поредица предложения за част от заинтересованите страни в тази област. Нашето намерение е да окуражим някои от ключовите играчи да разберат, че може да се направи още, за да е сигурно, че продължителното активно участие на пазара на труда е почти винаги силно позитивен двигател за здравето, себеосъществяването и просперитета.

---

**5.1** Мислете проактивно за управлението на здравето на работниците си на работното място. **Предложения към работодателите** Приветствайте въвеждането на поетапното връщане на работа и адаптирайте работното натоварване според здравния статус на персонала. Разберете ценността на задържането на квалифицирани работници на работа, без да се ограничавате от рамките на закона, и подкрепяйте тяхното възстановяване и рехабилитация.

- Подкрепете поетапното връщане на работа. Работодателите също може да катастрофират! Повечето работници с МСЗ могат да продължат да допринасят значително на работното си място, ако им бъде позволено. Не е нужно те да са 100% годни, за да се върнат на работа. Малко странично мислене ще ви позволи да им дадете да извършват полезна работа, което ще ги подкрепи по техния път обратно към пълния им производителен капацитет.
- Използвайте съветите на трудовата медицина. Трудовата рехабилитация, която е внимателно организирана и скроена според индивида, може да внесе съществена позитивна промяна по отношение връщането на работа, производителността, духа и устойчивостта на справянето. Ангажирайте колкото е възможно по-скоро професионалисти по трудова медицина. Дългосрочната редукция на отсъствията,

формалното присъствие и текучеството ще натежи над непосредствените разходи за програми за здраве и благополучие.

- Използвайте въображение при разработването на дизайна на труда. Това ще подпомогне рехабилитацията. Прости промени в организацията на труда (включително гъвкаво работно време) ще предотвратят влошаването на МСЗ и ще помогнат на хората с МСЗ да се върнат на работа. Когато мислят за превенцията и устройването на МСЗ, работодателите трябва да вземат предвид психологичните и социалните измерения, като качество на труда и отражението на свръхвисоките работни изисквания.
- Осигурете на работниците си смислена и удовлетворителна работа. Дори хората с временна или постоянна нетрудоспособност могат да полагат труд, при който да прилагат своите знания и умения.
- Обучете мениджърите да имат подкрепящо поведение. Линейните мениджъри са в най-добра позиция за предприемане на ранни действия когато някой показва белези или симптоми на телесно или психологично пренапрежение. Окуражете мениджърите да имат отворен подход и да са наясно какви стъпки могат да предприемат, за да намалят рисковете – както телесни, така и психологически – за работниците си.
- Изградете култура на благополучие в организацията си. Нека да е ясно, че вашата организация иска да подкрепи благополучието на работниците си и демонстрирайте стъпките, които са предприети, за да осигурите това.

**5.2** Подгответе се да посрещнете промените в здравния си статус, които ще настъпят в бъдеще. Приемете, че работата вероятно ще ви помогне да продължите дълго време да живеете пълноценен и продуктивен живот и обсъдете с ръководителя си как по-рано да устроите състоянието си. Помнете, че вие сте най-добрият експерт по своето състояние и обяснете на работодателя си как може да запазите своята работоспособност.

- Грижете се за здравето си. Ако изпитвате болка или дискомфорт, потърсете бързо съвет от личния си лекар. Игнорирането на проблема няма да го реши и може допълнително да намали способността ви да работите.
- Фокусирайте се върху капацитета, а не върху липсата му. Напускането на работа заради МСЗ не е единственото решение. Все още имате умения, чрез които да допринасяте и трябва да се концентрирате върху силните си страни. Вашите специализирани познания и опит не изчезват просто защото ви боли, чувствате се дискомфортно или имате проблеми с движенията. Работете заедно със своите ръководители и колеги, за да откриете как може да увеличите до максимум

работните си приноси в условията на ограниченията, наложени от състоянието ви. Бъдете отворени с тях и те ще реагират по-добре.

- Участвайте активно в справянето с вашето състояние. Не трябва да бъдете пасивна жертва на болката и неподвижността. Научете повече за състоянието си, наблюдавайте какъв модел следва болката и се научете да намалите нейното отражение върху вашите дейности и настроение. Това понякога може да бъде много трудно, но бъдете постоянни, хората, които активно участват в лечението си, се връщат по-бързо на работа. Пацинетските групи може да са ценен източник на подкрепа и информация за справяне със здравните състояния.
- Ангажиране на семейството в задържането и връщането на работа. Семейството и приятелите ви са важен източник на подкрепа. Те може да не разбират, че оставането или връщането на работа са едновременно възможни и желани. Трябва да им помогнете като ги ангажирате в рехабилитацията ви на работното място. Дори малкото приспособяване към работното време или пътуването за работа може да донесе значителна позитивна промяна.
- Знайте правата си. Бидейки едновременно работник и пациент, вие би трябвало да знаете каква подкрепа и консултиране ви се полагат в случай на заболяване, без да се страхувате, че ще загубите работата си. Ако сте член на профсъюз, той би могъл да ви напътства в този процес.

---

**5.3** Преминете обучение по професионални болести и подкрепете въвеждането на поетапно връщане на работа. От критична важност е професионалистите от здравната система да подкрепят индивидите в задържането на работните им места и да насочват пациентите към съответните специалисти, колкото е възможно най-бързо. Научете повече за причините и симптомите на МСЗ, за да интервенирате рано. Съветвайте политиките относно това кои са най-добрите практики за диагностициране и интервениране при МСЗ.

- Гледайте на пациента и като на работник. Работата трябва да се превърне в ценен краен резултат от лечението на пациентите с хронични състояния, за да им се помогне да поддържат финасова устойчивост и усещане за лична стойност. В същото време поетапното връщане на работа най-вероятно ще подпомогне възстановяването и ще предотврати обострянето на състоянието, инвалидизирането и ранното пенсиониране.
- Интервенирайте рано. ОПЛ са в идеалната позиция да идентифицират ранните признаци на много МСЗ. Използвайте програмите за подкрепа на здравните грижи (включително он-лайн въпросник за диагностициране на ревматични болести), за да се научите навреме да идентифицирате заболяванията и да започнете подходящо лечение. Където е подходящо, насочвайте пациентите



към специализирани екипи колкото е възможно по-скоро, ако е практически оправдано, за да дадете възможност да се започне лечение на състоянието.

- Идентифицирайте в кои случаи задържането или ранното връщане на работа е добро за пациента. Лесно е да се допусне, че работата е несъмнено нещо лошо за пациентите ви, особено, ако подозирате, че някои аспекти от работата влошават симптомите им. Внимателно обмислете дали, с някои корекции, можете да препоръчате оставането на работа при олекотени задължения или плаващото работно време като по-добрата опция, отколкото продължителното отсъствие от работа. Пациентът може да гледа много негативно на въздействието и вероятното прогресиране на състоянието му, ако начинът по който клиницистите го представят е фокусиран по скоро върху липсата на капацитет отколкото върху съществуващ капацитет. Подчертаването какво пациентът може да прави на работното си място може да помогне за постигане на баланс между нуждите на индивидите от възстановяване и потребността им от работа.
- Окуражете самостоятелното справяне. Опитайте се да се уверите, че пациентът е научил стратегии за справяне с различните аспекти на състоянието си, особено ако остава или се връща на работа. Усещането за овластяване и контрол ще подобри настроението им и ще осигури контролирането на важни аспекти от затрудненията им по време на работа. Работете в сътрудничество с пациентските групи за подкрепа, които често може да осигурят съвет относно задържането или връщането на работа. Обмислете използването на специализирана психологическа подкрепа, която да помогне на пациентите да се справят със симптомите си.

**5.4** Окуражете фокусирането по-скоро върху капацитета на хората с увреждания, отколкото върху липсата му. Ревизируйте трудовото законодателство, така че да е сигурно, че то не обезкуражава работодателите да наемат хора с увреждания. По същия начин, осигурителната система може да обезкуражи хората с частични увреждания да задържат статуса си на активна заетост. Трябва да бъдат въведени стимули, за да се гарантира, че хората, които са способни и желаят да работят ще могат да се върнат на пазара на труда.

- Обсъдете заменяне на актуалната система на болнични листове със системата на Великобритания за издаване на документ за годност (примерна бланка има в приложение 2), което окуражава ОПЛ да посочват какво работникът продължава да може да извършва. Фокусирането върху капацитета на работника ще помогне на другите здравни професионалисти и на работодателите да планират интервенциите за връщане на работа и да направят подходящите промени в работните изисквания/или работното време.

