



Pasiruošęs darbui Kaulų ir raumenų sistemos ligos ir Lietuvos darbo rinka



Bechterevo liga
sergančiųjų
draugija
JUDESYS

Tatiana Quadrello
Stephen Bevan
Robin McGee



Lithuanian Rheumatologists Association



The Work Foundation yra pelno nesiekianti organizacija, kurios tikslas – skatinti ir užtikrinti darbo bei gyvenimo kokybės gerinimą ir tobulinimą. Šių tikslų siekiama derinant mokslinių tyrimų rezultatus, kuriant strateginius planus ir kviečiant diskutuoti aukšto rango politikus ir verslo lyderius.

Mūsų tyrimai grindžiami konceptualiais ir teoriniais pagrindais, juos atlikę tyrėjai yra ir akademinio, ir taikomojo darbo ekspertai.

The Work Foundation siekia kuo plačiau ir kuo suprantamesne forma paskleisti atliktų tyrimų rezultatus suinteresuotosioms šalims (darbdaviams, politikams, specialistams ir darbuotojams) nacionaliniu ir tarptautiniu lygiu. Be to, šios informacijos sklaida yra svarbi mūsų misijos dalis, siekiant pagerinti darbo produktyvumą, darbuotojų gyvenimo kokybę, plėtojant „Geras darbas visiems“ ir darbo ateityje viziją. Turime siekti pakviesti visuomenę diskutuoti apie darbą ir daryti įtaką jo organizavimo modeliams ateityje.

1. Santrauka	4
2. Įvadas	7
2.1 Kodėl Lietuvai svarbi darbo žmonių sveikata?	7
2.2 Kaulų ir raumenų sistemos ligos: Europos kontekstas	9
2.3 Tyrimo tikslai	10
2.4 Apibrėžimas	11
2.5 Pranešimo struktūra	11
3. Darbas ir kaulų ir raumenų ligos Lietuvoje	13
3.1 Neaiški situacija	13
3.2 Kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaka darbingumui	15
3.3 Darbo vietos įtaka kaulų ir raumenų sistemos ligoms	20
3.4 Kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaka ekonomikai ir socialiniam gyvenimui	23
3.5 Apžvalga	28
4. Intervencija	29
4.1 Ankstyvos intervencijos pavyzdys	29
4.2 Socialinės apsaugos sistemos organizavimas	30
4.3 Specifinės intervencijos	31
4.4 Biopsichosocialinis darbo modelis	34
4.5 Darbdavio pareigos	36
4.6 Santrauka	39
5. Išvados ir rekomendacijos	40
5.1 Rekomendacijos darbdaviui	40
5.2 Rekomendacijos darbuotojų profesinėms sąjungoms	41
5.3 Rekomendacijos darbuotojui	42
5.4 Rekomendacijos bendros praktikos gydytojams	42
5.5 Rekomendacijos profesinės sveikatos priežiūros specialistams	43
5.6 Rekomendacijos Vyriausybei	44
Naudoti šaltiniai	45
1 priedas	52
2 priedas	53

Lietuvą veikia ekonomikos nuosmukis. Jo pasekmės šalies darbo rinkai yra itin sunkios iš dalies dėl labai greito nedarbo lygio augimo, lemiančio asmeninius, socialinius ir ekonominius padarinius. Taip pat didelį susirūpinimą kelia Lietuvos darbuotojų sveikatos būklė. Didelės dalies darbuotojų sveikata nepakankamai gera, kad būtų galima užtikrinti darbo produktyvumo didėjimą, kurio Lietuvai reikia, kad ji galėtų konkuruoti vis labiau globalėjančioje ir žiniomis grįstoje ekonomikoje ir reikės ateityje, kai ekonomikos nuosmukis pagaliau baigsis. Neginčijamai įrodyta, kad nedarbas neigiamai veikia žmonių sveikatą, o turimo darbo išlaikymas ir grįžimas į jį turi teigiamą poveikį fizinei sveikatai, psichologinei būklei ir mažina nepriteklių.

Lietuvoje tarp darbingo amžiaus asmenų kaulų ir raumenų ligos yra antros pagal dažnį tarp negalią lemiančių priežasčių. 2007 m. šios ligos sudarė net 50 proc. visų profesinių ligų ir jų skaičius kasmet didėja. Norint sumažinti šių ligų naštą Lietuvai ir jos visuomenei, labai svarbi ankstyva ligų diagnostika, gydymas ir rehabilitacija.

Pasiruošęs darbui. Projektas Europoje Šis pranešimas yra dalis didesnės darbo programos, kuri yra vykdoma 25-iose Europos ir kitose šalyse. Programoje detalai analizuojamas kaulų ir raumenų ligų poveikis tūkstančių darbuotojų gyvenimui, adekvataus gydymo suteikimas, visuomenės parama, žmonių, sergančių šiomis ligomis, patirtis ir išgyvenimai darbe, jų ligos poveikis šeimos nariams ir kolegoms, žmogiškoji ir finansinė kaina. Ypač didelis dėmesys skiriamas nugaros skausmams ir dėl darbo atsirandantiems viršutinių galūnių pažeidimams (tai yra dvi nusiskundimų grupės, kurios paprastai apibūdinamos nespecifiškai: trumpais skausmo ir negebėjimo dirbti epizodais) ir reumatoidiniam artritui (RA) bei spondilartropatijoms (SpA) (specifiniai pažeidimai, kurie progresuoja ir taip sukelia neįgalumą). Išanalizavome vėliausius akademinės visuomenės ir praktikų atliktus darbo rinkos ir kaulų bei raumenų ligų sąveikos tyrimus ir apklausėme šios srities ekspertus.

2009 m. rugsėjo mėnesį išplatinome turimus duomenis Europos visuomenei Briuselyje, siekdami skatinti ir plėtoti politikų, darbdavių ir darbuotojų debatus visoje Europoje.

Kaulų ir raumenų ligų poveikis darbo jėgai Lietuvoje Kaulų ir raumenų ligos turi didelį poveikį individualiam ir bendram žmonių darbingumui. Kartu tai veikia darbo rinkos produktyvumą. Įrodyta, kad:

- Labai dažnas nusiskundimas Lietuvos darbuotojų tarpe yra nugaros skausmas. Nugaros skausmus patiria įvairių profesijų žmonės, apie 38 proc. darbuotojų skundžiasi dėl darbo atsirandančiais nugaros skausmais.
- Apie 35 proc. darbuotojų patiria raumenų skausmus kaklo, pečių ir viršutinių galūnių srityse. Audimo pramonėje šiais skausmais skundžiasi net 55 proc. darbuotojų.

- RA paplitimas svyruoja tarp 0,47 ir 0,65 procento. RA veikia gebėjimą dirbti, neįgalumas tarp RA ligonių yra 52 proc. didesnis, palyginti su bendraja populiacija. RA taip pat turi didelę įtaką darbo produktyvumui. Šie ligoniai praleidžia vidutiniškai 31,9 darbo dienos dėl nedarbingumo, o bendrosios populiacijos nedarbingumo vidurkis yra 10,8 dienos. Suskaičiavus poveikį ekonomikai, pagal ligos paplitimo rodiklį – 0,65 proc. – RA Lietuvos ekonomikai kainuoja 101 milijoną eurų per metus.
- Spondilartropatijų (SpA) paplitimas Lietuvoje siekia 0,84 procento. SpA grupei priklauso keletas kitų lėtinių uždegiminių ligų, pvz., ankilozuojantysis spondilitas (AS) ir psoriazinis artritas (PsA), šios ligos taip pat turi įtakos žmonių darbingumui. Tarkim, dėl ankilozuojančiojo spondilito nedarbingumas prarandamas tris kartus dažniau, palyginti su bendraja populiacija.

Žvelgiant į ateitį ir įvertinant tai, jog darbingų žmonių amžius Lietuvoje didėja (žmonės sensta), galima daryti prielaidą, kad kaulų ir raumenų ligų paplitimas ir poveikis didės, dėl to blogės ir bendra šalies situacija. Mums kelia rūpestį, kad tai labai paveiks daugelio Lietuvos darbingo amžiaus žmonių gyvenimo kokybę ir, kad produktyvumas bus minimalus, kai labiausiai reikės, jog jis būtų maksimalus.

Ką galime padaryti? Esame tikri dėl keleto pagrindinių principų, kuriais turėtų vadovautis Lietuvos valdžia, norėdama pagerinti ne tik kaulų ir raumenų ligomis sergančių darbuotojų gyvenimą, bet ir visos Lietuvos galimybes susidoroti su ištikusia ekonomine krize.

- **Investuoti į Lietuvos gyventojų gerovę ir sveikatą.** Tai leis sumažinti ne tik sveikatos apsaugos išlaidas, neapribojant sveikatos priežiūros ir gydymo galimybių, bet ir išlaidas ligų prevencijai, gerinant darbo produktyvumą ir stiprinant privataus ir valstybinio sektoriaus konkurenciją.
- **Rimtai vertinti faktą, kad darbingo amžiaus žmonių, sergančių kaulų ir raumenų ligomis, Lietuvoje ateinančiais dešimtmečiais tik daugės.** Dėl to reikia didinti ne tik profesinių ligų sveikatos specialistų skaičių, bet ir sukurti geresnes ir aiškesnes rekomendacijas dėl bendro sveikatos prieinamumo sistemos, ypač sergančiųjų kaulų ir raumenų ligomis rehabilitacijos.
- **Būtina ankstyvoji intervencija.** Įrodyta, kad kuo ilgiau sergantieji kaulų ir raumenų ligomis nedirba, tuo sunkiau jiems sugrįžti į darbą. Ankstyvi veiksmai, bendradarbiavimas gali pagelbėti kaulų ir raumenų ligų pacientams išlaikyti darbo vietas ir pasiekti balansą tarp individualių poilsio poreikių ir darbo. Daugeliui pacientų

ankstyva reabilitacijos ar gydymo medikamentais galimybė sumažina ligos sunkumą ir progresavimą. Vėlyva diagnostika ir uždelstas gydymo paskyrimas apsunkina normalaus darbo ritmo sugrįžimą, lemia darbingumo sumažėjimą ir blogina reabilitacijos prieinamumą. Pasibaigus finansinei krizei, o taip išties bus, Lietuva negalės sau leisti, kad ekonomikos kilimas būtų stabdomas dėl patyrusių, motyvuotų ir sveikų darbuotojų trūkumo.

- **Sutelkti dėmesį į pajėgumą, o ne į nedarbingumą.** Darbuotojai ir darbdaviai gali neteisingai suprasti, pernelyg sureikšminti kaulų ir raumenų sistemos ligas, bei jas įsivaizduoti kaip labai sunkias ir neįveikiamas. Daugelis kaulų ir raumenų ligomis sergančių darbuotojų, jeigu tik jiems suteikiama galimybė, darbu skiria visas savo jėgas. Jie neturi būti 100 procentų tinkami grįžti prie savo darbo, bet jei darbdavys pažiūrėtų į šią situaciją kiek plačiau ir suteiktų galimybę darbuotojui dirbti tokį darbą, kokį jis gali ir tuo metu geba atlikti, tai palengvintų sugrįžimą į darbą ir gebėjimą dirbti visu pajėgumu. Pvz., būtų puiku, jei gydytojas išrašytų ne nedarbingumo, o darbingumo pažymą, kurioje nurodytų, kokio darbo darbuotojas gali imtis, turėdamas esamus negalavimus. Ši praktika jau taikoma Jungtinėje Karalystėje ir turėtų būti pradėta taikyti Lietuvoje.
- **Išradingas požiūris į darbo tvarką – reabilitacijos pagrindas.** Lietuvoje ši idėja yra naujovė, bet kitų šalių patirtis įrodo, jog vadovai gali pakeisti darbo organizavimą (pradedant paprasčiausiu darbo laiko pritaikymu) ir taip padėti apsaugoti sergančiuosius kaulų ir raumenų ligomis nuo būklės pablogėjimo ir palengvinti jų sugrįžimą į darbą. Tai turi būti padaryta išlaikant darbo kokybę, išvengiant papildomų ar nuostolingų investicijų, taip pat laikantis gerosios ergonominės praktikos.

Šiame pranešime pateikiami duomenys rodo, kad ateityje Lietuvoje darbingo amžiaus žmonių grupėje kaulų ir raumenų ligų skaičius tik didės. Tai labai paveiks socialinį ir ekonominį šių žmonių ir jų šeimų gyvenimą, taip pat – bendrą Lietuvos darbo jėgos produktyvumą, sveikatos sistemą ir valstybės gerovę.

Mes radome svarbių klinikinių, epidemiologinių, psichologinių ir ekonominių įrodymų ir ekspertų nuomonių apie kaulų ir raumenų problemos kilmę, mastą ir pasekmes Lietuvoje. Iki šiol neturima darnios nuomonės ir nėra pakankamai bendrų veiksmų, kad į sergančiuosius kaulų ir raumenų ligomis būtų žiūrima kaip į **vertingus darbuotojus**. Nors biopsichosocialinio modelio taikymo sergantiesiems kaulų ir raumenų ligomis šalininkų daugėja, pažymėtina, kad tie, kurie gali turėti įtakos sergančiųjų kaulų ir raumenų ligomis dalyvavimui darbo rinkoje, vis dar turi imti taikyti jos principus kiek įmanoma išsamiau.

2. Įvadas

2.1 Kodėl Lietuvai svarbi darbo žmonių sveikata? Po greito ekonomikos augimo dešimtmečio 2008-aisiais Lietuvą, kaip ir visą pasaulį, sukrėtė ekonominė krizė. Naujausiais pasaulinės ekonomikos apžvalgos duomenimis, BVP praeitais metais sumažėjo 18,5 proc., o šiais (2010) metais numatomas dar 1 procento kritimas. Biudžeto situacija taip pat įtempta. Gerokai sumažėjo ir pajamos iš surenkamų mokesčių. Nepaisant to, kad padidėjus atlyginimams padidėjo ir valstybės išmokos bei jas gaunančiųjų skaičius, Vyriausybės išlaidos toliau didėja ir kasmet iki rugpjūčio mėn. išauga beveik 8 proc., o tai didina centrinę Vyriausybės deficitą beveik iki 6,5 proc. nuo viso metinio BVP. Neturint papildomos paramos, deficitas dėl mažėjančių biudžeto pajamų tik didės ir atsiras vis daugiau naujų išmokų, daugiausia dėl didėjančio nedarbo lygio ir įsiskolinimų.¹

2008 m. pirmą pusmetį nedarbas Lietuvoje didėjo palyginti nedaug, tačiau pradėjo mažėti bendras darbo vietų skaičius (Lietuvos bankas, 2008). Vis dar didelė problema – jaunimo nedarbas, dirbančių ir už tai atlyginimą gaunančių jaunuolių procentas Lietuvoje yra gerokai žemiau ES vidurkio (25,2 prieš 36,3 %) (Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenys, 2008).

Darbo produktyvumo varomoji jėga yra ne tik darbo įgūdžiai, išsimokslinimas ir kvalifikacija, bet ir darbuotojų sveikatos būklė ir gerovė. Jei didžiąją dalį darbingo amžiaus žmonių sudaro laikinai ar visai nedarbingi (dėl ligos) asmenys, net ir palankiais ekonomikai laikais tai turi didelį poveikį ekonomikai. Nuostoliai dėl ligos turi įtakos privataus ir valstybinio sektorių konkurencingumui ir efektyvumui. Be abejo, didelis prastos sveikatos ar žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis, skaičius, taip pat yra didelė našta valstybei.

Dabar, kai ekonomikos augimas lėtėja ir darbo jėgos persiskirstymas ir judėjimas mažėja, kyla būtinybė didinti darbo produktyvumą ir užtikrinti, kad darbo jėga būtų visiškai parengta ir galėtų visu pajėgumu prisijungti prie ekonomikos augimo.

Darbuotojų sveikatos būklės ir gerovės gerinimas reiškia sveikatos išlaidų mažinimą, nemažinant žmonių galimybės gauti kvalifikuotą sveikatos priežiūrą ir gydymą, kaip apibrėžta Europos pacientų teisių deklaracijoje². Tai taip pat reiškia socialinių išlaidų, kurios skiriamos profesinėms ligoms gydyti, mažinimą, darbo produktyvumo, privačių ir valstybinių organizacijų konkurencingumo didinimą, stengiantis neprarasti kvalifikuotos darbo jėgos, ir tokiu būdu – išlaidų, kurios skiriamos naujiems darbuotojams įdarbinti, mokyti ir tobulinti, mažinimą. Norint išjudinti inertišką ekonomiką, neįgalius ar lėtinėmis ligomis sergančius darbuotojus svarbu išlaikyti darbo vietose.

¹ <http://www.imf.org/external/np/ms/2009/100509.htm>

² http://www.activecitizenship.net/images/stories/media/EuropeanCharter/carta_ing_def.pdf

Nedarbas vis auga, todėl labai svarbu, kad darbuotojai, turintys negalią ar sergantys lėtinėmis ligomis, nebūtų pasirinkti kaip žmonių grupė, kurios sąskaita galima sumažinti darbuotojų skaičių. Čia galime išvelgti keletą svarbių poteksčių:

Pirma, nedarbas ir darbo praradimas labai paveikia asmens finansinę ir sveikatos būklę. Tyrimai parodė, kad fizinės ir psichinės sveikatos blogėjimas, susijęs su darbo praradimu, yra labai ryškus ir gali būti ilgalaikis (Armstrong, 2006; Brinkley, Clayton, Coats, Hutton ir Overell, 2008).

Antra, labai svarbu, kad darbuotojų skaičiaus mažinimas nebūtų nukreiptas tik į labiausiai pažeidžiamą darbo jėgos grupę, t. y. darbuotojus, turinčius negalią ar sergančius lėtinėmis ligomis. Gyvybiškai svarbu siekti užtikrinti šių asmenų darbo vietos išsaugojimą, nes netekus jos, galimybės vėl susirasti prasmingą darbą, tokiems asmenims yra minimalios.

Trečia, prasidėjus ekonomikos kilimui – o tai anksčiau ar vėliau įvyks – Lietuva negali sau leisti, kad jį stabdytų patyrusių, motyvuotų ir sveikų darbuotojų trūkumas. Mūsų pranešimas bus labiausiai sutelktas į šį, paskutinį, punktą.

Nepaisant buvusios neblogos ekonominės situacijos šalyje, Lietuvos darbo žmonių sveikatos būklė ir gerovė visada kėlė nerimą, o šiuo metu, esant ekonomikos kritimui ir senstant darbingų žmonių grupei, problemos didėja. Daugelis rodiklių leidžia manyti, kad darbuotojų sveikata išliks viena iš svarbiausių ir prioritetinių šakų. Remiantis Statistikos departamento duomenimis:³

- 2008 m. daugiau kaip 26,6 tūkstančio darbingo amžiaus žmonių buvo skirtas nedarbingumas.
- 2008 m. išaugo išlaidos pašalpoms, nes padidėjo BVP procentas, palyginti su 2007 m., kai jis buvo tik 0,9, ar 2006 m. – 1,3.
- Per 2006 - 2009 m. dramatiškai išaugo nedarbingumo pašalpų išmokos (120,9 tūkstančių, palyginti su 30,7 tūkstančių litų).⁴
- Lietuvoje darbingo amžiaus žmonės dažniausiai netenka darbingumo dėl kraujotakos sistemos ligų, antroje vietoje – kaulų ir raumenų sistemos ligos.
- 2005 m. kaulų ir raumenų sistemos ligos sudarė 42 proc. visų profesinių ligų.
- Susirgimų kaulų ir raumenų sistemos ligomis daugėja. 2007–2008 m. maždaug 400 ligonių dėl kaulų ir raumenų sistemos ligų buvo nustatytas neįgalumas.
- 2008 m. 14 653 neįgalųjų buvo bedarbiai; 5 668 turėjo darbą, 475 lankė profesinius mokymus arba perkvalifikavimo programas.

³ <http://www.stat.gov.lt/en/pages/view/?id=1542>

⁴ Nuo 2005 m. liepos mėn. 1 d. Nedarbingais yra laikomi asmenys, kurie yra vyresni kaip 18 metų amžiaus, kurie yra laikomi neįgaliais ar dalinai neįgaliais pagal Neįgalųjų Socialinio integravimo teisės aktus.

Kituose šaltiniuose teigiama:

- 2007 m. 860 asmenų buvo registruoti 1 123 profesinių ligų atvejai, iš jų 45 proc. sudarė kaulų ir raumenų sistemos ligos, 31 proc. – nervų sistemos ligos, 22 proc. – klausos pažeidimai (Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenys, 2008).
- Daugiau kaip 50 proc. Lietuvos vairuotojų kenčia nuo kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų, kurie pasireiškia tempimu, skausmu ir darbo pajėgumo sumažėjimu (Obelenis, Gedgaudienė ir Vasilavičius, 2003).
- Pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis⁵, per 12 mėnesių apie 3,56 proc. darbuotojų patyrė su darbu susijusių kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų (3,3 proc. vyrų ir 4 proc. moterų). Per šį stebėjimo laiką su darbu susiję kaulų ir raumenų sistemos pažeidimai sudarė 50 proc. visų profesinių ligų, kurios diagnozuotos tyrimo dalyviams.
- Higienos instituto žiniomis, sergamumas profesinėmis ligomis Lietuvoje nuo 1995-ųjų iki 2006-ųjų padidėjo beveik keturis kartus – nuo 370 iki 1 447 atvejų. Per šį laikotarpį sergamumas didėjo tris kartus: 1996–1997, 2002 ir 2005 metais.⁶

Vyriausybė ir socialiniai partneriai kuria ilgalaikes reformas. Problemos dėl kaulų ir raumenų sistemos ligų, kaip dažniausiai paveikiančių dirbančius asmenis, toliau turi būti aktyviai tyrinėjamos ir ieškoma efektyvių sprendimo būdų.

2.2 Kaulų ir raumenų sistemos ligos: Europos kontekstas

Europos Sąjungoje susirūpinimas šia problema ir jos plitimu yra didelis ir Europos Komisijoje, ir tarp socialinių partnerių, o pastaraisiais metais jis dar didėja. Lėtinį skausmą dėl kaulų ir raumenų sistemos sutrikimų jaučia apie 100 milijonų žmonių visoje Europoje (Veale, Woolf ir Carr, 2008), šiomis ligomis ES serga apie 40 milijonų darbuotojų, o beveik pusė šių atvejų susiję su darbu (European Trade Union Institute, 2007). Remiantis skaičiais, visuomenei tai kainuoja apie 0,5–2 proc. BPV (Cammarota, 2005). Ketvirtasis Europos darbo sąlygų tyrimas (angl. – EWSC), paskelbtas Europos fondo (Parent-Thirion, Fernandez Macias, Hurley ir Vermeylen, 2007), parodė, kad nugaros skausmus jaučia 24,7 proc. darbuotojų, o raumenų – 22,8 proc. Europos Komisijos manymu, apie 49,9 proc. viso laiko, kai ilgiau nei tris dienas dėl ligos neinama į darbą, ir apie 60 proc. nuolatinio nedarbingumo / neįgalumo atvejų sudaro kaulų ir raumenų sistemos ligos. Jei norime, kad žiniomis grįsta Europos ekonomika atsigauntų ir galėtų rungtis su augančia JAV ar Azijos ekonomika, ES darbuotojų sveikata ir produktyvumas turi būti politikos prioritetai. Šiame tyrime į Lietuvą žvelgiama platesniame, Europos Sąjungos, kontekste ir įvertinama, kuriose srityse jai sekasi gerai, o kuriose dar reikia gerokai pasitempti.

⁵ Eksperto nuomonė

⁶ Eksperto nuomonė

2.3 Projektu siekiama atsakyti į šiuos klausimus:

Tyrimo tikslai

1. Kokia kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaka darbo rinkai ir Lietuvos ekonomikai? Kaip jos gali pakeisti demografiją, darbo jėgos pasiskirstymą ir gyvenimo būdą?
2. Koks ryšys tarp kaulų ir raumenų sistemos ligų ir darbo? Kokia biologinių, psichologinių ir socialinių faktorių ir darbo vietos įtaka kaulų ir raumenų sistemos ligoms?
3. Kaip šią problemą supranta darbdaviai, valdžios organai, bendrosios praktikos ir profesinių ligų gydytojai ir kaip elgiasi susidūrę su ja savo darbo praktikoje? Kaip aprūpintas sveikatos priežiūros sektorius, kad užtikrintų ankstyvą šių ligų diagnostiką, gydymą, reabilitaciją ar kitą pagalbą?
4. Kokių išankstinių veiksnių gali imtis politikai ir darbdaviai, kad sergantiesiems kaulų ir raumenų sistemos ligomis užtikrintų: a) darbingumo išlikimą; b) maksimaliai gerą gyvenimo ir darbo kokybę; c) darbo vietos išsaugojimą (sugrįžimą į darbą)?

Siekdami atsakyti į aukščiau išvardytus klausimus, taikėme šiuos metodus:

1. Duomenų analizė: įtraukėme duomenis iš jau paskelbtų medicininių, užimtumo ir sveikatos ekonomikos tyrimų ir literatūros šaltinių. Tai mums leido surinkti duomenų apie kaulų ir raumenų sistemos ligų kilmę, paplitimą, poveikį ir kainą Lietuvos ekonomikai, darbdaviams ir darbuotojams. Išnagrinėjome kaulų ir raumenų sistemos ligų paplitimą, jų įtakos įvairovę, nustatėme, kuriose srityse stipri ar silpna prevencijos ir intervencijos politika bei praktika.
2. Antrinė duomenų analizė: pagal vietinius ir Europoje atliktus tyrimus ir apžvalgas analizavome kaulų ir raumenų ligų paplitimą tarp darbingo amžiaus žmonių Lietuvoje.
3. Ekspertų apklausa: apklausėme Lietuvos ekspertus, siekdami išsiaiškinti pagrindines sritis, į kurias turėtų atkreipti dėmesį politikai, medikai ir darbdaviai.

Sutelkėm dėmesį į keletą sveikatos sutrikimų, dėl kaulų ir raumenų sistemos ligų:

- Nugaros skausmus;
- Dėl darbo atsiradusius viršutinių galūnių pažeidimus;
- Reumatoidinį artritą (RA);
- Spondiloartropatijas (SpA);

Nugaros skausmai ir dėl darbo atsiradę viršutinių galūnių pažeidimai apibūdinami kaip nespecifiniai ir epizodiniai, kuriuos sukelia ar sustiprina darbas. Jie pasireiškia skirtingai ir gali sukelti didelį diskomfortą ar negalią, tad darbuotojas nepajėgia tinkamai atlikti savo darbo. Per ilgą laiką šie simptomai nurimsta. Daugelis žmonių dėl šių sutrikimų net nesikreipia į gydytojus, jų sveikata dažniausiai pagerėja, tačiau praleidžiama daug darbo dienų ir prarandamas produktyvumas. Nugaros skausmai ir dėl darbo atsirandantys viršutinių galūnių pažeidimai dažnai būna įtraukti į profesinių ligų ir saugumo rekomendacijas ir literatūrą. Šiuos sutrikimus gydo profesinių ligų gydytojai.

Kalbant apie RA ir SpA, svarbu pažymėti, kad tai yra specifinės ir progresuojančios reumatinės ligos, kurių atsiradimo priežastis nėra darbo sąlygos, bet darbas gali pabloginti jų eigą. Šias ligas gydo specialistai, nes jos nepriklauso profesinių ligų gydytojų kompetencijai. Ligos diagnozuojamos kliniškai ir, nepradėjus ankstyvo ir adekvataus gydymo, greitai progresuoja. Jos gali turėti didelę įtaką funkciniam darbo pajėgumui ir ilgalaikiam dalyvavimui darbo rinkoje. Daugeliui žmonių, kurie serga šiomis ligomis, reikalingas ilgalaikis gydymas ir reabilitacija, todėl, norint išsaugoti šių pacientų darbo vietas ir darbingumą, apie tai reikia aktyviai kalbėti ir įtraukti į problemų sprendimus gydytojus praktikus, darbdavius ir profesinių ligų specialistus.

Kaulų ir raumenų sistemos ligos gali paveikti bet kurį Lietuvos darbuotoją, bet kuriuo metu. Labai svarbu gerinti bendrą supratimą apie šias ligas ir jų poveikį, apie darbingumo ir darbo išlaikymo svarbą, apie tai, kaip galima pagerinti ligonių integraciją ir sumažinti ligos poveikį darbui – tai turės didelę teigiamą socialinę ir ekonominę naudą.

2.4 Apibrėžimas

Nėra griežto ir bendro sutarimo dėl daugelio kaulų ir raumenų sistemos ligų, todėl labai sudėtinga literatūroje surasti apibendrintą informaciją apie jų paplitimą, dažnį, diagnozes, epidemiologiją, gydymą ir kainas Lietuvoje. Kaulų ir raumenų sistemos ligų standartų, terminologijos ir klasifikacijos nebuvimas – viena iš pagrindinių priežasčių, kodėl nagrinėjant literatūrą randama labai skirtingos informacijos apie tai, kaip šios ligos diagnozuojamos, koks jų paplitimas, gydymas ir reabilitacija (PSO Mokslinė grupė, 2003). Kai kurie gydytojai praktikai skiria jas prie „kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų“ ir „kaulų ir raumenų sistemos sutrikimų“. Anksčiau šios ligos patekdavo į visas kaulų ir raumenų ligas apimančią grupę, tačiau pastaruoju metu naudojamosi Europos profesinių sąjungų instituto (ETUI – European Trades Union Institute, 2007) apibrėžimu, kad tai yra „bet koks kaulų ir raumenų sistemos pažeidimas, kuris atsiranda darbo metu ir sukelia diskomfortą, sunkumą ir skausmą dirbant“.

Lietuvoje terminas „kaulų ir raumenų sistemos sutrikimai“ apibūdinamas pagal 1996-10-28 Sveikatos apsaugos Ministro įsakymą „Dėl 10-tos redakcijos Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos (TLK-10) įvedimo“ ir apibrėžiamas kaip „jungiamojo audinio ir skeleto ir raumenų sistemos ligos (M00-M99)“. Profesinės ligos apibrėžtos pagal TLK-10 ir apibūdinamos kaip sveikatos būklę veikiantys faktoriai, kurie nurodyti ir Europos profesinės sveikatos priežiūros gairėse. Šie faktoriai gali būti apibrėžiami kaip sutrikimai, kuriuos sukelia:

1. vietinis raumenų tempimas; greiti monotoniški judesiai; nervų kamienų spaudimas, raumenų, raiščių, sausgyslių pažeidimai; kartotinis svorio kėlimas, perkėlimas, laikymas; darbas, kurį atliekant kūpinamasi, nepatogi darbo poza (klūpėjimas, darbas pasilenkus, darbas iškėlus rankas ir t. t.);
2. visą kūną veikianti vertikali vibracija;
3. delnų ir rankų vibracija, sukeliama darbo su vibruojančiais mechanizmais.

2.5 Šis pranešimas sudarytas pagal tokią struktūrą:

**Pranešimo
struktūra**

- Trečiojoje dalyje nagrinėjama, kokią įtaką kaulų ir raumenų sistemos ligos turi darbo našumui, darbo laikui ir Lietuvos ekonomikai.
- Ketvirtojoje dalyje apžvelgiamas spektras intervencinių veiksnių, įskaitant reabilitaciją, kurie galėtų pagerinti kaulų ir raumenų ligomis sergančių darbuotojų darbo išlaikymo ir dalyvavimo darbo rinkoje galimybes.
- Penktojoje dalyje pateikiami patarimai darbdaviams, darbuotojams, bendrosios praktikos gydytojams, profesinių ligų gydytojams ir Lietuvos vyriausybei.
- 1 priede išvardyti ekspertai, kurie prisidėjo prie šio pranešimo rengimo.
- 2 priede pateikiamos lyginamosios lentelės, kuriose parodomi visų šalių, dalyvaujančių *Fit for Work* projekte, darbo rinkos skaičiai, sveikatos sistemos ir gerovės rodikliai.

3. Darbas ir kaulų ir raumenų sistemos ligos Lietuvoje

Šioje dalyje aptarsime, ką mes žinome apie kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaką darbingo amžiaus žmonėms Lietuvoje. Naudojami duomenys, mokslinių tyrimų ir apklausų rezultatai iš įvairių prieinamų Lietuvos šaltinių, rodantys, su kokiais iššūkiais susiduria dabartiniai ir su kokiais susidurs ateities Lietuvos darbuotojai, jų šeimos, darbdaviai ir pagaliau valstybinės įstaigos. Nagrinėjamos keturios pagrindinės problemos:

1. Duomenų ir informacijos apie kaulų ir raumenų sistemos ligas bei jų pasekmes trūkumas.
2. Kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaka gebėjimui dirbti.
3. Darbo įtaka sergantiesiems kaulų ir raumenų sistemos ligomis.
4. Kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaka Lietuvos ekonomikai ir socialinei aplinkai.

Pradėsime nuo duomenų kokybės apžvalgos.

**3.1
Neaiški
situacija**

Nors buvo keletas bandymų, tačiau vis dar sunku tiksliai nustatyti, koks yra tikslus sergančiųjų kaulų ir raumenų sistemos ligomis skaičius tarp darbingo amžiaus žmonių Lietuvoje. Terminas „nuo darbo priklausomos kaulų ir raumenų ligos“ yra retai vartojamas ir informacija apie šias ligas nėra surinkta ar išanalizuota.⁷ Lietuvos sveikatos sistema disponuoja tik bendra informacija apie pacientus, sergančius kaulų ir raumenų sistemos ligomis (neiškiriant ligų, kurias sukelia darbo sąlygos), taip pat bendra informacija apie jau žinomas profesines ligas, kurios sudaro tik dalį visų su darbu susijusių kaulų ir raumenų sistemos ligų.

Informaciją apie profesines ligas turi:

- Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba (SODRA) ir jos teritoriniai padaliniai;
- Higienos instituto Darbo medicinos centras (DMC);
- Valstybinė darbo inspekcija (VDI) ir jos teritoriniai padaliniai;
- Visuomenės sveikatos centrai ir jiems pavaldžios įstaigos;
- Ligoninės: Kauno universitetinė ligoninė, Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė, viešoji įstaiga Klaipėdos Jūrininkų ligoninė ir kitos įstaigos, teikiančios prevencinės medicinos paslaugas.

Higienos instituto duomenimis⁸, daugiausia sergančiųjų profesinėmis ligomis 2007 m. užfiksuota žemės ūkio srityje (kiek daugiau nei 200 atvejų 100 tūkst. gyventojų), statybų sektoriuje (apie 120 atvejų 100 tūkst. gyventojų), pramonėje (apie 110 atvejų 100 tūkst. gyventojų). Paslaugų sektoriuje 2007 m. 100 tūkst. darbuotojų teko apie 25 sergančiuosius profesinėmis ligomis.