- Обсъдете прилагането на един по-стандартизиран, съвместен подход към регистрирането на данните за разпространението, икономическите разходи и бремето за обществото в резултат на МСЗ, така че данните от различните държавни институции да позволяват сравняване. Направете приоритет снижаването на разходите за МСЗ за индивидите и семействата им, работодателите и пазара на труда. Правителството трябва да разработи Национален план за хората с МСЗ – приведен в действие от Националния клиничен директор за МСЗ – който мониторира подобренията по отношение диагностицирането и достъпа до подходящо лечение и трудова рехабилитация в България, като по този начин се намалява общественото и икономическото бreme от МСЗ.
- Приемете психосоциалните ефекти на телесните болести, които оставени нелекувани, могат да поддържат МСЗ. Повишете достъпа до психологична подкрепа за хората с МСЗ, за да им дадете възможност да управляват психологическите въздействия на състоянието си. Службите по трудова медицина, които повишават информираността за отражението на факторите от работната среда върху здравето на служителите, трябва да разполагат с подходяща законова рамка, за да преследват постигането на необходимите промени в организациите.
- Разширете дефинициите на МСЗ, използвани в настоящите класификации на професионалните болести, отвъд настоящият им тесен фокус, като по този начин официално признаете, че много МСЗ и други хронични състояния (като ревматичните болести) не се причиняват от работата, но могат да инхибират трудовото участие.
- Достъпът до експерти-клиницисти трябва да се подобри. Недостатъчният тренинг за ОПЛ по отношение на МСЗ и вариациите в достъпа до специалисти от някои пациенти имат отражение върху възможностите на гражданите в трудоспособна възраст да получат достъп до ранни интервенции, които могат да спасят работата им. По подобен начин трябва да се планира работната сила в медицинската професия и да се установи дали има достатъчно клиничен персонал (напр. физиотерапевти), които да обслужват очакваното нарастване на МСЗ, тъй като населението и работната сила остаряват. Всъщност ние вярваме, че обучението по медицина на всички нива, от студенти до продължаващото медицинско обучение, ще има полза от включването на теми, свързани със здравето и работата, особено ако здравето на населението в трудоспособна възраст се очаква да се влошава.

- Акцентируйте върху ценността на трудовата рехабилитация, която подкрепя клиничното лечение на МСЗ. Въведете по-добра система за насочвания към рехабилитационни програми като се уверите, че пациентите получават лечение с най-добро съотношение разход-ефективност, което същевременно е и най-подходящото за техния здравен статус. Не забравяйте, че превенцията на дългосрочните състояния е инвестиция в бъдещето на здравната и социалната системи.

- Academic Network of European Disability experts (ANED). (2007). **Bulgaria – ANED country profile**. Retrieved on 11 December 2011 from <http://www.disability-europe.net>
- Akesson, K., Dreinhofer, K. and Woolf, A. D. (2003). Improved education in musculoskeletal disorders is necessary for all doctors. **Bulletin of the World Health Organisation**, 81, 677-683
- Akkoc, N. (2008). Are spondyloarthropathies as common as rheumatoid arthritis worldwide? A review. **Current Rheumatology Reports**, 10, 371-378
- Alavinia, S. M. and Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 82, 39-45
- Aptel, M., Aublet-Cuvelier, A. and Cnockaert, J. C. (2002). Work-related musculoskeletal disorders of the upper limb, **Joint Bone Spine**, 69 (6), 546-555
- Armstrong, K. (2006). **Life After Rover**. London: The Work Foundation
- Arrelov, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Lofgren, A., Nilsson, G. et al. (2007). Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. **BMC Public Health**, 7(1), 273
- Ashby, K. and McGee, R (2010). **Body and Soul - Exploring the connection between physical and mental health conditions**. London: The Work Foundation
- Backman, C. L. (2004). Employment and work disability in rheumatoid arthritis. **Current Opinion in Rheumatology**, 16, 148-152
- Bekkering, G., Henriks, H., Koes, B., Oostendorp, R., Ostelo, R. et al. (2003). Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. **Physiotherapy**, 89 (2), 82-96
- Bengtsson, C., Nordmark, B., Klareskog, L., Lundberg I., Alfredsson, L. and the EIRA study group socioeconomic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. **Annals of the Rheumatic Diseases**, (2005 – retrieved on 11 January 2011)
- Bigos, S. J., Battie, M. C. and Spengler, D. M. (1992). A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. **Clinical Orthopaedic Related Research**, 279, 21-34
- Block, A. R., Kremer, E. F. and Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behaviour. **Pain**, 9 (2), 243-252
- Bone and Joint Decade. (2005). **European Action Towards Better Musculoskeletal Health: A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions**. Lund: The Bone and Joint Decade, Department of Orthopedics, University Hospital. Retrieved 15 April 2009 from [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/promotion/fp\\_promotion\\_2000\\_frep\\_15\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf)
- Boonen, A., Chorus, A., Miedema, H., van der Heijde, Landewé, D. R. et al. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1033–1039

- Breen, A., Langworthy, J. and Bagust, J. (2005). Improved early pain management for musculoskeletal disorders. **HSE Research report**, 399 London: Health and Safety Executive
- Brinkley, I., Clayton, N., Coats D., Hutton W. and Overell, S. (2008), **Hard Labour: Jobs, Unemployment and the Recession**. London: The Work Foundation
- Buchbinder, R., Jolley, D. and Wyatt, M. (2001). Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. **British Medical Journal**, 322, 1516-1520
- Bulgarian Agency for Disabled People. (2011). **METODIKA**. Za kandidatstvane, otpuskane na sredstva, nabludenie I otchetnost na proekti na rabotodateli/organi po naznachavane za osigurjavane, prisposobjavane I oborudvane na rabotno mjastozalica s trajniuvrezhdanija I predostavjanizafinansirane s's sredstvanaAgencijazahorata s uvrezhdanija. Retrieved on 11 December 2011 from <http://ahu.mlsp.government.bg>
- Bulgarian Ministry of Labour and Social Policy (MLSP). (2009). **Yearbook 2008**. Retrieved on 12 December 2011 from <http://www.mlsp.government.bg>
- MLSP. (2010). Yearbook 2009. Retrieved on 12 December 2011 from <http://www.mlsp.government.bg>
- MLSP. (2011). **Budzhët na Ministerstvo truda I socialnata politika za 2011 g. po programi**. Retrieved on 12 December 2011 from <http://www.mlsp.government.bg>
- Bulgarian National Employment Agency. (n.d.). Data retrieved on 12 December 2011 from <http://www.az.government.bg>
- Bulgarian National Statistics Institute (NSI). (2005). **Research on People with Disabilities in Bulgaria**. Sofia: National Statistics Institute
- NSI. (n.d.). Data retrieved on 12 December 2011 from <http://www.nsi.bg/index.php>
- Bulgarian National Social Security Institute (NSSI). (2008). **Spis'k naprofesionalnite bolesti**. Retrieved on 12 December 2011 from <http://www.noi.bg>
- NSSI. (2009). **Statisticheska informacija za profesionalnite bolesti iprez 2009 g.** Retrieved on 11 December 2011 from <http://www.noi.bg>
- NSSI. (2010). **StatisticheskiBuletin**. Pensii. Retrieved on 11 December 2011 from <http://www.noi.bg>
- NSSI. (2011a). **Analiz na pensiite za invalidnost prez perioda 2000-2010g**. Retrieved on 11 December 2011 from <http://www.noi.bg>
- NSSI. (2011b). Pokazатели, harakterizirasti vremennata netrudosposobnost na osigurenite lica 2008, 2009 I 2010 g. Retrieved on 11 December 2011 from <http://www.noi.bg>
- NSSI (2011c). Statisticheski Buletin. Pensii. Retrieved on 11 December 2011 from <http://www.noi.bg>
- Burton, A. K. (1997). Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences. **Spine**, 22, 2575-2580