⁷ <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/lt0611019q.htm>

⁸ Eksperto nuomonė

Informacija apie nedarbingas dienas dėl kaulų ir raumenų sistemos ligų turėtų būti randama SODROS duomenų bazėse, tačiau ji niekur neskelbiama ir neanalizuojama⁹. Taip pat nėra informacijos ar skaičiavimų, kiek tai kainuoja Lietuvos visuomenei.

Apie tokias lėtines ligas kaip RA ir SpA daugiausia informacijos suteikia epidemiologiniai tyrimai, tačiau beveik nėra duomenų apie šių ligų įtaką sergančiųjų darbingumui.

Tai kelia susirūpinimą, nes:

- Neįmanoma tiksliai apskaičiuoti, kaip kaulų ir raumenų sistemos ligos veikia ekonomiką, kokią įtaką turi produktyvumui ir kiek jos kainuoja visuomenei, darbuotojams, jų šeimoms.
- Jei kaulų ir raumenų sistemos ligų skaičius, kaip yra numatoma, didės, dėl to, kad didėja darbo žmonių amžius Lietuvoje (jie sensta), nebus įmanoma suskaičiuoti ir numatyti, kokią įtaką šios ligos turės ateityje.
- Duomenų trūkumas trukdo atkreipti Lietuvos darbdavių ir asmenų, turinčių įtakos Lietuvos politikai, dėmesį į šias problemas ir sudominti jomis.
- Sunku išmatuoti ir įvertinti klinikinių, darbo rinkos ar darbovietės intervencinių veiksnių naudą, jeigu nėra patikimų išsamių duomenų apie Lietuvos darbo jėgos, paveiktos kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų, mastą bei ligos poveikį.

Nepaisant to, The Work Foundation yra tikras, kad Lietuvoje yra pakankamai duomenų, įrodančių, jog kaulų ir raumenų ligų situacijos sprendimai turi tapti prioritetine politikos sritimi.

Tikrai žinome, kad Lietuvoje, palyginti su kitomis ES šalimis, didelė dalis darbuotojų jaučia nuolatinį nugaros ar raumenų skausmą (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007).

Eurostat prognozėmis¹⁰, 2060 metais žmonių, vyresnių kaip 65 metai, skaičius išaugs iki 34,7 proc. (ES27 skaičiavimais, 30 proc.). Lietuva turėtų imti pavyzdį iš šalių, kurių ekonominiame gyvenime dalyvauja daugiau vyresnio amžiaus darbuotojų, o tai rodo, kad kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų našta gali turėti sunkių socialinių bei ekonominių pasekmių. Šalis turi būti pasiruošusi atremti ir kontroliuoti akivaizdų populiacijos, kuri turės kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų augimą, kai kurių komentuojama kaip ateinančių metų „pandeminę situaciją“ (European Trade Union Institute – ETUI, 2007).

⁹ <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/lt0611019q.htm>

¹⁰ <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/08/119&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

3.2 Kaulų ir raumenų sistemos įtaka darbingumui

Kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaka asmenims ir jų darbingumui yra skirtinga. Bandymai įvertinti šių ligų nulemtą nedarbingumo lygį skiriasi ir pagal duomenų rinkimo metodus, ir pagal apklausiamųjų pasirinkimo kriterijus, ir pagal nedarbingumo apibrėžimą. Nedarbingumas paprastai vertinamas kaip darbo netekimas, darbo valandų sutrumpėjimas ar nedarbingumo pašalpos gavimas. Šie vertinimai retai apima darbo produktyvumo praradimo įvertinimą. Kaulų ir raumenų sistemos ligos sukelia skausmą ir nuovargį, dėl kurių neįmanoma atlikti reikiamo darbo. Šiuos simptomus jaučia daugelis darbuotojų ir juos sunku nusišluoti. Tyrimai parodė, jog apie 30 proc. darbuotojų, kurie serga RA, vengia pasakoti apie savo būklę kolegoms ar vadovams vien dėl to, kad bijo diskriminacijos (Gignac, Cao, Lacaille, Anis ir Badley, 2008), ir 22 proc. visai nepasako apie savo ligas darbdaviams (Gignac et al., 2004).

Kaulų ir raumenų sistemos ligos, kaip apibūdinama 2 skyriuje, gali būti specifinės ir nespecifinės. Specifinės ligos, ypač RA ir SpA, šiame straipsnyje bus aptariamos vėliau. Čia apibūdinamos dvi pažeidimų grupės: nugaros skausmai ir viršutinių galūnių pažeidimas, nulemtas darbo. Kaulų ir raumenų sistemos ligų sukeliamas skausmas gali veikti šiuos su darbu susijusius aspektus:

- Ištvėrmę ir gebėjimą greitai atlikti darbą
- Pažinimą ir koncentraciją
- Racionalumą ir nuotaiką
- Nuovargį
- Judrumą

Kaulų ir raumenų sistemos ligos taip pat turi įtakos darbo saugumui. Jei dėl sveikatos sutrikimų sutrinka koncentracija ir judesių laisvumas, tai gali lemti darbo saugumo sumažėjimą. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad šioms ligoms gydyti skiriami medikamentai turi pašalinį poveikį, kuris kartais taip pat gali veikti asmens gebėjimą atlikti darbą. O jei darbas susijęs su sudėtingu ar didelių mechanizmų valdymu, saugumas itin svarbus.

3.2.1 Nugaros skausmas

Nors nėra sistemingai surinktų duomenų, žinoma, kad nugaros skausmai yra labai dažni tarp Lietuvos darbuotojų. Per profesinių ligų tyrimą išaiškėjo, kad tarp daugelio Lietuvos stomatologų nugaros skausmas yra antras skundas po nuovargio (91 proc., palyginti su 94,7 proc.) (Pūrienė, Aleksejūnienė, Petrauskienė, Balčiūnienė ir Janulytė, 2008). Panašūs duomenys gauti atlikus vaistų pramonėje dirbančių asmenų apklausas (Škėmienė ir Drakšienė, 2004) ir kiek mažesnis paplitimas nustatytas tarp darbuotojų, dirbančių audimo pramonėje (Gamperienė ir Stigum, 1999).

Nors duomenys surinkti tiriant nedideles grupes, tačiau ketvirtasis Europos darbo sąlygų tyrimas (angl. – EWCS) (Parent-Thirion et al., 2007) rodo, kad 38,1 proc. Lietuvos darbuotojų

skundžiasi nugaros skausmu, kuris susijęs su darbu. Didžiajai jų daliai nėra nustatyta jokia diagnozė.

Nugaros skausmas gali būti epizodinis, dažnai pasikartojantis ir ribotas. Pasikartojantis – tai keletas epizodų keletą kartų per metus, kurie trunka trumpiau nei šešis mėnesius; ūmus – jei epizodas trunka trumpiau kaip 6 savaites; poūmis – 7–12 savaitių, lėtinis – kai trunka ilgiau nei 12 savaitių. Nugaros skausmas yra dažna pasikartojanti daugelio žmonių problema, nors simptomų pasikartojimas dažniausiai nereiškia, kad būklė blogėja. Daugumai žmonių nugaros skausmas išnyksta savaime per 4–6 savaites. Ištyrus žmones, kurie kreipiasi į šeimos gydytoją dėl nugaros skausmų, paaiškėjo, kad 65 proc. nebuvo patyrę simptomų net 12 savaitių (van der Hoogen et al., 1998, Bekkering et al., 2003). Žmonės, besiskundžiantys nugaros skausmais, paprastai nepraleidžia darbo arba labai greitai grįžta dirbti. Apie 85 proc. tokių darbuotojų praleidžia mažiau nei 7 darbo dienas dėl nedarbingumo. Kiti – apie 15 proc. – praleidžia daugiau nei mėnesį (Bekkering et al., 2003).

Labai svarbu suprasti skirtumą tarp simptomų buvimo, pagalbos ieškojimo, darbingumo ir produktyvumo praradimo ir su tuo susijusių faktorių (Burton, 2005). Tai reiškia, kad jei žmogui pasireiškė kaulų ir raumenų pažeidimo simptomai (pvz., nugaros skausmas), neįmanoma numatyti, kaip jis elgsis tokioje situacijoje (pvz., ar ieškos profesionalios pagalbos), kaip tai paveiks jo atliekamą darbą, ar tai tik trumpam sutrikdys jo veiklą, o gal, kaip nutinka nedaugeliui, jis taps neįgalus. Kyla klausimas – kodėl tarp tiek daug šių problemą kenčiančių žmonių vieniems nugaros skausmas sukelia labai didelį neigiamą poveikį, o kitiems ne? Vis daugėja pritariančiųjų nuomonių, kad vienas iš pagrindinių diferencinių faktorių yra žmogaus psichologinė būklė, ji yra susijusi su nugaros skausmų progresavimu nuo ūmios iki lėtinės būklės (tai nutinka dviem iš septynių žmonių) (Burton, 2005) ar net iki neįgalumo (Burton, 2005; Bekkering et al., 2003).

3.2.2 Su darbu susijęs viršutinių galūnių pažeidimas

Pagal ketvirtojo EWCS duomenis (Parent-Thirion et al., 2007), Lietuvoje maždaug 35,8 proc. darbuotojų yra jautę raumenų skausmą kaklo srityje, pečių juostoje ar rankose. Gamperienė ir Stigum (1999) nustatė, kad iš 363 audimo pramonėje dirbančių asmenų 55 proc. skaudėjo rankas arba kaklą. Viršutinių galūnių pažeidimas yra kaulų ir raumenų sistemos sutrikimas, paveikiantis viršutinę kūno dalį ir sukiamas arba galintis paūmėti dėl darbo. Iki šiol nėra susitarimo dėl šių sutrikimų apibrėžimo ir diagnostikos kriterijų, jie paprastai apibūdinami kaip „patempimas“ arba „pertempimas“, „pasikartojantys patempimai ar pažeidimai“ arba „sudėtiniai trauminiai pažeidimai“. Į šią kategoriją gali patekti ir specifiniai, ir nespecifiniai simptomai. Van Eerd et al. (2003) įvardijo 27 skirtingas kaulų ir raumenų sistemos ligų klasifikavimo sistemas, tarp kurių nebuvo nė vienos panašios. Faktas, kad vienas sutrikimas gali būti apibūdinamas taip skirtingai, tik didina problemą. Taip pat Van Eerd et al. (2003) atrado, kad šiose skirtingose klasifikacijose nesutariama, kokie pažeidimai turi būti įtraukti. Kadangi nėra bendro apibrėžimo,

tampa sudėtinga nustatyti žmonių, turinčių viršutinių galūnių pažeidimų, skaičių ir suformuoti su šiais pažeidimais susijusių rizikos faktorių supratimą.

Nėra bendros klasifikacijos, bet egzistuoja tam tikri bendri susitarimai, kur viršutinių galūnių pažeidimų simptomai gali pasireikšti, t. y. sausgyslėse, raumenyse, sąnariuose, kraujagyslėse ir (arba) nervų šaknelėse, taip pat jų pažeidimo išraiška, t. y. skausmas, diskomfortas, nejautra ir dilgčiojimas pažeidimo vietoje. Viršutinių galūnių pažeidimai gali būti specifiniai ir nespecifiniai (Aptel, Aublet-Cuvelier ir Cnockaert, 2002). Pažeidimus galima bandyti skirstyti pagal pažeistą kūno dalį arba pagal pažeidimą sukėlusią priežastį. Viršutinių galūnių pažeidimas gali pasireikšti tokiose vietose:

- Alkūnėse: epikondilitas (tenisininko arba golfo žaidėjo alkūnė)
- Plaštakose, rieše ir dilbyje (riešo spaudimo / karpalinis sindromas, *de Quervain* sindromas)
- Petyje (peties tendinitas)
- Kakle (kaklo skausmai)

Klasifikacija, pagrįsta darbo pobūdžiu, apima tokį poveikį kaip rankų ar plaštakų vibracija, kuri, pvz., gali sukelti Raynaud sindromą. Viršutinių galūnių pažeidimai yra labai plati sąvoka ir visada susijusi su kaulų ir raumenų sistemos pažeidimais. Specifiniai simptomai ir poveikis aptariami kituose skyriuose. Čia detaliau apžvelgsime RA ir SpA.

3.2.3 Reumatoidinis artritas

RA yra specifinio kaulų ir raumenų sistemos pažeidimo pavyzdys. Tai uždegiminis artritas, kurio paplitimas išsivysčiusiose šalyse yra 0,3–1 proc. (PSO Mokslinė grupė, 2003). Europoje ir JAV atliktų tyrimų duomenimis, RA paplitimas labai skiriasi. Lietuvoje Adomavičiūtė, Pileckytė, Baranauskaitė, Morvan, Dadonienė ir Guillemin (2008) nustatė, kad paplitimas pagal amžių ir lytį yra apie 0,55 proc.; Lundkvist, Kästang ir Kobelt (2008) nustatė 0,65 proc. paplitimą, o patys naujaisi Kobelt ir Kästang (2009) duomenys rodo, kad RA paplitimas tarp vyresnių kaip 19 metų asmenų yra 0,47 proc. Liga gali pasireikšti bet kokiame amžiuje, bet dažniausiai ištinka vidutinio ir darbingo amžiaus, 25–55 metų, žmones. Epidemiologiniai tyrimai parodė, kad RA sutrumpina gyvenimą 6–10 metų.

Tiksli RA priežastis nežinoma. Tačiau manoma, kad tai yra imuninė reakcija, kuri sukelia uždegiminį sąnarių ir kitų audinių pažeidimą. Rizikos faktoriai – lytis, RA šeimos istorija ir specifinis leukocitų antigenas (HLA) (PSO Mokslinė grupė, 2003). RA išraiška ir eiga labai individuali, bet pagrindiniai požymiai yra skausmas, rytinis sąnarių sąstingis ir nuovargis, svorio netekimas, karščiavimas ir į gripą panašūs simptomai. Pažeidžiamos sąnarių ertmės, dėl to kyla skausmas, vystosi deformacijos ir galų gale neįgalumas. Liga gali progresuoti labai greitai ir sukelti patinimą, pažeisti kremzles bei kaulus aplink sąnarius. Ji gali paveikti bet kurį kūno

sąnari, bet dažniausiai pažeidžia rankų, kojų ir riešų sąnarius. RA taip pat sukelia širdies, akių, plaučių, kraujo ir odos pažeidimus.

RA eiga labai skirtinga – nuo vidutinio intensyvumo ir savaimė praeinančio epizodo iki greitos, sunkios ir destruktinės eigos (Young et al., 2000). RA – lėtinė, dažnai paūmėjanti liga.

Paūmėjimo laikotarpiu jaučiamas intensyvus skausmas, dažnai susijęs su nuovargiu, tačiau to priežastis nežinoma. Sakydami „paūmėjimas“ turime galvoje, kad žmogus vieną dieną gali puikiai atlikti visus darbus, o kitą dieną – jau ne. Kartais kolegos ir vadovai tai sunkiai suvokia. Kad tokie paūmėjimai sukeltų kuo mažiau nepatogumų, darbdavio ir darbuotojo bendravimas turi būti kuo artimesnis ir lydimas supratimo.

Ligos poveikis kasdienei veiklai ir negalėjimas dėl jos tinkamai atlikti užduočių dažnai priverčia žmones atsisakyti darbo. Darbingumas dažniausiai paveikiamas per penkerius metus (PSO Mokslinė grupė, 2003). Vienoje darbo produktyvumo netekimo dėl RA apžvalgoje nurodoma, kad 36–85 proc. RA pacientų buvo nustatytas darbingumo sumažėjimas vidutiniškai 39 dienomis (Burton, Morrison, Maclean ir Ruderman, 2006). Young et al. (2002) nustatė, kad 22 proc. pacientų, kuriems diagnozuotas RA, po 5 metų išėjo iš darbo. Gražulevičiūtė ir Dadonienė (2003) konstatavo, kad iš visų pacientų, registruotų Vilniaus reumatoidinio artrito registre, tik 24 proc. dirba ir net 58,2 proc. yra neįgalūs.

Kartais paciento būklė nėra pagrindinė priežastis, dėl kurios reikia išeiti iš darbo. Young et al. (2002) duomenimis, iš grupės respondentų, kurie išėjo iš darbo dėl RA, nurodė ir kitas asmenines priežastis, tik apie 40 proc. atsisakė darbo dėl sveikatos būklės. Lietuvoje RA įtaka nedarbingumui yra labai svarbi. Dadonienė, Stropuvienė, Vendis ir Boonen (2004) nustatė, kad amžiaus ir lyties priklausomybė darbui buvo 24,2 proc. mažesnė, o nedarbingumas 51,7 proc. didesnis tarp RA pacientų, palyginti su kita populiacija. Po 10 ligos metų 48 proc. pacientų pasitraukia iš darbo rinkos. Tie, kurie dirba, praleidžia apie 31,9 darbo dienos dėl nedarbingumo, o vidutinis nedarbo laikas įprastoje populiacijoje yra 10,8 dienos. Ligos aktyvumas tarp dirbančių ir nedirbančių pacientų nebuvo labai skirtingas, bet fizinės funkcijos ir gyvenimo kokybės suvokimas (išskyrus bendrą sveikatos būklę) buvo prastesnis tarp nedirbančiųjų.

Lyginant Norvegijos ir Lietuvos pacientus (Dadonienė, Uhlig, Stropuvienė, Venalis, Boonen ir Kvien, 2003) nustatyta, kad Lietuvoje dirba mažiau pacientų (27 proc., palyginti su 42 proc.), jų ligos aktyvumas didesnis, fizinė funkcija blogesnė (pagal modifikuotą sveikatos vertinimo klausimyną), dažniau sergama dar ir kitomis ligomis (73 proc., palyginti su 53 proc.) ir apskritai yra blogesnė savijauta.

3.2.4 Spondiloartropatijos

SpA yra lėtinių ligų grupė, apimanti:

- Ankilozuojantįjį spondilitą (AS)
- Reaktyvųjį artritą / Reiter sindromą (RS)
- Psoriazinį artritą (PsA)
- Spondiloartropatiją, susijusią su uždegimine žarnyno liga
- Nežinomos kilmės spondiloartropatiją (NSpA)

Naujausiais tyrimų duomenimis, SpA ir RA paplitimo dažnis Europoje yra panašus (Akkoc, 2008). Adomavičiūtė et al. (2008) nustatė, kad SpA paplitimas Lietuvoje yra 0,84 proc.

Ankilozuojantysis spondilitas (AS) yra specifinė progresuojanti lėtinė reumatinė liga, kuri dažniausiai pažeidžia stuburą, bet taip pat gali pažeisti kitus sąnarius, kremzles ir raiščius. Jos paplitimas bendrojoje populiacijoje yra 0,1–0,2 proc., 3:1–2:1 moterų ir vyrų santykis (Dagfinrud, Mengshoel, Hagen, Loge ir Kvien, 2004). Pirmą kartą liga paprastai diagnozuojama paauglystėje ar maždaug dvidešimties – trisdešimties metų (vidutinis ligos pradžios amžius – 26 metai). Tyrėjai mano, kad yra didelė genetinė predispozicija. AS gali susirgti bet kuris žmogus, liga kiek skirtingais požymiais gali pasireikšti ir vyrams, ir moterims, ir vaikams (Dagfinrud et al., 2004). Vyrų dubuo ir stuburas yra pažeidžiami dažniau, taip pat kaip ir krūtinės ląsta, klubai, pečiai ir pėdos. Moterims liga dažnai pasireiškia vėliau ir jos eiga būna vidutinio intensyvumo, su ilgais besimptomiais periodais, retai pažeidžiamas stuburas. Neretai diagnozė nustatoma vėlai, o simptomai labai panašūs į sportininkams būdingus sveikatos sutrikimus. Sieper, Braun, Rudwaleit, Boonen ir Zink (2002) manymu, nuo pirmų ligos simptomų iki diagnozės nustatymo praeina maždaug 7 metai. Tipiniai AS simptomai yra skausmas (dažniausiai ryte); svorio kritimas; nuovargis; karščiavimas, naktinis prakaitavimas ir būklės pagerėjimas pasimankštinus. Kaip ir sergančiųjų RA atveju, yra aspektų, į kuriuos reikėtų atsižvelgti skiriant darbą šiems pacientams, kad jiems būtų įmanoma tai atlikti.

Maždaug pusė sunkiai sergančių pacientų pažymi tik keletą simptomų. AS yra laikoma liga, kuria sergantys pacientai gana ilgai būna pakankamai darbingi (Chorus, Boonen, Miedema ir van der Linden, 2002), tačiau tarp šių ligonių nedarbas yra tris kartus didesnis, palyginti su įprastine populiacija (Boonen et al., 2001).

Vėliausiais tyrimais įrodyta, kad RA (Chorus, Miedema, Boonen ir van der Linden, 2003) ir AS (Gordeev et al., 2009) pacientų psichinė sveikata buvo teigiamai veikiama darbo, o tai atitinkamai veikia ir bendrą gyvenimo kokybę. Chorus et al. išvada buvo tokia: „svarbus teigiamai pacientą veikiantis faktorius yra jo fizinės veiklos suvokimas“. Šis atradimas sutampa su Waddell ir Burton (2006a) teiginiais, kad „gyvenimo kokybė yra gera sveikata ir tinkamas darbuotojų poilsis

po darbo“. Teigiamas ir neigiamas darbo vietos poveikis kaulų ir raumenų sistemos ligų vystymuisi ir eigai aptariamas toliau.

Psoriazinis artritas (PsA) yra sąnarių uždegimo forma, kuri paveikia 0,2–1 proc. bendrosios populiacijos (Wallenius et al., 2008) ir 10–20 proc. visų sergančiųjų psoriaze. Lietuvos duomenų apie šią ligą neradome. Prasidėjus sąnarių uždegimui, jaučiamas tempimas, jie būna sutinę ir skauda, kai judinami. Paprastai sąnariai būna sustingę ryte arba sustingsta ilsintis vakare. Taip pat gali būti pažeisti raiščiai, sausgyslės. Vienas iš psoriazinio artrito požymių yra raiščių ir raumenų uždegimas (tenisininko alkūnė ir kulnų skausmai). Maždaug 80 proc. artrito pasireiškia po psoriazės atsiradimo odoje. Manoma, kad moteris ir vyrus liga veikia vienodai. Tyrimai parodė, kad PsA pacientai serga sunkiau nei reumatoidinio artrito ar ankilozuojančiojo spondilito pacientai (Wallenius et al., 2008).

Yra keletas požymių, kurie išskiria PsA iš kitų artrito formų: pavyzdžiui, uždegimas paprastai apima pirštų galų sąnarius. Kitas pavyzdys – apimami stuburo ir klubų kryžmens sąnariai, šis uždegimas vadinamas spondilitu (panašu į ankilozuojantįjį spondilitą). Gali atsirasti kaklo skausmas ir sąstingis arba dėl uždegimo sutinsta visa pėda ar tik vieno piršto sąnariai (daktilitas). Kartais gali būti sąnarių tempimas lankstant pirštus ar norint juos sugniaužti. Atliekant tyrimus, kraujyje reumatoidinis faktorius nenustatomas, tai padeda atskirti PsA nuo RA. Paprastai liga prasideda paauglystėje. Moterims ji gali pasireikšti per nėštumą ar menopauzę. Kadangi liga pasireiškia ir odoje, ir sąnariuose, tai labai pablogina ligonių gyvenimo kokybę; dėl emocinės būsenos jie gali jausti daugiau skausmo ir apribojimų nei RA sergantys pacientai (Husted, Gladman, Farewell ir Cook, 2001). Šioje grupėje taip pat buvo nustatytas didesnis mirštamumas, lyginant su bendrąja populiacija (Wallenius et al., 2008).

3.3 Darbo vietos įtaka kaulų ir raumenų sistemos ligoms

Rizikos faktoriai yra labai įvairūs. Dauguma ekspertų teigia, kad darbas kenkia sergantiejiems kaulų ir raumenų sistemos ligomis, kaip ir sportas ar įvairūs buitines darbai, kurie gali prisidėti prie būklės pablogėjimo. Tačiau kai kurie tyrimai rodo, jog didesnis dirbančių moterų kaulų ir raumenų skausmų dažnis gali būti susijęs su tuo, kad jos atlieka didžiąją dalį namų ruošos darbų (Punnett ir Wegman, 2004). Kaulų ir raumenų ligų atsiradimui ar paūmėjimui taip pat turi įtakos būdingi rizikos faktoriai. Kai kurių rizikos faktorių galima išvengti, o kai kurių – neįmanoma, pvz., genetinės predispozicijos.

1 lentelėje išvardyti pagrindiniai nespecifiniai rizikos faktoriai.

Rizikos faktoriai
<ul style="list-style-type: none"> • Nutukimas, ūgis • Stuburo pažeidimai • Genetinė predispozicija • Nėštumas • Psichosocialinis stresas: savęs suvokimas • Sveikatos supratimas: sugebėjimas save kontroliuoti, veiksmingumas, negalios suvokimas ir lūkesčiai • Stresas šeimoje • Psichologinis stresas: somatizacija, pyktis ir depresija • Senėjimas

Adaptuota PSO Mokslinės grupės (2003)

Kad būtų aiškiau, kokie rizikos faktoriai veikia kaulų ir raumenų sistemą, reikia skirti tokias sąvokas kaip „su darbu susiję“ sutrikimai ir „profesinės ligos“ (Punnett ir Wegman, 2004). Kaulų ir raumenų sistemos ligos, pvz., riešo tendosinovitas, alkūnės epikondilitas, Raynaud sindromas ar pirštų vibracinis ir riešo spaudimo sindromai, kai kuriose Europos šalyse vertinamos kaip profesinės ligos (Eurostat, 2004). Neabejojama, jog šiuos pažeidimus gali sukelti ir įtakos jų atsiradimui gali turėti darbas, tad pritaikant šias žinias galima sumažinti pažeidimų riziką.

Darbas nesukelia reumatinių ligų, tokių kaip RA ir PsA, bet yra įrodyta, kad fizinis darbo krūvis, paramos stoka, savęs nuvertinimas ir nelankstus darbo grafikas lemia darbingumo sumažėjimą ir sunkų grįžimą į darbą po ligos (der Tempel ir van der Linden, 2001; Gignac et al., 2004).

Kiti duomenys, kuriais remiantis siekiama susieti kaulų ir raumenų sistemos ligas su darbu, iki galo neišanalizuoti. Bandoma susieti specifinių darbo aspektų poveikį tik tam tikroms kūno sritims, bet tai labai sudėtinga. Daugelis rizikos faktorių, kurie gali veikti nespecifinių kaulų ir raumenų ligų atsiradimą, siejami su darbu; net jei darbas nesukelia pažeidimo, galbūt turi įtakos jam. Beje, jei rizikos faktorių neapribosime tik fiziniais veiksniais, pamatysime, kad darbo vietos įtaka kaulų ir raumenų ligoms yra daug didesnė.

Dažniausi kaulų ir raumenų ligų rizikos faktoriai darbo vietoje:

- Greitas darbo tempas ir pasikartojantys judesiai
- Sunkių daiktų kėlimas ir stiprus raumenų įtempimas
- Nenatūralios pozos (dinaminės ar statinės), dažnas pasilenkimas ar pasisukimas
- Mechaninio spaudimo koncentravimas

- Dalies ar viso kūno vibracija
- Lokalus ar viso kūno šalimas
- Nepakankamas poilsio laikas (Punnett ir Wegman, 2004)

Kaulų ir raumenų sistemos ligos gali paveikti visų profesijų ar pramonės šakų darbuotojus, tik kai kuriems jų rizika yra didesnė ir, priklausomai nuo darbo pobūdžio, gali paveikti specifines kaulų ir raumenų sistemos dalis.

Daugelis darbų apima tokią veiklą, kuri gali būti kaulų ir raumenų sistemos pažeidimo rizikos faktorius. Remiantis EWCS, apie 17 proc. Europos darbuotojų pažymi, kad darbe jie beveik pusę laiko buvo veikiami vibracijos, 33 proc. tą patį laiką tarpą dirba nepatogiomis ar varginančiomis pozomis, 23 proc. kelia ar nešioja sunkius daiktus, 46 proc. kartoja tuos pačius monotoniškus judesius, 31 proc. dirba kompiuteriu (Parent-Thirion et al., 2007).

Didelė dėmesio dalis, kurį darbdaviai skiria kaulų ir raumenų ligoms, darbo vietos poveikio jų pradžiai ar progresavimui, yra įtakota noro išvengti pažeidimų ir užtikrinti tinkamą savo darbo atlikimą. Tačiau, tuo pačiu neatkreipiamas dėmesys į kitus darbo aspektus, kurie gali veikti kaulų ir raumenų sistemos pažeidimą. Šie aspektai dažnai praleidžiami ir literatūros apžvalgose, ir ruošiant patarimus apie darbo saugumą ir sveikatą. Net ten kur minimas „stresas“, dažnai praleidžiamas ryšys tarp psichologinių faktorių ir fizinės būklės, o susifokusuojama tik ties darbo sauga.

Bendrai paėmus, pažeidimų atsiradimo rizika išauga, kai susideda keletas iš aukščiau išvardintų faktorių ar dar prisideda psichologiniai, asmeniniai ar organizaciniai faktoriai (Devereux, Rydstedt, Kelly, Weston and Buckle, 2004). Psichologiniai ir organizaciniai faktoriai kartu su fiziniiais faktoriais gali sąlygoti ankstesnį išėjimą iš darbo. Ištyrus darbuotojus su neintensyviu nugaros skausmu, kurie jį sieja su darbu, pastebėta, kad jie pradeda elgtis kaip ligoniai, o dėl to atsiranda tikimybė būklės perėjimui į lėtinę (Werner, Lærum, Wormgoor, Lindh ir Indhal, 2007). Sokka ir Pincus (2001) peržiūrėjo 15 studijų ir nustatė, kad fizinių jėgų reikalaujantis darbas, autonomijos trūkumas, didesnio intensyvumo skausmas, mažesnės funkcinės galimybės ir žemesnis apmokymo lygis yra rizikos faktoriai, dėl kurių RA sergantieji gali anksčiau atsisakyti darbo. Sokka ir Pincus (2001) faktai įrodo, kad ne tik fiziniai darbo elementai lemia funkcinį pajėgumą ir norą likti darbo vietoje. Visada reikia turėti mintyse psichologinius ir organizacinius darbo faktorius.

Su kaulų ir raumenų ligomis siejami šie psichologiniai ir organizaciniai faktoriai:

- Greitas darbo tempas ir intensyvus darbo krūvis;
- Monotoniškas darbo pobūdis;
- Mažas pasitenkinimas darbu;
- Nedidelė įtaka sprendimų priėmimui;
- Maža socialinė parama;
- Stresas darbe.

Stresas darbe yra labai platus apibrėžimas ir jis gali apimti tokias situacijas kaip labai aukšti darbo reikalavimai ar, tarkim, darbo įgūdžių ir darbo reikalavimų neatitikimas. Taip pat stresą darbe gali kelti išnaudojimas ar diskriminacija.

Vėlgi, labai svarbu neužmiršti psichologinių ir fizinių faktorių sąsajų. Stresas darbe, taip pat kaip prievarta ir diskriminacija, gali sąlygoti darbo produktyvumo ir psichinės sveikatos sumažėjimą, o tuo pačiu metu, dėl įtampos ir persitempimo, gali pradėti vystytis kaulų ir raumenų sistemos ligos. Didesnė tikimybė atsirasti intensyviems skausmams yra siejama ir su maža socialine parama, socialiniu nestabilumu ar socialiniu neaktyvumu (Katz, 2002). „Geras darbas“ ir aukštos kokybės darbo užtikrinimas yra labai svarbus ir kritinis (Coats and Max, 2005, Coats and Lehki, 2008).

3.4 Kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaka ekonomikai ir socialiniam gyvenimui

Kaulų ir raumenų sistemos ligos turi įtakos paciento darbui, dėl to dažnai tenka praleisti darbo dienas, o tai susiję su individualia, šeimos, darbdavio ir net didesnio masto ekonomika. Tiksliai suskaičiuoti šias išlaidas nėra paprasta (Lundkvist et al., 2008). Reikia turėti omenyje daugelį faktorių ir surinkti tiksliai, patikimą ir nuoseklią informaciją, o tai praktiškai neįmanoma. Šiuo metu turimi kaulų ir raumenų ligų poveikio ekonomikai skaičiavimai yra tik apytiksliai ir rodo, kad šios ligos ekonominė našta Lietuvai yra išties didelė.

Norint suskaičiuoti, kiek kainuoja kaulų ir raumenų sistemos ligos (ar kokios nors kitos ligos), reikia remtis šiais faktoriais:

- **Tiesioginės išlaidos** apima medicininės išlaidas, kurios skiriamos ligos prevencijai, ligai diagnozuoti, gydyti, reabilitacijai ir ilgalaikiai priežiūrai, taip pat kitos asmeninės išlaidos. Pastarosios paprastai dar skirstomos į medicininės ir nemedicininės išlaidas (Lundkvist et al., 2008).
- **Netiesioginės išlaidos** apima darbo produktyvumo ir uždarbio netekimą, neišnaudotas šeimos narių galimybes ir jų uždarbio praradimą, mokesčių nemokėjimą.
- **Materialiai neįvertinama kaina** apima psichologinį krūvį, dėl kurio blogėja gyvenimo kokybė, didėja stresas darbe ir šeimoje (PSO Mokslinė grupė, 2003).

Šios išlaidos skiriasi priklausomai nuo bendros ligonio būklės, simptomų sunkumo ir jų sukkelto nedarbingumo lygio, dėl kurio tenka praleisti darbo dienas. Be to, jos priklauso ir nuo to, koks skaičiavimo būdas taikomas. Žemiau išvardyti keli faktoriai, kurie turi įtakos skaičiavimams:

- Paciento būklės sunkumas
- Pacientų demografijos įvairovė tyrime
- Produktivumo skaičiavimo metodas
- Nedarbingumo apibrėžimas
- Gydytojų kainos ar gydymo išdavos (svarbu kasmetiniai skaičiavimai, nes gydymas gali būti keičiamas)
- Sveikatos sistemos finansavimo pokyčiai
- Sergamumo ir paplitimo įtaka kainai

Į skaičiavimus labai retai įtraukiama materialiai neįvertinama kaina, nes to beveik neįmanoma įvardyti pinigine išraiška (Sieper et al., 2002). Tačiau šių nematerialių išlaidų įvertinimas padeda suprasti, kokią kainą moka ligoniai, sergantys kaulų ir raumenų sistemos ligomis, kaip tai veikia jų gyvenimo kokybę. O gyvenimo kokybės įvertinimas gali būti kaip tolesnis rodiklis, vertinant vykdomų intervencinių priemonių efektyvumą (Leardini, Salaffi, Montanelli, Gerzeli ir Canesi, 2002).