- Burton, A. K. (2005). How to prevent low back pain. **Best Practice and Research in Clinical Rheumatology**, 19 (4), 541-555
- Cammarota, A. (2005). **The Commission's initiative on MSDs: Recent developments in social partner consultation at the European level**. Presentation to the Conference on MSDs – A challenge for the telecommunications industry. Lisbon, 20-21 October
- Carter, L. E., McNeil, D. W. and Vowles, K. E. (2002). Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. **Pain Research Management**, 7(1), 21-30
- Chorus, A. M. J., Boonen, A., Miedema, H. S. and van der Linden, S. (2002). Employment perspectives of patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61, 693-699
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Boonen, A. and van der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 62, 1178-1184
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Wevers, C. W. J. and van der Linden, S. (2001). Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1025-1032
- Coats, D. and Lehki, R. (2008). **'Good Work': Job Quality in a Changing Economy**. London: The Work Foundation
- Coats, D. and Max, C. (2005). **Healthy Work, Productive Workplaces: Why the UK Needs More Good Jobs**. London: The Work Foundation
- Commission of the European Communities. (2003). **Commission recommendation of 19/09/2003 concerning the European schedule of occupational diseases**. No. 3297. Brussels
- Cooper, N. (2000). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. **Rheumatology**, 39 (1), 28-33
- Dagenais, S., Caro, J. and Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. **The Spine Journal**, 8, 8-20
- Dagfinrud, H., Mengshoel, A. M., Hagen, K. B., Loge, J. H. and Kvien, T. K. (2004). Health status of patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 63, 1605-1610
- de Buck, P., Schoones, J. W., Allaire, S. H. and Vliet Vlieland, T. P. M. (2002). Vocational rehabilitation in patients with chronic reumatoid diseases: A systematic literature review. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 32 (3), 196-203
- de Croon, E. M., Sluiter, J. K., Nijssen, T. F., Dijkmans, B. A. C., Lankhorst, G. J. et al. (2004). Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 63, 1362-1367
- der Tempel, H. and van der Linden, S. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1033-1039

- Department for Work and Pensions. (2010). **Statement of Fitness to Work. A guide for General Practitioners and other doctors**. Retrieved on 21 April 2011 from <http://www.dwp.gov.uk/docs/fitnote-gp-guide.pdf>
- Devereux, J., Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. and Buckle, P. (2004). The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders. **Health and Safety Executive Research Report 273**. London: Health and Safety Executive
- Dimitrova, S. **Quality in work and employment – Bulgaria**. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) Retrieved on 31 October 2011 <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0612036s/bg0612039q.htm>
- 'Drug Act' (2007). **Law for Medicinal Products in Human Medicine**. State Gazette No 31/2007. Amendments in No 19/2008; Resolution No 5/2008 of the Bulgarian Constitutional Court promulgated in State Gazette No 65/2008; amendments in No 71/2008, Nos 10, 23, 41, 88 and 102/2009, Nos 59 and 102/2010., Nos 9 and 12/2011
- Ekberg, K. (1995). Workplace changes in successful rehabilitation, **Journal of Occupational Rehabilitation**, 5, 253-269
- Ektor-Andersen, J., Ingvarsson, E., Kullendorff, M. and Ørbæk, P. (2008). High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 40, 1-8
- European Commission. (2010)., **Special Barometer 334/Wave 72.3 , Sport and Physical Activity, Eurobarometer – TNS Opinion & Social, Belgium** Retrieved on 5 January 2012 from [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_334\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf)
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2007a). **Managing Musculoskeletal Disorders**. Retrieved 15 April 2009 from <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/tn0611018s.htm>
- Eurofound. (2007b). **Musculoskeletal Disorders and Organisational Change**. Conference report. Lisbon, 11-12 October. Retrieved on 28 March 2011 from <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef07114.htm>
- Eurofound. (2009). **Bulgaria: Industrial relations profile**. Retrieved on 11 December 2011 from [http://www.eurofound.europa.eu/eiro/country/bulgaria\\_3.htm](http://www.eurofound.europa.eu/eiro/country/bulgaria_3.htm)
- European Trade Union Institute (ETUI) (2007). **Musculoskeletal disorders: An ill-understood pandemic**. Brussels: ETUI
- European Working Conditions Survey (EWCS). (2010). Data retrieved on 11 December 2011 from [http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010\\_01\\_12.htm](http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_01_12.htm)
- Eurostat (2004). **Occupational Diseases in Europe in 2001**. Statistics in Focus, 15/2004. Retrieved on 20 April 2009 from [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-04-015/EN/KS-NK-04-015-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-04-015/EN/KS-NK-04-015-EN.PDF)

- Eurostat. (n.d.). Statistical Database. Data retrieved on 12 December 2011 from <http://ec.europa.eu/eurostat>
- Feuerstein, M., Shaw, W. S., Lincoln, A. E., Miller, V. I. and Wood, P. M. (2003). Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders. **Pain**, 102, 51-61
- Feuerstein, M., Shaw, W. S., Nicholas, R. A. and Huang, G. D. (2004). From confounders to suspected risk factors: psychosocial factors and work-related upper extremity disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, 14, 171-178
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C. et al. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope – if we can just get all the players onside. **Canadian Medical Association Journal**, 158 (12) 1625-1631
- Frank, A. O. and Chamberlain, M. A. (2006). Rehabilitation: an integral part of clinical practice. **Occupational Medicine**, 56, 289-293
- Georgieva, L., Salchev, P., Dimitrova, R., Dimova, A., Avdeeva, O. (Avdeeva, O. and Elias, M. Eds) (2007). **Bulgaria Health system review, Health systems in transition**. WHO: Copenhagen
- Gignac, M., Cao, X., Lacaille, D., Anis, A. and Badley, E. (2008), Arthritis-related work transitions: A prospective analysis of reported productivity losses, work changes, and leaving the labour force, **Arthritis Care and Research**, 59 (12), 1805-1818
- Gignac, M. A. M., Badley, E. M., Lacaille, D., Cott, C. C., Adam, P. et al. (2004). Managing arthritis and employment: Making arthritis-related work changes as a means of adaptation. **Arthritis and Rheumatism**, 51 (6), 909-916
- Gladicheva, R. and Chengelova, E. (2007) **Managing Musculoskeletal disorders – Bulgaria**. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) Retrieved on 31 October 2011 from <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/bg0511019q.htm>
- Gordeev, V. S., Maksymowych, W. P., Evers, S. M., Ament, A., Schachna, L. et al. (2010). The role of contextual factors on health-related quality of life in ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 69, 108-112
- Griva, C. and Dikova, K. (2010) Public Health Statistics, National Centre of Health Informatics, Sofia
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. et al. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. **British Medical Journal**, 322, 1511–1516
- Halpern, M. T., Cifaldi, M. and Kvien, T. K. (2008). Impact of adalimumab on work participation in rheumatoid arthritis: comparisons of an open-label extension study and a registry-based control group. **Annals of the Rheumatic Diseases**, published online 1 October 2008



- Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G. and Westman, G. (1997). The impact of marital relationship on the rehabilitation process in a group of women with long-term musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, 25 (1), 17-25
- Health and Safety Executive (HSE) (2002). **Initiative Evaluation Report: Back to Work**
- Huscher, D., Merkesdal, S., Thiele, K., Schneider, M. and Zink, A. (2006). Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Bulgaria. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 65, 1175-1183
- Husted, J. A., Gladman, D. D., Farewell, V. T. and Cook, R. J. (2001) Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, 45, 151-158
- Institute of International Finance. (2011). **IIF research note. Capital flows to emerging market economies**. Retrieved on 6 February 2012 from <http://www.iif.com/download.php?id=kTF+Yd4yss8=>
- International Health care and Health Insurance Institute. (2004). Hospitalizirani sluchai (izpisani I umreli) v stacionarite na lechebnite zavedenija na lica na v'zrast 18-64 godini po klasove bolesti. International Health care and Health Insurance Institute. Retrieved on 11 December 2011 from [http://www.zdrave.net/document/institute/health\\_statistics/nsi/2004/B\\_10.pdf](http://www.zdrave.net/document/institute/health_statistics/nsi/2004/B_10.pdf)
- Ivanova, L., Dimitrov, P., Dellava, J. and Hoffman, D., (2008). Prevalence of obesity and overweight among urban adults in Bulgaria. **Public Health Nutrition**, 12, 1407-10. Retrieved on 11 December 2011 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18410706>
- Jansen, K., Luik, M., Viljasoo, V., Ereline, J., Gapeyeva, H. et al. (2010). Neuromuscular fatigue characteristics in female painters following the working day. **Agronomy Research**, 8 (Special Issue I), 79-85
- Katz, W. A. (2002). Musculoskeletal Pain and its socioeconomic implications. **Clinical Rheumatology, Supplement**, 1, 2-4
- Kavanaugh, A. (2005). Health economics: implications for novel antirheumatic therapies. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 64, 65-69
- Kemler, M. A. and Furnée, C. A. (2002). The impact of chronic pain on life in the household. **Journal of Pain Symptom Management**, 23 (5), 433-441
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Southwick, S. and Giller, E. L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. **Journal of Psychosomatic Research**, 34(4), 401-408
- Kobelt, G. (2007). Thoughts on health economics in rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 66, 35-39
- Kobelt, G. and Kasteng, F. (2009). **Access to innovative treatments in rheumatoid arthritis in Europe**. Retrieved 28 March 2011 from <http://www.lif.se/default.aspx?id=44400>