Šiuo metu plačiai naudojami du vertinimo rodikliai:

1. **Neįgalumo pakoreguoti gyvenimo metai** (angl. *Disability adjusted life years – DALY*). Tai yra matas, pagal kurį įvertinama visa ligos našta pacientui. Pagrindiniai rodikliai yra amžius, kada liga ar negalia prasidėjo, kaip ilgai ji tęsiasi ir kokia jos įtaka gyvenimo kokybei. Pavyzdžiui, dėl RA Lietuvoje yra prarasta 0,79 proc. neįgalumo pakoreguotų gyvenimo metų (Lundkvist et al., 2008).
2. **Kokybiškai pragyventi gyvenimo metai** (angl. *Quality adjusted life years – QALY*). Jais matuojama ligos našta, vertinant gyvenimo kokybę ir pragyventus ligos metus. Šia sistema įvertinama pinigine medicininių intervencijų išraiška ir tai, kiek pailgėtų ligonio gyvenimas jas taikant. Kokybiškai pragyventi gyvenimo metai leidžia įvertinti, kiek geros kokybės gyvenimo mėnesių ar metų pailgėtų ligonio gyvenimas, paskyrus adekvatų gydymą, taip pat – gydymo išlaidų naudingumą.

Dėl abiejų rodiklių vis dar diskutuojama, tačiau jie jau yra sulaukę tarptautinio pripažinimo kaip tinkami ir priimtini.

3.4.1 Tiesioginės išlaidos

Kaip jau minėta, ligos kaina apima keletą skirtingų faktorių ir labai skiriasi, priklausomai nuo atliktų tyrimų. Nugaros skausmo gydymo išlaidos labiausiai susijusios su fizioterapija, stacionarinėmis paslaugomis, vaistais ir pirmine sveikatos priežiūra (Dagenais, Caro ir Haldeman, 2008). Nachemson, Waddell ir Norlund (2000) suskaičiavo, kad kai kur net 80 proc. sveikatos priežiūros išlaidų skiriama tiems 10 proc. pacientų, kurie skundžiasi lėtiniu nugaros skausmu ir yra nedarbingi. Nors tiesioginės išlaidos RA pacientams anksčiau buvo palyginti nedidelės (Lundkvist et al., 2008), kiti tyrimai rodo, kad jos didėja mažėjant pacientų funkciniam pajėgumui (Huscher, Merkesdal, Thiele, Schneider ir Zink, 2006; Kobelt, 2007; Leardini et al., 2002).

Tiesioginės išlaidos, palyginti su netiesioginėmis, sudaro labai nedidelę dalį (Dagenais et al., 2008; Kavanaugh, 2005; Kobelt, 2007; Lundkvist et al., 2008).

2 lentelėje išvardytos kai kurios tiesioginės išlaidos, susijusios su kaulų ir raumenų sistemos ligomis bendrai, su RA ir su nugaros skausmais (Woolf, 2004, kaip cituojama *The Bone and Joint Decade*, 2005; Kavanaugh, 2005; Dagenais et al., 2008).

	Kaulų ir raumenų sistemos ligos	RA	Nugaros skausmas
Sveikatos priežiūros išlaidos	Apsilankymai pas gydytoją Ambulatorinė chirurgija Priėmimo skyrius Reabilitacija (fizioterapeutai, darbo terapeutai, socialiniai darbuotojai) Vaistai Diagnostinės / terapinės procedūros ir tyrimai Pagalbiniai prietaisai Skubi pagalba ligoninėje (apimant arba ne operaciją) Neskubi pagalba ligoninėje	Apsilankymai pas gydytoją Kitų specialistų vizitai Ambulatorinė chirurgija Priėmimo skyrius Vaistai (įskaitant administravimo išlaidas) Rentgenologiniai tyrimai Laboratoriniai tyrimai Toksiškumas (diagnozė ir gydymas) Pagalbiniai medicininiai prietaisai Hospitalizavimas (susijęs su RA ar jo gydymu): ortopedinės operacijos, priežiūra / reabilitacija	Apsilankymai pas gydytoją Apsilankymai pas chiropraktiką Ambulatorinė chirurgija Priėmimo skyrius Fizinė terapija ir reabilitacija Alternatyvioji medicina Vaistai Rentgenologiniai tyrimai
Asmeninės išlaidos	Transportavimas Paciento laikas Slaugytojo laikas		
Kitos su liga susijusios išlaidos	Sauga namie Aplinkos pritaikymas Medicininė įranga Nemedicininė pagalba, alternatyvioji terapija		Psichinės sveikatos priežiūra

Šaltinis: Woolf, 2004 *The Bone and Joint Decade* 2005; Kavanaugh, 2005; Dagenais et al., 2008

Gydymo kainų skaičiavimai daugiau skirti klinicinei kainai ir naudai įvertinti. Platesnis suvokimas apima pacientų, sergančių kaulų ir raumenų sistemos ligomis ir vis dar dirbančių ar grįžtančių į darbą, darbingumo biosocialinį ir ekonominį poveikį, kuris sumažina valstybės išleidžiamas lėšas.

3.4.2 Netiesioginės išlaidos

Yra du pagrindiniai netiesioginių išlaidų vertinimo tipai, susiję su sergančiais darbuotojais. Tai darbuotojo buvimas darbe, kai jo darbingumas abejotinas (kitai vadinama *prezentizmu*), ir darbo našumo ir produktyvumo sumažėjimas dėl darbuotojo ligos. Prezentizmą ypač sunku išmatuoti ir duomenų, kiek tai kainuoja Lietuvos darbo rinkai, nėra surinkta. Tai nagrinėjama tik individualiais atvejais. Taigi netiesiogines išlaidas labai sunku apskaičiuoti dėl duomenų trūkumo. Tačiau verta peržvelgti duomenis, kuriuos pavyko surinkti apie nebuvimą darbe. Labai retai kur stropiai registruojamas nebuvimas darbe dėl ligos. Skirtingose organizacijose yra skirtingos nebuvimo darbe registravimo sistemos: kai kur darbuotojai šiuos duomenis pildo patys, kitur tai daro vadovai. Darbuotojų duomenys surenkami personalo skyriaus ir tada užpildomas bendras organizacijos registras. Organizacijose, kuriose duomenis pildo patys darbuotojai, jie turi atsiskaityti už tam tikrą praėjusį laiko tarpą, pvz., dvi–keturias savaites. Kiekvienas metodas turi plusų ir minusų. Tarkim, ten, kur duomenis pildo pats darbuotojas, jis gali įvardyti ligos dienomis tas dienas, per kurias jam ir taip nereikėjo dirbti. Ten, kur duomenis pildo darbdavys, duomenų rinkimas nėra visai tikslus ir kokybiškas (pvz., darbuotojai netiksliai nurodo dienas ar nebuvimo darbe priežastį). Darbdavių surinktuose duomenyse visada yra paklaidų ir tik organizacijos, įdiegusios tikslus darbo laiko fiksavimo metodus, gali greitai pateikti tyrimui reikalingą informaciją. Taigi ataskaitos ir duomenys beveik visada turi paklaidų, pvz., vadovai visada linkę neparodyti, kada jie nebuvo darbe.

Netiesioginės išlaidos susijusios ne tik su nebuvimu darbe dėl ligos ar prezentizmu, bet ir su ankstyvu ligonių, sergančių kaulų ir raumenų sistemos ligomis, išėjimu į pensiją (Dagenais et al., 2008; Alavinia ir Burdorf, 2008). Literatūroje randama labai įvairių duomenų apie ankstyvą išėjimą į pensiją, jie priklauso nuo šalies, tyrimo metų ir tiriamųjų. Šiaip ar taip, daugelyje tyrimų jis varijuoja tarp 30–50 proc. (Lundkvist et al., 2008).

Tokie duomenys sumažina tikrusius išlaidų, skiriamų sergantiesiems kaulų ir raumenų ligomis, skaičius. Daugelis kaulų ir raumenų sistemos ligų pacientų netampa neįgalūs. Nors šių ligų paplitimas gana didelis, daugelis jomis sergančių žmonių (net ir nustatytus diagnozę) tęsia darbą (Waddell ir Burton, 2006a). Išlaidos, kol darbuotojas laukia darbo vietos pritaikymo ar medicininės intervencijos, dėl darbingumo ir produktyvumo sumažėjimo, yra gana didelės. Kaip jau aptarta anksčiau, netiesioginės sergančio darbuotojo išlaidos apima ne tik darbingumo sumažėjimą, bet ir poveikį šeimos nariams (Pugner, Scott, Holmes ir Hieke, 2000). Su darbu susijusios netiesioginės išlaidos taip pat apima pagalbinių asmens priežiūrai namuose įdarbinimą (Kavanaugh, 2005) ir neformalios priežiūros teikimą. Nors neformalios priežiūros teikimą sunku nustatyti ir įvertinti (kas vieniems yra neformali priežiūra, kitiems gali atrodyti kaip normali priežiūra), tačiau Lundkvist et al. (2008) nustatė, kad neformali vieno RA paciento priežiūra per metus kainuoja apie 2 562 eurus. Šie skaičiai labai skiriasi priklausomai nuo šalies sveikatos priežiūros ir socialinės sistemos.

3.4.3 Bendra kaina

Suskaičiuoti bendras išlaidas, tenkančias sergantiesiems kaulų ir raumenų ligomis, taip pat sudėtinga, kaip ir surinkti informaciją apie šias ligas. Daugumoje tyrimų vertinta RA ekonominė našta JAV populiacijai ir sveikatos sistemai (Chorus et al., 2002). Daugiau panašių tyrimų atlikta taip pat JAV, Kanadoje ir kai kuriose Europos šalyse, pvz., Nyderlanduose, Prancūzijoje ir Belgijoje, tačiau nė vieno – Lietuvoje. Šalių rezultatus sunku vertinti ir lyginti dėl skirtingų darbo sąlygų ir reikalavimų, kad ir tokių kaip, pavyzdžiui, nedarbingumo laiko ilgumas ir jo apmokėjimas (Sieper et al., 2002).

Pagal RA paplitimo dažnį – 0,65 proc. – Lundkvist et al. (2008) nustatė, kad su šia liga susijusios išlaidos Lietuvoje siekia 4 508 eurus pacientui per metus arba iš viso 101 milijoną eurų. Į šią kainą įskaičiuojamos medicininės išlaidos, vaistų kainos, nemedicininės išlaidos, neformalios ir kitos netiesioginės išlaidos, bet ji nesuskirstyta pagal darbingo ir pensinio amžiaus asmenis. Šie skaičiai yra kiek mažesni nei kitose Rytų Europos šalyse.

Duomenų trūkumas, kaip minėta anksčiau, pabrėžia sunkumus, su kuriais susiduriama vertinant kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaką darbuotojams ir visuomenei.

3.5 Santrauka

Šiame skyriuje apžvelgiama kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaka darbingumui ir tiesioginiu fiziniu, ir susijusių simptomų įtakos aspektu, pvz., dėmesio nesukauptas dėl skausmo. Taip pat aptariama darbo vietos įtaka kaulų ir raumenų sistemos ligų eigai ir progresavimui. Nors yra daug būdingų rizikos veiksnių, aišku, kad darbo vieta turi papildomų fizinių ir psichosocialinių rizikos veiksnių. Kai kurie jų gerai žinomi, pvz., vibracija, į juos atsižvelgiama ir bandoma kiek galima labiau sumažinti poveikį. Tačiau daugelis faktorių, kurie veikia darbo kokybę, nėra vertinami atidžiai ir nėra nuodugniai išanalizuoti.

Taip pat parodome, kad labai svarbu atskirti kaulų ir raumenų sistemos ligų ir lėtinių ligų bei negalios rizikos faktorius. Nors fizinės darbo sąlygos gali sukelti ar pabloginti kaulų ir raumenų sistemos ligas, poveikis ir pasekmės yra smarkiai susiję su psichosocialiniais faktoriais (Waddell ir Burton, 2006b).

Galiausiai apžvelgiame kaulų ir raumenų sistemos ligų įtaką ekonomikai ir socialiniam gyvenimui, aptariame tiesiogines, netiesiogines ir bendras kaulų ir raumenų sistemos ligų išlaidas. Deja, į literatūroje aprašytas bendras išlaidas neįskaičiuota milžiniška nemateriali kaina, nes ją tiesiog sunku paversti pinigine išraiška. Duomenys apie RA rodo, kaip tiesioginės ir netiesioginės išlaidos auga didėjant ligos intensyvumui. Taigi galima daryti išvadą, kad reikia kurti ir įgyvendinti strategiją, kuri padėtų stabdyti ligos progresavimą ir užtikrintų produktyvų sergančiųjų kaulų ir raumenų sistemos ligomis gyvenimą ir darbą.

Kitame skyriuje kiekviena liga aptariama atskirai ir nagrinėjama, ką galima padaryti, kad ji neblogėtų nei darbe, nei namuose.

4. Intervencija

Kaip jau supratome, kaulų ir raumenų ligos turi didelę įtaką aplinkiniams – kartu su ligoniais gyvenantiems žmonėms, darbdaviams ir visai visuomenei. Taip pat jau pradedama kalbėti apie šių ligų įtaką darbo rinkai ir imama tai pripažinti. Nors gerai suvokiama, kad ankstyvoji intervencija yra vienas iš esminių dalykų siekiant nutolinti ligą ar palengvinti jos eigą, vis dar yra kur tobulėti. Pagrindinės priežastys, kodėl kaulų ir raumenų ligomis sergantiems žmonėms sunku gerai atlikti darbą ir dirbti, esant gerai sveikatos būklei: ilgas medicininės pagalbos laukimas, darbuotojo negebėjimas susitvarkyti su savo būkle, darbdavio nežinojimas apie darbuotojų sveikatos būklę, labai skirtinga informacija apie galimą pagalbą darbo vietoje.

Šiame skyriuje apžvelgsime intervencines priemones, kurios galėtų labiausiai padėti kaulų ir raumenų ligomis sergantiems pacientams kuo ilgiau išlaikyti darbo vietą ir produktyvumą, grįžti į darbą po ligos, gauti sveikatos išmokas ir išlikti visaverčiais visuomenės nariais. 2 priede išvardytos kliūtys, stabdančios ankstyvąją intervenciją Lietuvoje, situacija lyginama su šalių, kuriose pragyvenimo lygis, darbo rinka ir sveikatos priežiūros sistemos yra panašios.

4.1 Ankstyvosios intervencijos pavyzdys

Norint užtikrinti, kad darbuotojai, sergantys kaulų ir raumenų sistemos ligomis, nedelsiant gautų tinkamą gydymą ir pagalbą, visų pirma reikia pasiekti, jog tai taptų darbdavių ir sveikatos priežiūros specialistų prioritetu. Epidemiologiniai tyrimai, atlikti su darbuotojais, kurie neatvyko į darbą dėl nugaros skausmo, rodo, kad kuo ilgesnis nedarbingumo periodas, tuo sunkiau darbuotojui grįžti į darbą ir tuo didesnės ekonominės sąnaudos (Frank et al., 1998; Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj ir Frings-Dresen, 2006). Nedarbingumas taip pat turi neigiamą psichologinę įtaką darbuotojams (Meijer, Sluiter ir Frings-Dresen, 2005). Todėl ankstyvoji intervencija – esminis veiksnys, padedantis sergančiajam pasveikti ir prisiziūrėti, išvengti ilgo nedarbingumo ir pablogėjusios darbo kokybės dėl kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų (gydymo sąnaudų efektyvumas specifinėse grįžimo į darbą programose nėra lemiamas faktorius).

Kad ir kaip būtų, reumatinės ligos diagnozuojamos praėjus net 5–7 metams nuo ligos pradžios. Dėl didelių šios ligos diagnostinių tyrimų kainų ir riboto ligoninių finansavimo reumatologai yra linkę vilkinti ištyrimą, nors pripažįsta ankstyvosios diagnozės ir intervencijos svarbą.¹¹

Darbdaviai turėtų būti itin suinteresuoti mažinti sveikatos išlaidas darbuotojų sveikatai ir verslui, patiriamas dėl praleidžiamų darbo dienų. Remdamasis turimų duomenų apžvalga, Breen et al. (2005) rekomenduoja, kad darbuotojai ir darbdaviai aptartų ir pritaikytų darbo sąlygas jau pirmąją ligos savaitę. Jeigu būklė negerėja, darbuotojas turi kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą ir, nustačius diagnozę, gavus gydytojo patarimų ir nurodymų, vėl aptarti situaciją su darbdaviu per kitas 4 darbo savaites.

¹¹ Eksperto nuomonė

Pateikiamas pavyzdys, kokių priemonių buvo imtasi, kad darbuotojai būtų apsaugoti nuo nugaros pažeidimų:

Pavyzdys:

AB „Dvarčionių keramika“

Problema:

Iš rūšiavimo linijos pasirodančius plytelių paketus reikia kelti rankiniu-hidrauliniu mechanizmu. Darbuotojai turi pasilenkti (apie 1 700 kartų per pamainą) ir kelti paketus, sveriančius nuo 15 iki 30 kg, rankomis. Dėl didelio fizinio krūvio darbuotojai dažnai sirgdavo.

Ko imtasi:

Sumontuoti du robotai manipulatoriai plytelėms ant padėklo krauti.

Rezultatas:

Tikimybė patirti nugaros traumą darbuotojams sumažėjo iki minimumo. Padidėjo darbo našumas, sumažėjo dėl ligos praleistų darbo dienų skaičius, 21 proc. padidėjo darbuotojų, dirbančių atnaujintose darbo vietose, pajamos.

Atleidimas nuo darbo ir sugrįžimas į jį priklauso nuo to, kaip greitai ir efektyviai paskiriamas gydymas. Dažnai žmonės skundžiasi dėl ilgo laukimo laiko, kol patenka pas gydytoją. Sergantieji kaulų ir raumenų ligomis pirmiausia kreipiasi į bendrosios praktikos gydytojus, todėl būtent pastarieji turėtų atidžiai įvertinti paciento būklę ir nustatyti, kaip ji trukdys ar padės darbuotojui sugrįžti į darbą.