- Kokalov, I., Todorov, T., Karova, S., Dimitrova, E. and Zagorov, A. (2007). The outlook for health and safety at work. Policies and practices in Bulgaria. **HESA Newsletter, No.33** Retrieved on 3 February 2012 from [http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsletter/files/Pages%2037-41%20from%20FINAL\\_News33UK\\_v5-10.pdf](http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsletter/files/Pages%2037-41%20from%20FINAL_News33UK_v5-10.pdf)
- Kostova, V. and Koleva, M. (2001). Back disorders (low back pain, cervicobrachial and lumbosacral radicular syndromes) and some related risk factors. **Journal of Neurological Science**, 192, (1-2), p.17-25
- Leardini, G., Salaffi, F., Montanelli, R., Gerzeli, S. and Canesi, B. (2002). A multi-center cost-of-illness study on rheumatoid arthritis in Italy. **Clinical and Experimental Rheumatology**, 20, 505-515
- Lisbon European Council (2000). Presidency Conclusions. Retrieved on 16 April 2009 from [http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1\\_en.htm](http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm)
- Lundkvist, J., Kastang, F. and Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics**, 8 (Supplement 2), 49-60
- Luqmani, R., Hennell, S., Estrach, C., Birrell, F., Bosworth, A. et al. (2006). On behalf of the British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards. Guidelines and Audit Working Group British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (The first two years). **Rheumatology**, 45, 1167-1169
- MacGregor, E. A., Brandes, J., Eikermann, A. and Giammarco, R. (2004). Impact of migraine on patients and their families: the Migraine and Zolmitriptan Evaluation (MAZE) survey – Phase III. **Current Medical Research Opinion**, 20 (7), 1143-1150
- McLaren, N. (2006). Interactive dualism as a partial solution to the mind-brain problem for psychiatry. **Medical Hypotheses**, 66 (6), 1165-1173
- Meijer, E., Sluiter, J. and Frings-Dresen, M. (2005). Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 78 (7), 523-532
- Meijer, E., Sluiter, J., Heyma, A., Sadiraj, K. and Frings-Dresen, M. (2006). Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: a randomised, controlled trial with one-year follow-up. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 79 (8), 654-664
- Nachemson, A., Waddell, G. and Norlund A. (2000) Epidemiology of neck and low back pain. In Nachemson, A. and Jonsson E., (eds.) **Neck and Back Pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment**, 165-188. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 165-188

- Orlewska, E., Ancuta, I., Anic, B., Codrenau, C., Damjanov, N., et al. (2011). Access to biologic treatment for rheumatoid arthritis in Central and Eastern European (CEE) countries. **Medical Science Monitor**, 17(4), SR1-13
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. and Vermeulen, G. (2007). **Fourth European Survey on Working Conditions**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards
- Prüss-Üstün, A. and Corvalán, C. (2006). **Preventing Disease Through Healthy Environments. Towards an Estimate of the Environmental Burden of Disease**. Geneva: World Health Organisation
- Pugner, K. M., Scott, D. I., Holmes, J. W. and Hieke, K. (2000). The costs of rheumatoid arthritis: an international long-term view. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 29, 305-320
- Punnett, L. and Wegman, D. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, 14 (1), 13-23
- Rusinova, V., Tzenova, B. and Jilyova, S. (2007). Organisational-psychological causes of musculoskeletal disorders. **Journal of Safety and Health at Work**, 10, 19-25
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. and Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 17 (2), 327-352
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2000). **Management of Early Rheumatoid Arthritis**, SIGN publication 48. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- Sieper, J., Braun, J., Rudwaleit, M., Boonen, A. and Zink, A. (2002). Ankylosing spondylitis: an overview. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61 (Supplement III), 8-18
- Smyth, M., Stone, A., Hurewitz, A. and Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. **Journal of the American Medical Association**, 281, 1304-1309
- Sokka, T., Kautiainen, H., Pincus, T., Verstappen, S. M. M., Aggarwal, A. et al. (2010). Work disability remains a major problem in rheumatoid arthritis in the 2000s: data from 32 countries in the QUEST-RA Study. **Arthritis Research and Therapy**, 12
- Sokka, T. and Pincus, T. (2001). Markers for work disability in rheumatoid arthritis. **Journal of Rheumatology**, 28, 1718-1722
- Suchrcke, M., Rocco, L. and McKee, M. (2007). **Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia**. Copenhagen: WHO
- Suija, K., Kalda, R. and Maaros, H.-I. (2009). Depression and musculoskeletal problems. **British Journal of General Practice**, January
- Sullivan, M. J. and D'Eon, J. L. (1990). Relation between catastrophising and depression on chronic pain patients. **Journal of Abnormal Psychology**, 99, 260-263

- Swartling, M. S., Hagberg, J., Alexanderson, K. and Wahlstrom, R. A. (2007). Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 17(3), 398-408
- Technopolis. (2006). **Strategic Evaluation on Innovation and the Knowledge Based Economy in relation to the Structural and Cohesion Funds, for the programming period 2007-2013**. A report to the European Commission Directorate-General Regional Policy Evaluation and additionality. Retrieved 1 April 2011 from [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/evaluation/pdf/evalstrat\\_innov/Bulgaria.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/evaluation/pdf/evalstrat_innov/Bulgaria.pdf)
- Tomev, L. (2009). **Working time in the European Union: Bulgaria**. EWCO. Retrieved on 11 December 2011 from <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0803046s/bg0803049q.htm>
- Training for Vocational Rehabilitation Services (TRAVORS). (2009). **A Review of the Situation of People with Disabilities in Bulgaria**. Tartu: Pärnu College
- Tzenova, B. (2011a) Psychosocial factor of work and stress – priority in the new national occupational health and safety strategy, 2013-2020? Education in OHS, 6, 45-60, Publ. Perfect Consult Center (in Bulg.)
- Tzenova, B. (2011b). Sick buildings or sick companies? **Bulgarian Journal of Psychology**, 3-4, p.822-830
- Tzenova, B. and Velkova, D. (2008). Psychological factors and musculoskeletal disorders, **Journal of Safety and Health at Work**, 1, 8-19
- van Duijn, M. and Burdorf, A. (2008). Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 40, 576-581
- Van Eerd, D., Beaton, D., Cole, D., Lucas, J., Hogg-Johnson, S. et al. (2003). Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in workers: a review of the literature. **Journal of Clinical Epidemiology**, 56, 925-936
- van Jaarsveld, C. H., Jacobs, J. W., Schrijvers, A. J., Van Albada-Kuipers, G. A., Hofman, D. M. et al. (1998). Effects of rheumatoid arthritis on employment and social participation during the first years of disease in the Netherlands. **British Journal of Rheumatology**, 37(8), 848-853
- Veale, A., Woolf, A. and Carr, A. (2008), Chronic musculoskeletal pain and arthritis: Impact, attitudes and perceptions. **Irish Medical Journal**, 101 (7), 208-210
- Viir, R., Virkus, A., Laiho, K., Rajaleid, K., Selart, A. et al. (2007). Trapezius muscle tone and viscoelastic properties in sitting and supine positions. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Supplement, 3, 76–80
- Waddell, G. and Burton, A. K., (2006a). **Is Work Good for Your Health and Well-being?** London: Department for Work and Pensions

- Waddell, G. and Burton, A. K. (2006b). Principles of rehabilitation for common health problems, in O'Donnell, M. **Rehabilitation: Keeping People in Work**. Chief Medical Officer's Report 2006. Dorking, UnumProvident
- Walker, J.G., Littlejohn, G. O., McMurry, N. E. and Cutolo, M. (1999). Stress system response and rheumatoid arthritis – a multilevel approach. **Rheumatology**, 38, 1050-1057
- Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C. et al. (2008). Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 68, 685-689
- Werner, E. L., Lærum, E., Wormgoor, M. E., Lindh, E. and Indhal, A. (2007). Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. **Occupational Medicine**, 57(8), 590-595
- World Health Organisation (WHO) Scientific Group (2001). **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva: WHO. Retrieved 15 April 2009 from <http://www3.who.int/icf/icftemplate/cfm>
- WHO Scientific Group (2003). **The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium**. Geneva: WHO
- WHO Regional Office for Europe. (2001). **Highlights on health in Bulgaria**. Copenhagen: WHO
- WHO. (2009). **Death and DALY estimates for 2004 by cause for WHO Member States**. Retrieved on 14 March 2011 from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_country/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html)
- Young, A., Dixey, J., Cox, N., Davis, P., Devlin, J. et al. (2000). How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of five years of follow-up in 732 patients from the early RA study (ERAS). **Rheumatology**, 39, 603-611
- Zampolini, M., Bernadinello, M. and Tesio, L. (2007). RTW in back conditions. **Disability and Rehabilitation**, 29 (17), 1377-1385
- Zhang, B., Álvarez-Casado, E., Occhipinti, E. and Mondelo, P. (2010). **Toolkits for hazard identification, risk assessment and prevention of work-related musculoskeletal disorders based on a collaborative platform**. 8th International Conference on Occupational Risk Prevention. Valencia

## Приложение 1 – Интервюта и консултации с експерти

Следните хора споделиха гледните си точки и информация с нас по време на нашето проучване и сме много благодарни на всеки от тях за отделеното време. Взехме под внимание техните мнения при подготвянето на този доклад, макар че участието им в проучването по никакъв начин не означава, че те подкрепят изводите, направени в него.

Цвета Апостолова	Българска асоциация на пациентите с ревматологични заболявания
Боряна Ботева	Българска асоциация на пациентите с ревматологични заболявания
Емилия Димитрова	Конфедерация на независимите профсъюзи в България
Божидар Ивков	Българска академия на науките
Проф. Иван Миланов	Българско дружество по неврология
Владимир Томов	Конфедерация за здравна защита
Бистра Ценова	Национален център по опазване на общественото здраве
Живко Я. Янков	Българско общество на пациентите с анкилозиращ спондилит

## Приложение 2 – Примерна бланка за „годност”

### Statement of Fitness for Work For social security or Statutory Sick Pay

Patient's name

I assessed your case on:

and, because of the following condition(s):

I advise you that:  
 you are not fit for work.  
 you may be fit for work taking account of the following advice:

If available, and with your employer's agreement, you may benefit from:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a phased return to work | <input type="checkbox"/> amended duties        |
| <input type="checkbox"/> altered hours           | <input type="checkbox"/> workplace adaptations |

Comments, including functional effects of your condition(s):

Sample

This will be the case for

or from  to

I will/will not need to assess your fitness for work again at the end of this period.  
*(Please delete as applicable)*

Doctor's signature

Date of statement

Doctor's address

Med 3 04/10

Източник: Department for Work and Pensions (2010).

## Приложение 3 – Мрежова таблица за сравнителен анализ

---

Европейското проучване „Годни за работа” се проведе в 27 страни. Този подход ни позволи да изследваме доколко се прилагат ранните интервенции в Европа. Той, също така, ни даде възможност да разберем доколко можем да идентифицираме както факторите, които улесняват, така и тези, които пречат за прилагането на ранните интервенции като се имат предвид различните подходи към политиките, които повлияват пазара на труда, осигурителните и здравните системи. За да изследваме това, ние се фокусирахме върху поредица индикатори покриващи:

- пазара на труда;
- осигурителната система;
- здравната система.

Данните представени по-долу идват от различни международни източници. Където е възможно, използвахме данните от 2009г., за да можем да направим сравнение между страните по редица различни индикатори. Данните са предимно от Евростат. По-долу представяме избрани индикатори.



Приложение 3 – Мрежова таблица за сравнителен анализ

	БВП на глава от населението в СПС	% от населението то в трудоспособна възраст	% от населението то на възраст ≥65	Ниво на безработица (%)		Ниво на дългосрочна безработица, % от активното население	Честота на инвалидността като процент от населението на възраст 20-64г	Средна възраст на излизане от пазара на труда		Производителност на труда за час, като съотношение спрямо ЕУ-27 (=100)	Трудова часова ставка
				М	Ж			М	Ж		
Австрия	29,300	84.9	17.4	5.0	4.6	1.0	14.4	62.6	59.4	113.2	€26.33
Белгия	27,400	83.1	17.1	7.8	8.1	3.5	14.0	61.2	61.9	125.5	€32.56
България	10,400	86.6	17.4	7.0	6.6	3.0	--	--	--	39.9	€1.89
Хърватска	15,100	84.7	17.2	8.0	10.3	5.1	--	--	--	78.7*	--
Чешка република	19,200	85.9	14.9	5.9	7.7	2.0	13.8	62.0	59.4	72.9	€7.88
Дания	28,400	81.7	15.9	6.5	5.4	0.5	20.7	61.4	59.7	103.3	€34.74
Естония	15,000	85.1	17.1	16.9	10.6	3.8	23.0	--	--	65.5	€6.60
Финландия	26,600	83.3	16.7	8.9	7.6	1.4	20.5	62.0	61.3	108.9	€27.87
Франция	25,400	81.5	16.5	9.2	9.8	3.3	13.2	59.4	59.3	120.9	€31.06
Германия	27,400	86.4	20.4	8.1	7.3	3.4	17.5	62.6	61.5	105.1	€27.80
Гърция	22,100	85.7	18.7	6.9	13.2	3.9	8.3	61.6	60.5	98.9	--
Унгария	15,300	85.1	16.4	10.3	9.7	4.2	22.1	--	--	53.5	€7.13
Ирландия	29,800	79.1	11.0	14.9	8.0	3.4	13.3	--	--	130.5	--
Италия	24,400	86.0	20.1	6.8	9.3	3.5	9.0	61.0	59.8	111.7	--
Латвия	12,200	86.3	17.3	20.3	13.9	4.6	--	--	--	53.0	€4.41
Литва	12,900	84.9	16.0	17.1	10.4	3.2	--	--	--	57.3	€5.09
Холандия	30,800	82.3	15.0	3.7	3.8	0.9	16.8	64.2	63.6	111.2	--
Норвегия	42,000	81.0	14.7	3.6	2.6	0.5	16.3	64.1	64.7	146.9	--
Полша	14,300	84.7	13.5	7.8	8.7	2.5	11.3	61.4	57.5	46.7	€6.78
Португалия	18,900	84.7	17.6	9.0	10.3	4.3	18.7	62.9	62.3	75.6	€11.32
Румъния	10,900	84.8	14.9	7.7	5.8	2.2	--	--	--	47.9	€3.41
Словакия	17,200	84.6	12.1	11.4	12.8	6.5	14.0	59.7	57.8	80.7	€6.41
Словения	20,700	86.0	16.4	5.9	5.8	1.8	15.0	--	--	82.4	€12.09
Испания	24,300	85.2	16.6	17.7	18.4	4.3	11.1	61.8	62.4	109.8	€16.39
Швеция	28,000	83.3	17.8	8.6	8.0	1.1	18.1	64.2	63.6	109.9	€33.30
Швейцария	34,000	84.7	16.6	--	--	--	10.4	64.6	62.5	108.1*	--
Турция	10,700	73.7	6.8	12.5	12.6	2.8	--	--	--	61.6*	--
Великобритания	26,500	82.5	16.3	8.6	6.4	1.9	17.6	63.6	61.7	106.6	€26.39
ЕУ-27	23,600	84.4	17.2	9.0	8.9	3.0	--	61.9*	60.5*	100.0	--