Lietuvoje kai kurie mūsų kalbintų ekspertai yra susirūpinę sveikatos apsaugos sistemos paslaugų teikimo skirtumais, priklausomai nuo geografinio regiono, ir mano, kad tai yra didelė problema. Šalis sąlyginai maža, bet kuris taškas lengvai pasiekiamas transportu, tačiau nuošalesnėse vietovėse trūksta specialistų, nes jie daugiausia susitelkę didžiuosiuose miestuose. Taigi geresnę ir greitesnę pagalbą gauna didžiųjų miestų gyventojai.

4.2 Socialinės apsaugos sistemos organizavimas Daugelio ES šalių darbingo amžiaus, bet sergančių lėtinėmis ligomis žmonių socialinė apsauga teikia didelę pagalbą. Valstybinio socialinio draudimo pradžia Lietuvoje laikoma 1926 m. kovo 23 d., kai tuometinis Lietuvos Respublikos prezidentas Aleksandras Stulginskis pasirašė Valstybinio socialinio draudimo sistemos įstatymą. Tačiau šią sistemą sunaikino Tarybų Sąjungos socialinės priežiūros sistema. Visos socialinės garantijos, taip pat pensijos, buvo mokamos iš vieno centralizuoto biudžeto, finansuojamo iš bendrų mokesčių. 1990 m. Lietuvai atgavus nepriklausomybę, socialinės apsaugos sistema buvo pertvarkyta. Sistema suskirstyta į skirtingas socialinės apsaugos ir priežiūros sritis ir valstybinį socialinį draudimą, kurių finansavimo šaltiniai yra skirtingi. Įkurtas valstybinis socialinio draudimo fondas – SODRA.

Pagrindinė šio fondo funkcija – rinkti mokesčius, rūpintis išmokomis ir mokėti pensijas ir kitas pašalpas. Šiuos veiksmus organizuoja ir vykdo fondo taryba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, teritorinės tarnybos ir kitos institucijos.

Valstybinio socialinio draudimo sistemoje dirba apie keturis tūkstančius darbuotojų. Šio fondo finansinis pagrindas ir garantija yra biudžetas. Jis yra autonominis ir nepriklausomas nuo valstybės bei savivaldybių biudžeto.

Šiuo metu valstybinis socialinis draudimas sudaro didžiausią socialinio draudimo sistemos dalį. Jis dengia pensijas, nedarbingumo išmokas, įvykius darbe ir profesines ligas, sveikatos ir nedarbo draudimą. Šalies socialinė sistema apima beveik 83 proc. visų gyventojų: vieni jų moka mokesčius, kiti jau gauna išmokas. 2007 m. fondas patenkino 5 889 000 išmokų prašymų ir išmokėjo 1 078 000 socialinio draudimo išmokų.

1991 m. fondas tapo Tarptautinių saugumo sistemų asociacijos (ISSA) nariu. Nuo 2004 m. sausio 1 d. leista dalį sumokamų socialinių mokesčių savanoriškai pervesti į kaupiamuosius fondus. 2004 m. Lietuvai tapus Europos Sąjungos dalimi, prasidėjo intensyvus tarptautinis judėjimas. Siekiant užtikrinti migruojančių asmenų socialinę apsaugą, šalies socialinis draudimas buvo pradėtas koordinuoti tarptautiniu lygiu.¹³

4.3 Specifinės intervencijos

Žmonėms, turintiems specifinių sutrikimų, tokių kaip kaulų ir raumenų ligos, dažnai gyvybiškai reikalinga greita atitinkamų specialistų pagalba ir gydymas. Daugelio sergančiųjų kaulų ir raumenų ligomis būklė gali labai pablogėti, jei tenka ilgai laukti vizito pas gydytoją, jei nesiimama visapusiško ligos kupiravimo, neadekvačiai gydomas skausmas. Nepaisant to, yra keletas dalykų, kuriuos įdiegus pagreitinamas sugrįžimas į darbą ir atkuriamas darbingumas.

Lietuvoje sveikatos apsaugos sistema neužtikrina efektyvios kaulų ir raumenų ligomis sergančių pacientų rehabilitacijos. Rehabilitacijai neskiriama pakankamai pinigų, o tai reiškia, kad daugeliui pacientų tenka patiemis mokėti už šį gydymą. Dabartinėse taisyklėse ir įstatymuose tiksliai nenurodoma, kokią rehabilitaciją ir kaip ilgai teikia šalies sveikatos sistema. Šis aspektas neaiškus ne tik pacientams, bet ir patiemis gydytojams.¹³

4.3.1 Nespecifinės skeleto ir raumenų ligos

Šio pranešimo pirminė užduotis – išnagrinėti galimas intervencines priemones ir kitus faktorius, kurie turi įtakos sergančiųjų kaulų ir raumenų ligomis darbo išlaikymui, dalyvavimui darbo rinkoje ir darbo kokybei. Šios ligos gali sudaryti fizinės kliūtis kiekvienu iš anksčiau minėtų aspektų, bet taip pat yra labai daug ligonių, net turinčių sunkią negalią, kurie puikiai susitvarko su darbu ir gyvena visavertį gyvenimą. Nugaros skausmas ir daugelis su darbu susijusių viršutinių galūnių

¹²<http://www.sodra.lt/get.php?f.3962>

¹³ Eksperto nuomonė

pažeidimų nėra ligos, kurias reikia nuolat gydyti, ir turima labai mažai įrodymų, kad būtų galima jų prevencija, todėl pradėta ginčytis, jog didžiausias dėmesys turėtų būti skiriamas darbingumo ir dalyvavimo aktyviame gyvenime sugrąžinimui ir lėtinių ligų vengimui (Burton, 2005; Bekkering et al., 2003), bet ne priešasties šalinimui ir normalių funkcijų sugrąžinimui.

Nors nespecifinių kaulų ir raumenų pažeidimų gydymas ar simptomų mažinimas visuomet turėtų būti prioritetas, medicininė intervencija dažnai nėra vienintelis arba geriausias būdas pagelbėti sergantiesiems kaulų ir raumenų ligomis. Iš tiesų, pernelyg intensyvi medicininė pagalba gali turėti net ir neigiamos įtakos ligonių, turinčių nespecifinių kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų, sugrįžimui į darbą. Nedarbingumo pažymų apribojimai, formalios sugrįžimo į darbą programos gali „pabloginti“ ligą ir surišti darbdavių rankas norint padėti darbuotojams. Remdamiesi įrodymais, kad didelę įtaką neįgalumo ir lėtinių ligų išsivystymui žmonėms, jaučiantiems nugaros skausmus, turi psichosocialiniai faktoriai, privalome argumentuoti inicijuoti požiūrio į šią ligą ir jos gydymą pakeitimą, tai atitinkamai paveiktų požiūrį ir į kitus nespecifinius kaulų ir raumenų sistemos pažeidimus (Burton, 2005).

Waddell ir Burton (2006b) savo darbuose apibendrina reabilitacijos problemas ir svarbą. Jie pažymėjo, kad daugelis kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų neturi tiksliai apibrėžtos klinikinės išraiškos, jie labai paplitę visoje žmonių populiacijoje, dažnai praeina savaime ir daugelis darbuotojų lieka dirbti net ir jausdami simptomus arba labai greitai grįžta į darbą. Šių mokslininkų nuomone, susikoncentravimas į negebėjimą atlikti darbo yra labai nenaudingas:

„... klausimas yra ne kas sukelia ilgalaikį nedarbingumą, o kodėl kai kurie žmonės, sergantys paprastomis ligomis, nepasveiksta, kaip to yra tikimasi? Dabar jau daugelio pripažįstama, kad lėtinio skausmo ir neįgalumo vystymuisi ir gebėjimui su jais susidoroti turi įtakos psichosocialiniai faktoriai. Svarbiausia, kad jie taip pat gali būti kliūtis sveikti ir sugrįžti į darbą. Reabilitacijos logika tada keičiasi iš tvarkymosi su likusiais sutrikimais į biopsichosocialinių kliūčių, trukdančių ar lėtinančių sveikimą, pašalinimą.“ (Waddell ir Burton, 2006b, p. 7)

Biopsichosocialinis modelis yra sistema, kuri parodo ir paaiškina, ar psichologiniai ir socialiniai faktoriai turi įtakos sergančiųjų kaulų ir raumenų sistemos ligomis gebėjimui susidoroti su esama būkle. Plačiau ją aptarsime 4.4 skyriuje.

4.3.2 Reumatoidinis artritas

Dabar jau plačiai žinoma, koks svarbus yra ankstyvas ir efektyvus RA gydymas, siekiant sumažinti žalą sąnariams ir atitolinti neįgalumą (Pugner et al., 2000). Kadangi šiuo metu RA nėra „išgydomas“, visas dėmesys sutelkiamas į ligos požymių ir simptomų kontrolę, padedančią gerinti pacientų būklę ir gyvenimo kokybę. Medicininis RA gydymas yra nukreiptas į vieną

ar kitą sąnarius žalojančio proceso sustabdymą. Pastaraisiais metais gydymo efektyvumas labai pagerėjo. Kadangi yra aiškiai aprašyta, jog laikui bėgant silpnėja RA sergančių pacientų funkcinės galimybės, svarbu, kad gydymas ligą modifikuojančiais antireumatiniais vaistais (angl. disease-modifying anti-rheumatic drugs – DMARDs) būtų paskirtas kaip įmanoma greičiau, siekiant sustabdyti simptomų ir ligos progresavimą (Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN, 2000). Viename tyrime nustatyta, kad pacientams, kurie laukia metus nuo simptomų atsiradimo iki patekimo pas gydytoją, yra net 73 proc. sąnarių erozinių pažeidimų rizika (Irvine, 1999 in Luqmani et al., 2006).

Klinikiniais tyrimais įrodyta, kad anti-TNF terapija RA gydo geriau nei DMARD, ypač siekiant sugrąžinti pacientą į normalų gyvenimą ir darbą (Halpern, Cifaldi ir Kvien, 2008). Deja, anti-TNF vaistų terapija Lietuvoje skiriama tik apie 1 proc. visų reumatoidiniu artritu sergančių pacientų. Menkas biologinės terapijos taikymas Lietuvoje, palyginti su kitomis Europos šalimis, yra patvirtintas Kobelt ir Kąstang (2009), kurie suskaičiavo, kad šis skaičius yra mažiausias po Bulgarijos, Lenkijos, Rumunijos ir Latvijos.

Medicininės intervencijos, pradedant vaistų terapija, kuri kontroliuoja uždegimą ir ligos progresavimą, ir baigiant chirurgine struktūrinių pažeidimų korekcija, yra tik dalis galimos pagalbos RA pacientams. Kita labai svarbi sritis – pacientų mokymas, ligos suvokimas, simptomų kontrolė ir specialistų pagalba mokant gyventi su liga ir jos pasekmėmis. RA kontrolė turi apimti ne tik klinikinę komandą (bendrosios praktikos gydytojus, konsultantus reumatologus, fizioterapeutus, užimtumo specialistus, chiropraktikus, vaistininkus, slaugos personalą ir chirurgus ortopedus), labai svarbus ir paties paciento, o idealiu atveju net ir darbdavio, dalyvavimas procese. Socialiniai darbuotojai taip pat turi daug ką nuveikti šioje situacijoje.

4.3.3 Spondiloartropatijos

Ankstyvas apsilankymas pas specialistą diagnozei patvirtinti ir ankstyva gydymo pradžia labai svarbu pacientams, sergantiems SpA ir kitomis reumatinėmis ligomis. Kadangi nėra galimybių visiškai išgydyti SpA (panašiai kaip ir RA), terapinio įsikišimo tikslas – sumažinti uždegimą, kontroliuoti skausmą ir sąstingį, palengvinti sisteminius simptomus, tokius kaip nuovargis, ir sulėtinti arba sustabdyti ligos progresavimą. SpA gydymo pagrindas yra nesteroidinių vaistų nuo uždegimo ar anti-TNF vaistų skyrimas, lydimi fizioterapijos.

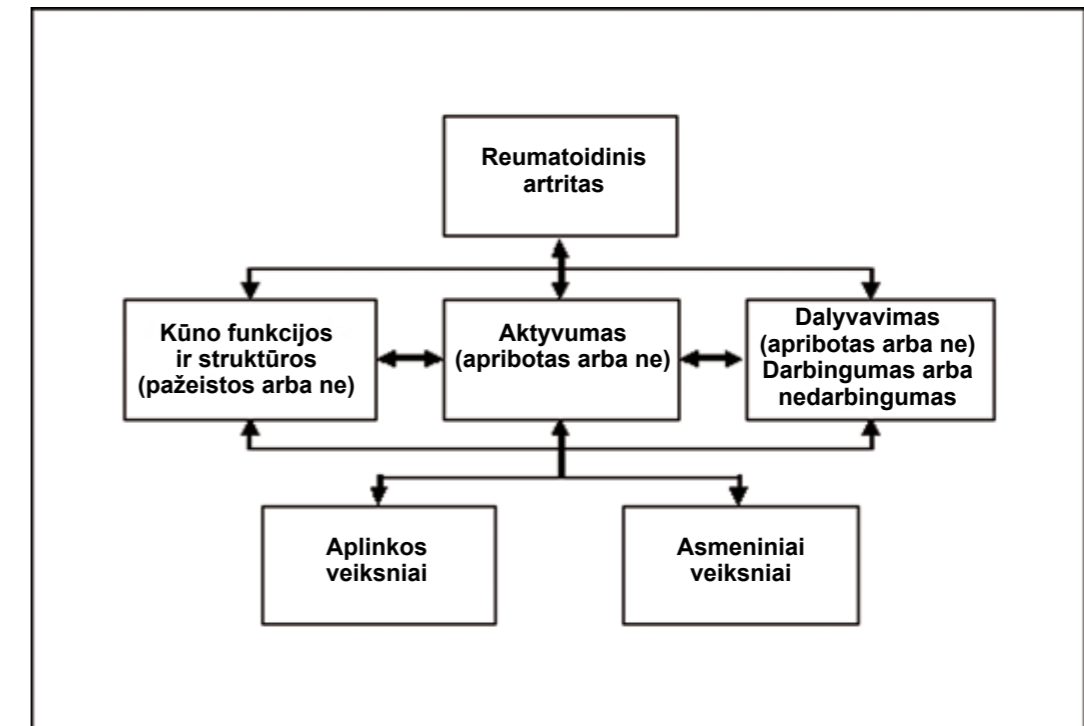
Kadangi SpA dažniausiai susergera palyginti jauno amžiaus žmonės, tikimybė, kad liga sutrikdys ar apribos asmens įsidarbinimo galimybes, gali būti labai reikšmingas dalykas. Kaip minėta, šių pacientų darbingumo išlaikymo klinikinė, socialinė, ekonominė nauda yra didžiulė. Priklausomai nuo būklės sunkumo, SpA pacientams svarbūs tokie dalykai kaip darbo vietos pritaikymas, patogumai darbe, fiziniai pratimai ir fizioterapija (Boonen et al., 2001).

4.4 Biopsichosocialinis darbo modelis Biopsichosocialinį modelį taiko gydytojai, darbo terapeutai ir kiti specialistai, siekdami nustatyti ryšį tarp „biologinis“ (liga, žala sąnariams), „psichologinis“ (nusiteikimas, nerimas) ir „socialinis“ (pasiekimai darbe, šeimos parama). Žinoma, kad psichologinis paciento nusiteikimas ir elgesys gali turėti reikšmingos įtakos tam, kaip jį paveiks fizinis pažeidimas (toks kaip nugaros skausmas). Kai kuriais atvejais pacientai rizikuoja įsisukti į neįgalumo, sutrikusio sveikimo ir netgi depresijos ratą, jeigu jie linkę pernelyg katastrofiškai vertinti savo skausmą. Be abejo, gali būti daugybė veiksnių, kurie lemia perdėtą individo reakciją į skausmą: asmeninės savybės, ankstesnių ligų istorija, šeimos parama ir palaikymas ir pasitenkinimas darbu (Sullivan ir D'Eon, 1990). Akivaizdu, kad sąveika tarp biologinės, psichologinės ir socialinės krypčių gali būti labai reikšminga kaulų ir raumenų ligų vystymuisi, progresavimui ir reabilitacijai.

Sistema buvo pasiūlyta 1970 m. pabaigoje, o šiuo metu įrodymų, pagrindžiančių biopsichosocialinį modelį, daugėja. Pavyzdžiui, nepasitenkinimas darbu gali būti svarbi priežastis, trukdanti sėkmingam ir greitam grįžimui į darbą (Bigos, Battie ir Spengler, 1992). Socialinio aspekto tyrimai rodo, kad judėjimo sutrikimai dėl kaulų ir raumenų ligų turi įtakos šeimos santykiams ir gali būti konfliktų priežastis, nes sergantis asmuo nepajėgia atlikti kasdienių pareigų šeimoje (Hamberg, Johansson, Lindgren ir Westman, 1997; MacGregor, Brandes, Eikermann ir Giammarco, 2004; Kemler ir Furnée, 2002). Kita vertus, pernelyg rūpestinga šeima (arba darbdavys ir kolegos) gali skatinti ligonio pasyvumą ir versti jį įsijausti į neįgalaus asmens vaidmenį (Kerns, Haythornthwaite, Southwick ir Giller, 1990; Block, Kremer ir Gaylor, 1980).

De Croon et al. (2004) išanalizavo RA pacientų nedarbingumo duomenis ir padarė išvadą, kad psichosocialiniai faktoriai dažnai leidžia tiksliau numatyti nedarbingumą negu įprastos biomedicininės priežastys. Toliau pateiktoje 1 lentelėje autoriai išskiria ir aiškina, kaip aplinkos ir asmeniniai faktoriai turi įtakos RA pacientų neįgalumui vertinant pagal *Tarptautinę funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacinę sistemą*.