Източници: Eurostat Statistical Database; OECD 2009; \*OECD Statistics

Приложение 3 – Мрежова таблица за сравнителен анализ

	БВП на глава от населението в СПС, 2008	Социални помощи (% БВП)	Разходи за здраве (% БВП)	% помощи изхарчени за			Щедрост на системата за социално подпомагане
				Болест/здравни грижи	Инвалидност	Безработица	
Австрия	31,100	18.1	9.7	26.1	7.8	5.0	5.46
Белгия	28,800	16.0	9.8	28.4	7.1	12.5	4.38
България	10,900	10.1	6.9	29.4	7.7	2.3	--
Хърватска	15,900	--	--	--	--	--	--
Чешка република	20,200	12.8	6.9	33.3	8.2	3.5	5.15
Дания	30,800	14.8	9.3	23.3	15.2	4.8	5.40
Естония	17,000	10.6	5.9	32.4	9.9	2.1	--
Финландия	29,500	15.4	7.7	26.8	12.6	7.1	2.60
Франция	26,700	17.7	10.7	29.8	6.0	5.8	5.24
Германия	28,800	17.0	10.3	30.5	7.8	5.4	6.11
Гърция	23,500	19.3	--	29.0	4.7	5.1	--
Унгария	16,200	15.8	7.1	25.0	9.4	3.7	4.75
Ирландия	33,300	12.4	--	40.9	5.5	8.7	--
Италия	26,000	17.7	--	26.4	5.9	1.9	--
Латвия	14,100	8.1	6.2	29.5	7.3	4.1	--
Литва	15,300	11.0	6.3	29.4	10.4	2.5	--
Холандия	33,500	10.3	8.9	32.8	8.8	3.8	3.40
Норвегия	47,300	6.1	8.1	32.7	17.6	1.9	--
Полша	14,100	14.0	6.6	24.4	8.8	1.9	4.58
Португалия	19,500	15.1	9.2	28.0	9.3	4.5	4.75
Румъния	11,700	10.4	5.3	25.2	9.8	1.4	--
Словакия	18,100	11.3	7.0	32.5	9.0	4.0	5.00
Словения	22,800	14.7	8.1	33.8	7.8	2.0	--
Испания	25,900	12.4	8.7	30.8	7.2	13.6	4.75
Швеция	30,800	14.8	8.8	26.0	15.1	3.0	6.73
Швейцария	35,800	10.5	10.6	26.4	12.5	2.6	5.09
Турция	11,700	--	--	--	--	--	--
Великобритания	28,700	13.1	--	33.3	11.0	2.5	3.87
EU-27	25,100	--	--	29.7	8.1	5.2	--

Източници: Eurostat Statistical Database; Osterkamp and Rohlf, 2007

Приложение 3 – Мрежова таблица за сравнителен анализ

	Отсъствие по болест в резултат на здравни причини (%)	Средно неприсъствени дни	Презент изъм (%)	DALY за МСЗ (% of общия брой)	DALY за РА (% от общия брой)	Разпространеност на свързаните с труда болки в Гърба (работещо население)	Брой на пациентите с РА в общата популация (разпространеност)	Общи годишни разходи за РА, млн	Лекари на 100,000 население	
									Ревматолози**	ОПЛ
Австрия	20.9	3.4	34.5	4.34	0.85	24.0	30,536 (0.47)	420.67	--	153.3
Белгия	28.8	7.0	48.0	4.11	0.80	19.4	39,209 (0.48)	618.32	2.4	170.9
България	20.2	4.3	22.6	4.31	0.76	29.2	29,711 (0.48)	61.30	1.4	66.8
Хърватска	19.4	9.4	38.1	3.50	0.70	41.5	--	--	--	17.1
Чешка република	28.6	5.5	36.7	3.54	0.70	22.9	37,037 (0.46)	223.95	1.3	51.2
Дания	32.9	6.6	55.2	3.95	0.78	18.8	23,676 (0.58)	399.39	2.6	74.4
Естония	27.5	4.6	43.5	4.07	0.79	40.2	5,124 (0.49)	20.13	3.0	105.3
Финландия	44.7	8.5	50.7	4.07	0.84	26.2	24,279 (0.60)	339.07	1.9	40.6
Франция	19.4	5.5	47.9	4.23	0.81	21.6	226,750 (0.48)	4,653.45	4.2	164.1
Германия	28.2	3.5	38.8	4.41	0.83	18.8	328,844 (0.50)	6,179.46	0.8	99.2
Гърция	14.1	2.8	29.9	4.56	0.86	47.0	42,574 (0.48)	487.91	2.3	35.5
Унгария	23.8	5.0	37.7	4.23	0.77	31.6	37,907 (0.48)	198.93	5.6	65.2
Ирландия	21.4	3.9	41.8	3.84	0.79	14.5	15,035 (0.49)	253.25	0.5	69.9
Италия	25.2	3.8	23.5	4.97	0.96	24.3	235,898 (0.49)	2,723.69	--	--
Латвия	23.9	4.1	40.6	3.92	0.73	44.1	8,771 (0.49)	27.71	0.5	54.7
Литва	21.8	4.3	34.5	4.03	0.80	38.0	12,213 (0.47)	41.17	1.2	52.6
Холандия	33.7	8.6	41.1	4.48	0.88	13.8	56,934 (0.46)	1,027.49	1.2	46.4
Норвегия	27.3	7.1	47.6	4.25	0.86	22.7	19,486 (0.56)	402.99	2.2	47.1
Полша	19.9	5.5	24.7	5.11	0.98	45.8	131,546 (0.45)	489.37	2.3	15.2
Португалия	13.5	8.6	24.5	3.92	0.77	30.7	39,379 (0.47)	295.03	1.0	45.6
Румъния	11.4	2.0	39.0	4.29	0.79	42.4	74,832 (0.45)	162.39	1.2	80.9
Словакия	22.8	5.2	44.4	4.91	0.93	38.9	17,567 (0.43)	74.88	1.8	36.3
Словения	28.3	8.7	59.2	3.84	0.76	45.9	7,461 (0.47)	58.85	--	26.0
Испания	14.2	3.6	37.8	4.66	0.89	29.1	159,535 (0.45)	1,586.36	--	--
Швеция	28.0	6.7	54.7	4.61	0.90	27.8	41,576 (0.60)	543.11	2.0	60.2
Швейцария	19.2	4.0	--	4.97	0.97	18.1	27,469 (0.47)	536.93	5.3	47.1
Турция	18.7	4.8	49.8	4.09	0.90	34.7	137,905 (0.31)	320.92	--	--
Великобритания	22.6	3.7	51.2	4.11	0.81	10.8	263,672 (0.57)	3,163.27	--	--
EU-27	22.9	4.6	39.2	--	--	24.7	(0.49 Europe excl. Turkey)	24,072.62	--	--

Източници: *Patent-Thilon, Feháandez Macias, Nurely and Vermeulen, 2007; European Working Condition Survey, 2010; WHO, 2006, 2007; Lundkvist, Kastång and Kobelt, 2008; Lundkvist, Kastång and Kobelt, 2008; Eurostat Statistical Database.*

Приложение 3 – Мрежова таблица за сравнителен анализ

Променлива	Дефиниция – осигурена от източника	Източник
<i>Индикатори за пазара на труда</i>		
БВП на глава от населението според СПС 2009	БВП (брутен вътрешен продукт) е индикатор за икономическото състояние на нацията. Той отразява общата стойност на всички произведени стоки и услуги минус стойността на стоките и услугите, използвани за междинна консумация при производството им. Изразяването на БВП в СПС (стандарт за покупателна способност) елиминира разликите в цените нива на различните страни, изчисляването на база глава от населението позволява да се сравняват икономики, които съществено се различават по абсолютната си големина...	Eurostat (n.d.)
Население в трудоспособна възраст, % 2009	Делът от общото население на възраст 15г и повече.	Eurostat (n.d.)
Честота на безработица по полг 2009	Честотата на безработицата представя броят на безработните като процент от работната сила. Работната сила е общият брой работещи и безработни. Безработните обхващат хора на възраст от 15 до 74 години, които: а) са без работа по време на референтната седмица; б) понастоящем са готови да работят, те били са готови да бъдат наети на платена работа или да се самонаемат преди края на двуседмичния период следващ референтната седмица в). Активно търсят работа, т.е. предприели са специфични стъпки в четириседмичния период, завършващ с референтната седмица, да търсят платена работа или да се самонаемат или които са намерили работа, която ще започнат по-късно, т.е. в рамките на период от максимално три месеца.	Eurostat (n.d.)
Дългосрочна безработица, % общото активно население 2009	Дългосрочно безработни (12 месеца и повече) хора, са тези на възраст най-малко 15 години, които не живеят в комунални домакинства, които са без работа в следващите две седмици, готови са да започнат работа през следващите две седмици и които търсят работа ( активно са търсили работа в някакъв момент през последните четири седмици или не търсят работа, тъй като вече са намерили такава, която ще започнат по-късно). Общото активно население (работна сила) е общият брой работещи и безработни. Продължителността на безработицата се дефинира като продължителност на търсенето на работа или като продължителност на периода след приключване на последната работа (ако този период е по-кратък от продължителността на търсенето на работа).	OECD, 2009

Променлива	Дефиниция – осигурена от източника	Източник
<i>Индикатори за пазара на труда провължение</i>		
Средна възраст на напускане на пазара на труда - пенсионирани 2007	Индикаторът дава средната възраст, на която активните хора окончателно се оттеглят от пазара на труда. Той се базира на модела на вероятностите, като взима предвид относителните промени в нивата на активност от година на година за определена възраст. Нивото на активност представлява работната сила (работещо и безработно население) като процент от общото население на определена възраст. Индикаторът се базира на проучването на работната сила на ЕС. Това проучване обхваща цялото население; живеещо в частни домакинства. Използваната дефиниция следва насоките на Международната служба по труда.	Eurostat (n.d.); OECD (n.d.)
Трудова производителност на база един работещ – БВП в СПС на работещ, изразена като съотношение спрямо EU-27 (EU-27 = 100), 2009	Брутният вътрешен продукт (БВП) е показател за икономическата активност. Той се дефинира като стойността на всички произведени продукти и услуги минус стойността на които и да било продукти или услуги, използвани за създаването им. БВП на глава от населението дава общо впечатление за производителността на националните икономики, изразена като съотношение спрямо средните за ЕС (EU-27). Ако индексът на страната е по-висок от 100, то нивото на БВП за тази страна на глава работещо население е по-висок отколкото средния за ЕС, и обратно. Цифрите се изразяват като СПС, т.е. обща валута, която елиминира разликите в нивата на цените за различните страни и позволява да се правят смислени сравнения на обема на БВП между страните. Моля, забележете, че терминът „наети лица“ не прави разлика между наменето на пълен или на частичен работен ден.	Eurostat (n.d.); OECD (n.d.)
Почасова трудова ставка 2007	Средната почасова трудова ставка, която се дефинира като общата работна ставка се раздели на съответните часове работа.	Eurostat (n.d.)

Приложение 3 – Мрежова таблица за сравнителен анализ

Променлива	Дефиниция – осигурена от източника	Източник
<i>Социални индикатори</i>		
БВП на глава от населението в СПС 2008	БВП (брутен вътрешен продукт) е индикатор за икономическото състояние на нацията. Той отразява общата стойност на всички произведени стоки и услуги минус стойността на стоките и услугите използвани за междинна консумация при производството им. Изразяването на БВП в СПС (стандарт за покупателна способност) елиминира разликите в цените нива на различните страни, изчисляването на база глава от населението позволява да се сравняват икономики, които съществено се различават по абсолютната си големина.	Eurostat (n.d.)
Социални помощи (% of БВП) 2008	Социалните помощи (различни от социалните трансфери в натура), плащани от държавата (ESA95 code D.62), са трансфери (финансови или в натура) към домакинствата, предназначени да облекчат финансовото бреме от голям брой рискове или потребности (по споразумение: болест, инвалидност, увреждания, професионални инциденти или заболявания, напреднала възраст, вдовци/вдовици, майчинство, семейство, промоция на заетостта, безработица, жилищно настаняване, обучение, и обща необходимост), които се правят чрез колективни схеми или извън такива схеми от държавни служби.	Eurostat (n.d.)
Разходи за здравеопазване (% от БВП), 2008	Настоящите разходи за здраве измерват икономическите ресурси, разходвани от страната за здравни стоки и услуги, включително администрация и осигуровки. Общите разходи за здравеопазване изразяват актуалните разходи за здраве увеличени с разходите за капиталово формиране на доставчиците на здравни грижи.	Eurostat (n.d.)
Болест/здравни помощи – % от общите помощи 2008	Социалните помощи са трансфери на пари или в натура, чрез схеми за социална протекция, към домакинствата и индивидите, за да облекчи бремето на предварително дефинирани рискове или потребности. Функциите (или рисковете) са: болест/здравни грижи; инвалидност; напреднала възраст; вдовци/вдовици; семейство/деца; безработица; жилищно настаняване; социално изключване, което не е класифицирано другаде (n.e.c).	Eurostat (n.d.)

Променлива	Дефиниция – осигурена от източника	Източник
Социални индикатори, продължение инвалидност – социални помощи според функцията – % от общите помощи 2008	Същото като по-горе.	Eurostat (n.d.)
Безработица – социални помощи според функцията – % от общите помощи 2008	Същото като по-горе.	Eurostat (n.d.)
O&R индекс на щедрост	Съчетани са седем различни показателя за щедрост, така че да се конструира един измерител на щедростта, който варира от 0 до 7, където 7 е най-високото ниво на щедрост. Седемте променливи са: период на изчакване; себесертифициране, обща максимална продължителност на плащанията; максимална продължителност на плащанията от страна на работодателя; сума изплатена от работодателя; сума изплатена от фонд за болгавания и външна оценка.	Osterkamp and Rohl (2007)
<i>Здравни индикатори</i>		
Средно неприсъствени дни поради здравни причини 2005	Медианата на броя на неприсъствените дни поради здравни причини.	Pagent-Thipon, Fegãndez Macías, Hurley and Vermeulen, (2007)
% отсъствие по болест, дължащо се на здравни причини 2005	% съобщили, че отсъствието се дължи на влошено здраве.	Pagent-Thipon, Fegãndez Macías, Hurley and Vermeulen, (2007)

Приложение 3 – Мрежова таблица за сравнителен анализ

Променлива	Дефиниция – осигурена от източника	Източник
<i>Здравени индикатори продължение</i>		
Презентизъм, %, 2010	В последните 12 месеца ходехте ли на работа докато бяхте болни?	European Working Conditions Survey (2010)
DALY – МСЗ, мъже и жени	Годините живот, коригирани за отчитане на инвалидността (Disability-adjusted life years (DALYs)) често се използват за оценка бремето на болестта. Дефиницията на СЗО за DALY комбинира в един показател времето проживяно в инвалидност и времето, загубено поради преждевременна смърт. Една DALY може да се счита за една загубена година живот, проживяна в здраве.	WHO, 2006, 2007)
DALY – РА	DALY често се използват за оценка бремето на болестта. Дефиницията на СЗО за DALY комбинира в един показател времето проживяно в инвалидност и времето, загубено поради преждевременна смърт. Една DALY може да се счита за една загубена година живот, проживяна в здраве.	Lundkvist, Kåstäng and Kobelt (2008)
разпространеност – болки в гърба 2005	% съобщили за свързани с труда болки в гърба по време на EWCS.	Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurlé and Vermeulen (2007)
Брой хора с РА	Пресметнат брой хора с РА. Процентът е изчислен като броят на хората с РА е разделен на броя на населението, публикуван в тази статия.	Lundkvist, Kåstäng and Kobelt (2008)
Практикуващи невролози; плътност на 1000 души население	Брой на практикуващите ревматолози на 1000 души население. Дефиницията, използвана, за да се извлече съотношението на ревматолозите може да се различава в различните страни (в зависимост от източника), което затруднява сравняването.	Eurostat (n.d.)
Практикуващи общопрактикуващи лекари (ОГП); плътност на 1 000 души население 2005	Брой на практикуващите ОГП на 1 000 души население.	Eurostat (n.d.)



---

Списък на  
литературата

- Eurostat Statistical Database. (n.d.). Data retrieved on 20 July 2011 from <http://ec.europa.eu/eurostat>
- European Working Conditions Survey 2010. (n.d.). Data retrieved on 20 July 2011 from <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index.htm>
- Lundkvist, J., Kastäng, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics**, 8 (Suppl 2), 49-60
- OECD (2009). **OECD Fact book 2009: Economic, Environmental and Social Statistics**. Retrieved on 15 July 2009 from <http://www.sourceoecd.org/rpsv/factbook2009/index.htm>
- OECD Statistics. (n.d.). Data retrieved on 20 July 2011 from <http://www.oecd.org/statsportal>
- Osterkamp R. and Rohn O. (2007). Being on sick leave: Possible explanations for differences of sick-leave days across countries. **CESifo Economic Studies**, 53, 91-114
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. and Vermeylen, G. (2007). **Fourth European Survey on Working Conditions**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards
- WHO. (2006/7). **Highlights on health**. Geneva: WHO

„Годни за работа” (FFW) е инициатива базирана върху революционни проучвания, проведени в над 30 страни в Европа и не само, които изследват въздействието на мускуло-скелетните заболявания (МСЗ) върху трудоспособността на индивидите и оттук – върху икономиките и обществото като цяло.

През септември 2010 фондацията „The Work Foundation” публикува резултати от изследвания, които демонстрират, че подобряването на ранните интервенции, лечението и практиките за връщане на работа могат да помогнат на хората в трудоспособна възраст, даже и на тези с тежки МСЗ, да останат на работа. Резултатите сочат, че често има истински ползи за здравето свързани с оставането или връщането на работа, но, че според много работодатели, клиницисти и дори служители временното или дори пълното прекратяване на трудовата заетост е единствената възможност. Във Великобритания през 2007г. загубените часове работно време в резултат на МСЗ струва на икономиката 7 милиарда лири.