1 lentelė. Tarptautinis funkcinis klasifikacijos modelis, naudojamas pacientų, sergančių RA, nedarbingumui įvertinti.



Šaltinis: de Croon et al. (2004)

Biopsichosocialinio modelio kritikai (McLaren, 2006) dėmesį sutelkė būtent į paskutinįjį punktą ir pabrėžė, jog kai kuriems pacientams tai gali būti kaip padrąsinamoji ar neįgalumą skatinanti prielaida arba, kitu atveju, gali suklaidinti pacientus, kurie jaučia, kad galbūt jiems norima pasakyti, esą problemą jie tik įsivaizduoja. Be abejo, svarbu įvertinti šių veiksnių riziką, tačiau literatūroje pateikiami duomenys ir apklausose dalyvavę ekspertai remia biopsichosocialinį modelį ir jo svarbą kaulų ir raumenų ligų kontrolei ir klinikiui, ir darbo aplinkos lygmeniu (Smyth, Stone, Hurewitz ir Kaell, 1999; Carter, McNeil ir Vowles, 2002; Zampolini, Bernardinello ir Tesio, 2007). Beje, tai sudaro Pasaulinės sveikatos organizacijos Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacinės sistemos, kuri plačiai naudojama kaip profesinės reabilitacijos patikimos gairės, pagrindą (PSO Mokslinė grupė, 2001).

Ektor-Andersen, Ingvarsson, Kullendorff ir Ørbæk (2008) pateikia sėkmingą intervencijos, pagrįstos biopsichosocialiniu modeliu, pavyzdį. Per savo tyrimą, remdamiesi kognityvinės elgesio teorijos praktinio elgesio analizės metodu ilgalaikiams kaulų ir raumenų ligų nedarbingumo rizikos faktoriams įvertinti, jie išskyrė 4 sritis: bendruomenę, darbovietę, šeimą / laisvalaikį ir sveikatos sistemą. Kiekvienas pagalbos ieškantis asmuo buvo apklaustas visų tarpdisciplininės komandos

narių, buvo identifikuoti ir į nuolatinis bei dinaminis suskirstyti rizikos faktoriai. Dinaminiais sutarta laikyti faktorius, kuriuos galima pakeisti. Intervencija buvo įvairi ir truko metus. Vienas iš intervencijos būdų buvo kognityvinės elgesio teorijos, kitas – psichoterapijos taikymas. Rezultatai rodo, kad tokio tipo intervencija yra efektyvi ir gerokai sumažina nedarbingumo pašalpų bei socialinio draudimo išmokų išlaidas jau po 4 mėnesių. Ektor-Andersen et al. (2008) kainų suvestinėse nenurodytos sumos, kurias įmanoma sutaupyti, bet apskaičiuotos socialinio draudimo išmokos; kainos taikant šią intervenciją yra prilygintos sumažintoms nedarbingumo išmokoms per pirmuosius metus.

Kaip teigia Waddell ir Burton (2006b), biomedicininio modelio tikslas – palengvinti simptomus, o klinikinio gydymo, pagrįsto biopsichosocialiniu modeliu, tikslas turėtų būti simptomų kontrolė ir normalios funkcijos atkūrimas. Galima daryti išvadą, kad darbdaviai, palaikantys socialinę biopsichosocialinio modelio dalį, ir jų veiksmai gali turėti įtakos sergančiųjų kaulų ir raumenų sistemos ligomis sveikimo rezultatams.

4.5 4.5.1 Būklės pastebėjimas ir jos valdymas

Darbdavio pareigos Dauguma darbdavių nėra susipažinę su kaulų ir raumenų ligų prigimtimi: jie nežino nei kaip staigiai, nei kiek jos gali paveikti darbingumą, nei kas tai yra ligos paūmėjimas ir progresavimas. Pavyzdžiui, darbuotojai, sergantys RA ar AS, gali periodiškai jausti ligos paūmėjimus: stiprų skausmą, lydimą blogos nuotaikos. Jeigu darbdavys nežino, kad tokioms ligoms tikėtini ar būdingi šie simptomai, jo požiūris į darbuotoją gali būti nepalankus.

Daugelis darbdavių žino apie darbo saugos ir darbo vietos reikalavimus, tačiau šių reikalavimų dažnai nesilaikoma arba jie neišpildomi iki galo, tad vis dar trūksta supratimo apie jų svarbą. Požiūrio pakeitimas ir žinios apie kaulų ir raumenų ligų kontrolę yra svarbūs veiksniai, siekiant palengvinti naštą darbuotojams ir visuomenei. Apie kaulų ir raumenų sistemos sutrikimus ir jų gydymą reikia žinoti ne tik darbdaviams. Vienas iš labiausiai paplitusių (ir žalingų) mitų apie nugaros skausmą – esą geriausiai jį šalina gulėjimas lovoje. Sveikatinimo kampanijose platinama nuomonė, kad skausmas nebūtinai reiškia būklės pablogėjimą ar kad aktyvumas nebūtinai gali būti kenksmingas (Buchbinder, Jolley ir Wyatt, 2001). Tai rodo, kad atitinkamomis pastangomis ir esant pakankamai valdžios atstovų paramai šio pobūdžio kampanijos gali pakeisti visuomenės nuomonę apie kaulų ir raumenų sistemos pažeidimus.

4.5.2 Intervencija ir darbo aplinkos pritaikymo poreikis

Grįžimas į darbą visada yra teigiamas dalykas, o grįžimas į pritaikytą darbo vietą gali dar labiau padėti sveikti (Feuerstein et al., 2003; van Duijn ir Burdorf, 2008). Tarp darbo medicinos specialistų profesinės reabilitacijos programos ilgą laiką buvo laikomos veiksmingu mechanizmu, užtikrinančiu asmenų, patyrusių traumas, ar neįgalių asmenų grįžimą į darbą kuo greičiau ir kuo geresnės būklės.

Vyravo nuomonė, kad reabilitacija nėra pakankamai integruota klinikinėje praktikoje ir grįžimas į darbą yra daugiau paciento nei specialistų siekis (Frank ir Chamberlain, 2006). Svarbu pabrėžti, kad profesinė reabilitacija nėra specialistų išsaugojimo programa. Aktyvi ligos kontrolė gal net svarbesnė nei formalioji reabilitacija.

Dar daugiau, darbdaviai dažniau galvoja, jei jie apskritai apie tai galvoja, ar darbuotojas, sergantis kaulų ir raumenų ligomis, bus pajėgus atlikti fizinius veiksmus darbe. Pagal biopsichosocialinį modelį protinis darbas taip pat yra svarbus grįžimo į darbą procese. Daugėja įrodymų, kad darbo reikalavimų pritaikymas ir adaptavimas konkrečiam darbuotojui padeda prisitaikyti žmonėms, grįžtantiems į darbą po tam tikrų kaulų ir raumenų sistemos ligų (Schultz, Stowell, Feuerstein ir Gatchel, 2007; de Croon et al., 2004; Feuerstein, Shaw, Nicholas ir Huang, 2004; Chorus, Miedema, Wevers ir van der Linden, 2001). Sėkmingas grįžimas į darbą ir darbo pritaikymas labai priklauso ir nuo to, kiek ir kaip darbuotojas ir darbdavys kaulų ir raumenų ligas sieja su darbo vieta.

Yra daug intervencijos būdų, norint padėti žmonėms, sergantiems kaulų ir raumenų ligomis, nuo ergonominių pritaikymų iki fizioterapijos, darbo programų derinimo su kognityvine elgesio teorija arba įvairios strategijos derinimo. Yra įvairių įrodymų, kad ši intervencija yra sėkminga taikant nespecifiniams kaulų ir raumenų sistemos pažeidimams (Meijer et al., 2005). Pacientų, patiriančių nugaros skausmus, daugiaaspekčio gydymo sisteminis vertinimas parodė, kad darbuotojai, kuriems buvo paskirtas gydymas funkcijoms gerinti ir skausmui mažinti, nebūtinai grįžo į darbą anksčiau, palyginti su tais, kuriems nebuvo taikomas joks gydymas (Guzman et al., 2001). Nors biomechaniniai ar ergonominiai faktoriai gali sukelti nugaros skausmą, įrodymų, kad šių sąlygų pakeitimas padės išvengti ligos pasikartojimo ar sustabdys progresavimą, yra menki (Burton, 1997). Beje, įrodyta, kad faktiškai neįmanoma įvertinti vienokio ar kitokio gydymo pranašumo (Ekberg, 1995). Net esant specifinėms ligoms, tokioms kaip RA, profesinės reabilitacijos efektyvumo įrodymų yra mažai (Backman, 2004; de Buck, Schoones, Allaire ir Vliet Vlieland, 2002).

Egzistuoja daug patarimų, kaip elgtis esant nespecifiniams kaulų ir raumenų sistemos pažeidimams (tiksliau, nugaros skausmams), jie išvardyti lentelėje. Šie patarimai gali būti taikomi kaip pagalba ar rekomendacijos darbuotojams ir darbdaviams, jais galima vadovautis kovojant su nugaros skausmais.

Darbdavius reikia skatinti susimąstyti apie sveikatos ir saugumo riziką, pripažinti, kad nedarbingumui mažinti yra svarbios ir efektyvios į darbą grįžimo programos ir reabilitacija (Waddell ir Burton, 2006b). Daug kas priklauso nuo to, kaip darbuotojai ir vadovai išmoka atpažinti ir mažinti kaulų ir raumenų ligų simptomus. Svarbu užtikrinti, kad darbuotojai matytų, jog darbdavys turi pakankamai žinių ir įgūdžių šioje srityje ir juo galima pasikliauti.

1 lentelė: nespecifinių kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų kontrolės principai

- Esant nugaros skausmui, nedelsiant kreiptis į gydytoją.
- Daugeliu atvejų nugaros skausmas nėra rimtos ligos priežastis.
- Paprastas nugaros skausmas turi būti gydomas paprastais skausmą malšinančiais vaistais ir fiziniais pratimais.
- Vienodai svarbu ir nugaros skausmo prevencija, ir gydymas.
- Greitas grįžimas į darbą padeda išvengti lėtinio nugaros skausmo.
- Labai svarbu taisyklinga laikysena darbo vietoje.
- Visa įranga darbo vietoje turi būti reguliuojama ir pritaikoma.
- Darykite pertraukėles, pakeiskite pozą.
- Venkite svorį kilnoti rankomis, jeigu įmanoma, naudokite kėlimo priemones.
- Darbuotojams turi būti suteikiama informacija, kaip apsaugoti nugarą.
- Turi būti įdiegti ir vykdomi darbo saugos nuostatai, apimantys visus darbo aspektus. Darbuotojai turi būti supažindinti su šiais nuostatais. Nuostatai turi būti nuolat persvarstomi ir atnaujinami.

Šaltinis: Health and Safety Executive (HSE), 2002

4.5.3 Tiesioginiai vadovai

Aišku, kad tiesioginio vadovo vaidmuo ankstyvojoje intervencijoje yra esminis ir grįžtant į darbą, ir reabilitacijos laikotarpiu. Kad ir kaip būtų, dauguma tiesioginių vadovų jaučiasi bejėgiai kontroliuoti ilgalaikį nebuvimą darbe ar nedarbingumą. Jiems gali būti nepatogu kalbėti apie ligas, ypač jeigu jos susijusios su pakitusia psichika ar yra lėtinės. Neretai darbdaviai nedrįsta klausti apie ligos pagerėjimą ar prašyti gydytojų išduotų atleidimo nuo darbo pažymų, nedrįsta paskambinti į namus ar aplankyti darbuotojo namuose, nes baiminasi būti apkaltinti priekabiavimu ar nepadoriu elgesiu ir būti paduoti į teismą. Darbdaviai ne visada palankiai vertina ir reabilitaciją, nors įsidarbinimo lygių teisių akte reikalaujama, kad visi darbdaviai privalo remti darbuotojus esant ilgalaikėms ligoms ar traumoms. Nepaisant to, daugumai vadovų tai kelia sunkumų, nepatogumų ir yra nepalanku.

Turint omenyje, kad su kaulų ir raumenų sistema susiję sveikatos sutrikimai yra viena iš svarbiausių sveikatos problemų darbe ir tai, ar darbuotojas liks dirbti ir ar grįš į darbą kaip galima greičiau, priklausys nuo psichosocialinių faktorių, vadovai privalo žinoti, kaip tokiu atveju elgtis. Kitu atveju sąnaudų, ypač jei tai yra maža ar vidutinio dydžio bendrovė, gali būti didžiulės. Mažų įmonių vadovai taip pat turi rūpintis darbuotojais, sergančiais kaulų ir raumenų ligomis, nes jų nebuvimas darbe gali paveikti klientų aptarnavimą, darbo našumą ir visą verslą.

4.5.4 Gydytojo praktiko ir darbdavio bendradarbiavimas

Darbuotojui gali būti paprasčiau grįžti į darbą, jeigu darbdavys gerai supranta gydytojų rekomendacijas ir paiso jų nuomonės. Kaip minėta, darbdaviai dažnai linkę neįvertinti klinikinių sprendimų ar į juos neatsižvelgti. Bendrosios praktikos gydytojai savo ruožtu dažnai nėra linkę skirti pakankamai dėmesio profesinei reabilitacijai. Profesinė sveikata Lietuvoje yra gan nauja sąvoka, medicinos studentams skiriama mažai laiko ir informacijos profesinės sveikatos srityje,

o bendrosios praktikos gydytojams trūksta žinių apie kaulų ir raumenų sistemos pažeidimus (Akesson, Dreinhofer ir Woolf, 2003). Dar daugiau, dauguma bendrosios praktikos gydytojų nesijaučia kompetentingi, kai jų prašoma įvertinti darbingumą (Arrellov, Alexanderson, Hagberg, Lofgren, Nilsson, Ponzer, 2007; Swartling, Hagberg, Alexanderson, Wahlstrom, 2007). Šiaip ar taip, neturėdami supratimo apie konkrečius darbuotojų užimtumo kriterijus, bendrosios praktikos gydytojai dažnai nepritaria ankstyvam grįžimui į darbą, nes mano, kad būklė gali pablogėti, nebent darbuotojas jaučiasi visiškai gerai ir yra visiškai pasveikęs.

Iš savo pusės vadovai retai nepaiso nedarbingumo pažymos arba kreipiasi dar vienos nuomonės dėl greitesnio darbuotojo grįžimo į darbą. Šio nesupratimo ir bendravimo trūkumo pasekmės – darbuotojai, turintys kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų, dažnai paliekami nuošalyje ir negali pareikšti nuomonės, nes jų grįžimo į darbą sąlygos neaiškios. Veiklus, aktyvus, daugiaaspektis į pagerėjimą orientuotas požiūris, vertinantis profesinę reabilitaciją, kai taikomas biopsichosocialinis modelis, pritaikytas konkrečiam atvejui – geriausia ir efektyviausia pagalba darbuotojams, sergantiems kaulų ir raumenų ligomis. Gana dažnai vadovai ir bendrosios praktikos gydytojai susikoncentruoja į bandymą išsiaiškinti, kokių veiksmų kaulų ir raumenų ligų pacientai tuo metu nepajėgia atlikti, užuot susitelkę į tai, ką tie pacientai galėtų atlikti.

Biopsichosocialinis modelis yra patrauklus tuo, kad sujungia pagrindines grandis: paciento patirtį ir savo būklės kontrolę. Tai gali būti visa apimantis pagrindas diagnozuojant ir gydant įvairius kaulų ir raumenų sistemos sutrikimus, ypač kai reikia pasiekti greitų ligos pagerėjimo rezultatų ir greitai grįžti į darbą.

4.6 Santrauka

Šiame skyriuje pateikiama informacija apie ankstyvąją intervenciją, kuri yra svarbiausia gydant pacientus, sergančius kaulų ir raumenų sistemos ligomis, ir gerinant jų darbingumą. Pabrėžiama, kad intervencija turi prasidėti gerokai anksčiau, nei žmonės, sergantys kaulų ir raumenų sistemos ligomis, kreipiasi į gydytojus, ir turi tęstis gerokai ilgiau, nei galioja nedarbingumo pažyma, gauta iš gydytojo. Biopsichosocialinis modelis aiškiai iliustruoja, jog reikalingas visapusiškas požiūris, kad suprastume, kas turi įtakos kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų išsivystymui, įskaitant asmeninius ir psichologinius faktorius, taip pat socialinę aplinką, kurioje asmuo gyvena ir kur didelę gyvenimo dalį sudaro darbas. Kad tai įgyvendintų, darbdaviai, darbuotojai ir gydytojai turi efektyviau bendrauti tarpusavyje. Šio proceso įgyvendinimas dar tik pradedamas ir, deja, kol kas nėra plačiai taikomas praktikoje.

Darbas vienareikšmiškai turi teigiamą poveikį sveikatai. Jis atneša pajamų, sukuria socialinę aplinką, suteikia tikslų ir prasmės. Net jeigu jaučiatės blogai ar patyrėte traumą, darbas, nors ir dalinis, kur kas geriau veikia sveikimo procesą negu ilgalaikis pasitraukimas iš jo. Kad Lietuvos darbo jėga būtų produktyvi ir konkurencinga pasaulio ekonomikoje, svarbu, kad kiek įmanoma daugiau darbingo amžiaus asmenų būtų tinkami darbui.