Европейският доклад «Годни за работа: Мускулоскелетни заболявания сред работната сила в Европа» беше широко отразен в пресата и медиите и оповести развитието в мисленето на правителството по отношение на ранните интервенции.

Чрез използването на вторични източници на данни, интервюта с местни експерти от различните страни и находките от последните клинични и икономически публикации, проучването се стреми да:

1. Изследва практиките за ранно итервениране в страните от Европейския съюз (и не само) по отношение на поредица МСЗ (хронична ниска кръстна болка, свързани с труда заболявания на горните крайници, ревматоиден артрит и спондилоартропатии).
2. Установи икономическите и социални разходи и ползи в резултат на ранните интервенции и лечението на състоянията със специално внимание върху участието на пазара на труда.
3. Се фокусира по подробно върху ранните интервенции, лечението на състоянията и практиките за рехабилитиране като очертава и се опитва да очертае и отчете разликите между страните по отношение както на практиките, така и на резултатите.

4. Състави достъпен доклад за намерените данни, който да се използва за допринасяне в положителна посока както към политиките, така и към практиките на национално и европейско ниво, и който може да се разпространи чрез статии и презентации по време на конференции.

Целта на проекта е да стимулира и отвори пространство за дебат, политики и практики в европейските страни и да гарантира, че ранното диагностициране и лечение на работещите с МСЗ взима предвид позитивното отражение върху здравето, което имат висококачествените работни места върху рехабилитацията и, в някои случаи, върху възстановяването.

Повече информация може да бъде намерена на страницата на «Годни за работа» Европа <http://www.fitforworkeurope.eu>

### **Коалицията Годни за работа**

През септември 2010 в Брюксел беше образувана коалицията Годни за работа. Тази платформа служи като широка и репрезентативна мрежа за разпространение на информация сред политиките и заинтересованите страни с цел да осигури активно и посветено лидерство относно МСЗ на европейско ниво и в отделните страни. Тя ще допринесе за гарантирането и демонстрирането на факта, че ако МСЗ са адекватно лекувани, може да са заболявания, които не водят до инвалидност, и също така, ще препоръча необходимите промени в здравната система и на работните места, така че да се приспособят към хората, страдащи от МСЗ. Тя ще осигури също и динамичен форум за нови идеи и мислене за политиките и другите участници, като допринася за постигането на общите цели на „Годни за работа” (F4W):

- За политиките:
  - Да издигне МСЗ като европейски и национален приоритет за обществено здраве, с особено ударение върху разработването на Национални планове за МСЗ (това ще бъде обсъдено по-късно в набора от средства) и отделените за това ресурси.
- За платците:
  - Да осигури отделянето на адекватни здравни ресурси и финансиране за ранни интервенции и подходящо лечение на МСЗ.
- За професионалистите по оценяване на здравните технологии:
  - Да установи каква е трудовата производителност и по-широките клинични и обществени разходи като таргети за оценка на здравната икономика.

- За клиницистите и здравните професионалисти:
  - Да използва производителността на труда като клиничен резултат.
- За пациентите и техните близки:
  - Да направи така, че гласът на пациентите с МСЗ да бъде чул и да осигури примери за най-добри практики, които могат да допринесат за съществена промяна в живота на пациентите и техните близки.
- За работодателите:
  - Да промотира политики, които позволяват разумни промени на работното място за работещите с МСЗ, така че да се повиши до максимум тяхната трудоспособност и благополучие.

Правителствата на отделните държави имат най-голямо влияние върху здравните, трудовите и свързаните с тях социални политики, а Европейската коалиция ще подпомогне националните коалиции в усилията им да осигурят истински и устойчиви във времето подобрения в обществените политики и практиките за здравни грижи. Крайната цел на европейската кампания за застъпничество е да създаде политически натиск върху страните от горе до долу, така че да се изработят политики и насоки, които включват ранното откриване и подходящите интервенции.

След началото на инициативата FFW в Ирландия вече има пилотни усилия от страна на Отдела за социални и семейни дела (Department of Social and Family Affairs (DSFA)) за ограничаване на дългосрочната зависимост на някои пациенти с МСЗ от социалните помощи. Това беше направено в опит да се определи дали ранните интервенции при ищците с болки ниско в кръста може да подмогнат ранното връщане на работа и да спрат прогресирането на хроничната инвалидност в дългосрочен план. Проектът „Възраждане” (така се нарича тази пилотна инициатива) е описан накратко по-долу.

### **Каре 1: Случай на ранни интервенции – проектът Възраждане**

Този проект, подкрепен от DSFA, е прицелен към ранните интервенции, така че да се предотврати хроничната инвалидност от ниската кръстна болка и да се ограничи дългосрочната зависимост от социалноосигурителната система.

#### ***Какъв подход е предприет?***

В периода януари – юни 2003г, за участие в проекта са избрани 3,300 нови заявители за пенсия по болест или поради травма с установена от ОПЛ ниска кръстна болка (НКБ). Всички те са на възраст между 20 и 50 години. За сравняване е пордбрана и контролна група от заявители. Резултатът е, че от началните 3 300 заявителя:

- 1,700 (51%) се връщат на работа в рамките на четири седмици;
- 1,600 са избрани за ранно насочване и помолени да преминат през медицинска оценка 4-6 седмици след подаване на заявлението (много по-рано от обичайното);
- от тези 1,600, общо 1000 решават да се върнат на работа и не преминават през медицинската оценка;
- останалите 600 са оценени чрез подхода за диагностичен триаж.

Медицинската оценка разпределя заявителите в три категории – тези с проста гръбна болка (95% от случаите), тези с коренчеви болки (3-5% от случаите) и тези с потенциално сериозна гръбначно-мозъчна патология (1-2% от случаите). Оценена е трудоспособността на заявителите от групата с проста гръбна болка, като са взети предвид тежестта на симптомите, длъжността им, потенциала за ограничаване на работата и потенциала за промяна на работните изисквания.

#### ***Какви са резултатите?***

Процентът на заявителите, които прогресират от проста гръбна болка до хронично инвалидизиране, спада, като 64% от тях са преценени като годни за работа, в сравнение с 20% от заявителите оценени през предходната година. Налице е и снижение в броя на заявителите, които подават жалби във връзка с резултатите от оценяването им (44% спрямо 61%). В сравнение с контролната група налице е 40% редукция на заявленията за дълъг срок и спестяване на над 560,000 евро в сравнение с предходната година.

#### ***Какво се случи след това?***

Проучването се счита за успешно, особено поради факта, че демонстрира как прицелването към ранните интервенции при ниски кръстни болки снижава прогресирането към хронична инвалидност, подобрява здравето на заявителите, снижава разходите за здравни грижи, снижава отсъствията от работа, подобрява продуктивността и води до спестявания от страна на схемите за дългосрочно обезщетяване. Проектът надхвърли началния си обхват и доведе до допълнителни положителни резултати.

Повече подробности за проекта могат да бъдат свалени от:

<http://www.welfare.ie/EN/Policy/ResearchSurveysAndStatistics/Pages/renaissance.aspx>

Всички права запазени. Никаква част от тази публикация не може да се възпроизвежда, съхранява в система за извличане на данни или предавана в каквато и да е форма или чрез всякакви средства, електронни, механични, копирни услуги, запис и / или по друг начин, без предварителното разрешение на издателите. Тази публикация не може да бъдат заемана, препродавана, отдавана под наем или по друг начин разпространявана с търговска цел под каквато и да е форма, свитъчна или корична, различна от тази, в която се публикува, без предварителното съгласие на издателите.

За получаване на разрешение, моля свържете се с [nhall@theworkfoundation.com](mailto:nhall@theworkfoundation.com)



Ние осигуряваме:

изследвания

съветване

политика и глас

партньорство

**The Work Foundation е водещ независим авторитет в областта на трудовата заетост и нейното бъдеще. Тя цели да подобри качеството на трудовия живот и ефективността на организациите като съоръжи лидерите, политиците и хората с определящо мнение с доказателства, съвет, ново мислене и мрежи.**

The Work Foundation е търговското име на Landec Ltd, изцяло притежавано дъщерно дружество на Lancaster University

Дата на първата публикация: септември 2012

21 Palmer Street

London

SW1H 0AD

Telephone: 020 7976 3553

Website: [www.theworkfoundation.com](http://www.theworkfoundation.com)

С подкрепата на изследователски грант от Abbott