Šiame pranešime pateikti įrodymai iliustruoja, kad didelė dalis darbingo amžiaus žmonių Lietuvoje jau yra susidūrę ar dar patirs kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų. Tai gali turėti rimtų socialinių ir ekonominių pasekmių ir asmeniui, ir jo šeimai, taip pat mažinti bendrą darbo jėgos produktyvumą, neigiamai veikti Lietuvos pramonę, sumažinti sveikatos sistemos išdą ir padidinti įvairių socialinių ir sveikatos išmokų poreikį.

Kaip ir daugelyje kitų šalių, Lietuvoje, mūsų nusivylimui, trūksta klinikinių, psichologinių ir ekonominių duomenų apie kaulų ir raumenų ligų paplitimą, pobūdį ir pasekmes, bet pakanka žinių, kad galėtumėme daryti išvadą, jog šios ligos daro ir darys įtaką augančiai darbingo amžiaus kartai ateityje. Akivaizdu, kad nėra bendro Vyriausybės, gydytojų ir darbdavių mąstymo, sutelkto į **pacientą - darbuotoją**, turintį kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų. Vis labiau populiarėja biopsichosocialinio modelio taikymas gydant kaulų ir raumenų sistemos pažeidimus, taigi tie, kurie gali padaryti didžiausią įtaką ir darbo jėgą papildyti darbuotojais, sergančiais kaulų ir raumenų ligomis, tai gali sėkmingai padaryti.

2009 m. kovo mėnesį EULAR patvirtino ligonių sergančių reumatinėmis ligomis teisės į darbą statutą, kuriuo siekiama skatinti ir plėtoti politikų, darbdavių ir darbuotojų debatus apie susijusias problemas, keisti gydytojų požiūrį į gydymą ir skleisti žinią visomis priemonėmis, tiek nacionaliniu, tiek Europiniu mastu.

The Work Foundation palaiko EULAR iniciatyvas ir siekius, tačiau jos interesai yra kur kas platesni ir apima didesnę kaulų ir raumenų ligų ratą. The Work Foundation turi gausybę rekomendacijų suinteresuotoms grupėms. Mūsų siekis – paskatinti atsakingas šalis pripažinti, kad gali ir turi būti padaryta daugiau, siekiant užtikrinti aktyvų dalyvavimą darbo rinkoje, o tai visada teigiamai veikia sveikatą ir gerovę.

5.1 Rekomen- dacijos darbdaviui

- Vadovų supratimas ir mokymai turi apimti sveikatos ir gerovės komponentus. Vadovai yra pirmieji, kurie informuojami apie nebuvimą darbe ir jie yra būtent tie asmenys, kurie gali ir turi pastebėti pirmuosius problemos požymius ir reabilituoti darbuotojus po ilgo nebuvimo darbe. Nors dabar didelis dėmesys skiriamas stresui, Lietuvos įmonių vadovai privalo įvertinti, kad kaulų ir raumenų ligos gali būti kur kas didesnė problema ir darbuotojams, ir visai organizacijai.

- Lankstus darbo modelis padės reabilituotis. Ši koncepcija Lietuvoje nauja, bet kitų šalių pavyzdžiai rodo, kad vadovai gali dalyvauti darbo aplinkos pokyčiuose, įskaitant paprastus dalykus – darbo laiko pritaikymą tam, kad būtų išvengta kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų progresavimo, ir pagalbą žmonėms, sergantiems šiomis ligomis, grįžtant į darbą. Tai būtina daryti išlaikant darbo kokybę, tačiau reikia vengti per didelių reikalavimų, kurie gali būti žalingi sveikatai.
- Bendrauti su bendrosios praktikos gydytojais. Galbūt Lietuvoje nėra įprasta, kad darbdaviai kreiptųsi į gydytojus ir prašytų patikslinti, paaiškinti nedarbingumo priežastis ar jas detalizuoti, tačiau tai galėtų pasitarnauti bandant nuspręsti, kokias užduotis darbuotojas yra pajėgus atlikti, kokios paramos jam reikia norint grįžti į darbą.
- Ankstyva pagalba. Darbdaviai visada turi anksti imtis veiksmų, nes delsimas gali pabloginti situaciją. Tol, kol, remiantis specialistų nuomone, nusprendžiama, kokie veiksmai yra tinkami ir atsakingi, ankstyva pagalba negali būti suprasta kaip priekabiavimas, o turi būti vertinama kaip greitesnio sveikimo ir reabilitacijos sąlyga.
- Svarbu vadovautis profesinės sveikatos patarimais. Jei profesinė reabilitacija parenkama individualiai ir laikantis visų atsargumo priemonių, sugrįžimas į darbą gali būti labai naudingas produktyvumui, nuotaikai ir geram darbo atlikimui. Nedelsdami kreipkitės į profesinės sveikatos specialistus.
- Tai yra daugiau nei teisinė atsakomybė. Stenkitės vengti rizikos valdymo principo bendraudami su darbuotoju, turinčiu kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų, nes tai gali skatinti delsimą ir sukelti dar daugiau neaiškumų.
- Vadovaukitės biopsichosocialiniu modeliu. Rūpinantis tik fiziniu kaulų ir raumenų sistemos ligų aspektu ir neįtraukiant psichologinių bei socialinių kriterijų, gali susidaryti įspūdis, kad su darbu susijusi negalia ar su darbu susijusios reabilitacijos nauda yra nevertinama.
- Susitelkite į pajėgumą, o ne į neįgalumą. Darbdaviai tai pat gali būti linkę perdėtai dirbtinai bloginti situaciją! Dauguma darbuotojų, net turinčių kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų, darbą gali atlikti lygiai taip pat gerai, jei tik jiems suteikiama galimybė.
- Bendradarbiaukite su profesinėmis organizacijomis, kad būtų sukurtos geros ir saugios darbo vietos, didinančios darbo našumą ir mažinančios darbo krūvį.
- Bendradarbiaukite su darbdaviais, kad būtų sukurtos geros ir saugios darbo vietos. Nuolat analizuokite įmonės, įstaigos, organizacijos ar profesijos šakos darbuotojų sveikatos būklę ir skatinkite aktyvų dialogą tarp darbo šalių.

5.2. Rekomen- dacijos darbuotojų profesinėms sajungoms

5.3

Rekomendacijos darbuotojui

- Susitelkite į pajėgumą, o ne į neįgalumą. Natūralu, kad jaučiate nerimą ar netgi kaltę dėl darbų, kuriuos jums kol kas sunku atlikti dėl kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų. Bet yra dalykų, kuriuos galite puikiai padaryti esamoje situacijoje, taigi, susitelkite į savo stiprybes. Jūsų, kaip specialisto, žinios ir patirtis nedingsta todėl, kad jaučiate skausmą ar turite judėjimo problemų. Galite būti naudingas daugeliu aspektų. Kalbėkitės su darbdaviu ir kolegomis, kad galėtumėte kartu rasti būdą, kaip esant apribojimams kuo geriau atlikti darbus. Būkite atviras ir jie turėtų Jus suprasti.
- Kalbėkite anksti. Tiesioginis vadovas, kad ir ką sakytų, Jūsų minčių neskaito. Jeigu kaulų ir raumenų ligos Jums kelia problemų ar jaučiate, jog reiktų dirbti kitomis valandomis, kalbėkitės su savo vadovu, kad abu galėtumėte rasti geriausią situacijos sprendimą. Kuo anksčiau, tuo geriau. Vadovai nemėgsta paskutinės minutės staigmenų, bet paprastai jie gali rasti daugelio problemų sprendimus, jei apie jas žino. Jums gali būti naudinga pasitarti su profesinės sąjungos atstovais, personalo skyriaus vadovu ar profesinės sveikatos specialistu. Nedelskite!
- Aktyviai rūpinkitės savo būklės kontrole. Kaulų ir raumenų sistemos pažeidimai kartais gali Jus sukaustyti ir sukelti pojūtį, kad esate nuo jų priklausomas ir darbe, ir namuose. Bet neturite būti pasyvi skausmo ar negalios auka. Stebėkite ir analizuokite savo būklę, ieškokite būdų, kaip sumažinti simptomus ir jų įtaką normaliam gyvenimui ir nuotaikai. Kartais tai padaryti gali būti labai sunku, bet žmonės, kurie aktyviai rūpinasi savo būkle, į darbą paprastai grįžta greičiau.
- Žinokite savo teises. Kaip pacientas ir kaip darbuotojas, turite žinoti, kokia parama Jums priklauso ir kur galite kreiptis. Jeigu esate profesinės sąjungos narys, visą informaciją turėtų suteikti Jūsų organizacija.
- Šeimos vaidmuo nedarbingumo ir reabilitacijos laikotarpiu. Labai svarbu šeimos ir draugų parama. Jie gali nesuprasti, kaip svarbu išlikti darbe ar į jį sugrįžti, kodėl Jūs to siekiate ir kad galite tai padaryti. Turite leisti jiems padėti per reabilitacijos procesą. Darbo valandų pritaikymas, netgi kelionės į darbą būdas gali būti visiškai kitoks ir suteikti kitokių rezultatų.

5.4

Rekomendacijos bendrosios praktikos gydytojams

- Atskirkite, kada pasitraukimas iš darbo ar ankstyvas grįžimas į jį pacientui yra naudingas. Nesunku suprasti, kada pasitraukimas iš darbo pacientui yra neabejotinai naudingas, ypač jeigu įtariama, kad darbas blogina ligos simptomus. Reikia apsvarstyti, ar darbo aplinkos pakeitimas ir darbo valandų pritaikymas vis dėlto yra geresnis pasirinkimas nei ilgalaikis pasitraukimas iš darbo.
- Turi būti svarbūs ne tik fiziniai simptomai. Pasistenkite suprasti biopsichosocialinį modelį ir biomedicininio modelio trūkumus diagnozuodami ligą. Svarbiausia, kai pacientas apsisprendžia likti darbe, būti aktyviam ir paskatinti jį vengti izoliacijos. Kaip

bendrosios praktikos gydytojas, Jūsų pozicija yra palanki ankstyvam kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų atpažinimui. Jei reikia, galite kuo anksčiau nukreipti ligonį pas specialistus, kad nedelsiant būtų pradėtas gydymas.

- Venkite perdėtos reakcijos. Pacientai gali labai neigiamai reaguoti į ligą, priklausomai nuo to, kaip pranešite diagnozę. Jeigu Jūsų sprendimas bus nukreiptas ne į paciento galimybes, o į neįgalumą, galima ligos progresavimą ir ribotas ar pesimistines išdavas, tai neigiamai nuteiks ir ligonį.
- Skatinkite, kad pacientas rūpintųsi savimi. Pasistenkite įtikinti, kad jis yra pajėgus valdyti savo būklę, ypač jei lieka dirbti ar po ligos greitai grįžta į darbą. Parodydami pasitikėjimą, įgalinsite pacientus valdyti savo būklę, nuotaiką ir susitelkti į svarbiausius darbo aspektus.
- Ankstyvoji intervencija. Yra įrodymų, kad ilgas nedarbingumas esant kaulų ir raumenų ligoms nėra teigiamas dalykas. Kuo ilgiau žmogus nedarbingas, tuo sudėtingiau grįžti į darbą. Ankstyvi veiksmai, geriausia – bendradarbiaujant pacientui ir darbdaviui, gali padėti pasiekti individualių poreikių ir darbo balansą.

5.5

Rekomendacijos profesinės sveikatos priežiūros specialistams

- Svarbūs ne tik fiziniai simptomai. Kur kas svarbiau darbdavius, darbuotojus ir bendrosios praktikos gydytojus įtikinti, kad šis daug faktorių apimantis modelis yra naudingas konstruktyviai, aktyviai ir nuosekliai reabilitacijai. Formuokite intervencinių priemonių diegimą ir patarimus, remdamiesi trimis biopsichosocialinio modelio kryptimis, ir padėkite darbdaviams suprasti, kaip nedideli darbo vietos patobulinimai gali suteikti didesnių pokyčių, nei vien vadovavimasis lygių teisių aktu.
- Ankstyvoji intervencija. Profesinės sveikatos specialistai labiau nei kas kitas supranta ankstyvosios intervencijos svarbą esant kaulų ir raumenų sistemos pažeidimams. Jie turi būti tarpininkai tarp darbuotojo, darbdavio ar bendrosios praktikos gydytojo, kad būtų padaryta viskas, jog gydymas būtų sėkmingas, pacientai išlaikytų savivertę ir pasitikėjimą savimi.
- Skatinkite rūpintis sveikata. Dirbkite su pacientu darbuotoju, kolegomis ir jų vadovais, stengiantis rasti strategiją būklei kontroliuoti. Tai suteiks jiems galimybę patiems priimti sprendimus dėl darbo.
- Padėkite darbdaviams kurti darbo aplinką. Vadovams dažnai atrodo, kad pritaikydami darbo aplinką pagal lygių darbo teisių aktą jie laikosi įstatymų. Padėkite darbdaviams suprasti, kokie svarbūs darbuotojui – kaulų ir raumenų sistemos ligoniui – darbo aplinkos pokyčiai ir kaip teigiamai jie gali paveikti verslą.

5.6
Rekomen-
dacijos
Vyriausybei

- Investuokite į Lietuvos gyventojų sveikatą ir gerovę. Tai leis ne tik sutaupyti išlaidas sveikatai gerinti, netrikdant žmogaus teisės ieškoti sveikatos priežiūros pagalbos ir teisės gauti gydymą, bet ir sumažinti socialines išlaidas ligos kompensacijoms, gerinant darbo produktyvumą ir skatinant privačių bei viešųjų sektorių organizacijų konkurencingumą.
- Rimtai atsižvelkite į tai, kad kaulų ir raumenų ligomis sergančių darbingo amžiaus žmonių populiacija ateityje tik didės. Dėl šios priežasties reikės daugiau profesinės sveikatos specialistų, todėl persvarstykite visos sveikatos sistemos paslaugas, ypač kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų reabilitaciją.
- Rinkite duomenis apie tiesiogines ir netiesiogines kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų gydymo išlaidas Lietuvoje.
- Gerinkite sveikatos sistemos paslaugas visoje šalyje. Dabar egzistuojantys geografiniai skirtumai turi įtakos pacientų galimybėms gauti ankstyvą pagalbą, todėl nukenčia jų gyvenimo kokybė, darbingumas ir galimybės grįžti į darbą.
- Patikrinkite, kaip Vyriausybės departamentai bendradarbiauja nedarbingumo, ankstyvosios intervencijos, išmokų dėl kaulų ir raumenų ligų ir profesinės reabilitacijos klausimais. Vyriausybė taip pat turėtų persvarstyti kaulų ir raumenų sistemos pažeidimų gydymo principus valstybės lygiu. Šis modelis turėtų puoselėti mintį, kad pasitraukimas iš darbo ar grįžimas į jį yra kliniškai pagrįstas rezultatas.
- Padėkite bendrosios praktikos gydytojams efektyviau spręsti profesinės sveikatos problemas. Nors profesinė sveikata Lietuvoje yra nauja koncepcija, svarbu, kad ji taptų bendrosios praktikos mokymo dalimi. Beje, mes įsitikinę, kad medicinos mokslas bet kuriuo lygmeniu – ir per pagrindines studijas, ir gilinantis į savo specialybę – būtų naudingas žiniomis apie darbą ir sveikatą, ypač todėl, kad darbingo amžiaus populiacijos sveikata linkusi blogėti.
- Siūlykite pakeisti dabartinės nedarbingumo pažymą į tinkamumo dirbti pažymą, kaip tai daroma Jungtinėje Karalystėje. Šis naujas požiūris, pastaruoju metu įdiegtas JK, skatina bendrosios praktikos gydytojus sutelkti dėmesį į tai, ką darbuotojas pajėgus atlikti. Tai padėtų kitiems sveikatos priežiūros specialistams ir darbdaviams planuoti darbuotojo grįžimą į darbą, darbo vietos ir laiko pritaikymą.
- Patartina, kad bendrosios praktikos gydytojams talkintų tinkamai parengti profesinės sveikatos specialistai, kurie padėtų rasti geriausią sprendimą dėl kaulų ir raumenų ligų pacientų tolesnio gydymo, pasilikimo dirbti ar nedarbingumo.

- Adomaviciute, D., Pileckyte, M., Baranauskaite, A., Morvan, J., Dadoniene, J. & Guillemin, F. (2008). Prevalence survey of rheumatoid arthritis and spondyloarthropathy in Lithuania. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, 37(2), 113-119
- Akesson, K., Dreinhofer, K. & 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. & 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. & 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. & Ponzer, S. (2007). Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. **BMC Public Health**, 7(1), 273. Published online on 2 October. doi: 10.1186/1471-2458-7-273
- 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., Thomassen, J. & Van Tulder, M. (2003). Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. **Physiotherapy**, 89 (2), 82-96
- Bigos, S. J., Battie, M. C. & 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. & Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behaviour. **Pain**, 9 (2), 243-252
- Boonen, A., Chorus, A., Miedema, H., van der Heijde, Landewé, D. R., Schouten, van der Tempel & 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
- Breen, A., Langworthy, J. & 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. & Overell, S. (2008), **Hard Labour: Jobs, Unemployment and the Recession**. London: The Work Foundation
- Buchbinder, R., Jolley, D. & Wyatt, M. (2001). Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. **British Medical Journal**, 322, 1516-1520

- Burton, A. K. (1997). Back injury and work loss. Biomechanical and psycho-social 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
- Burton, W., Morrison, A., Maclean, R. & Ruderman, E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. **Occupational Medicine**, 56, 18-27
- 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. & Vowles, K. E. (2002). Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. **Pain Research Management**, 7 (1), 21-30
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Wevers, C. W. J. & 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
- Chorus, A. M. J., Boonen, A., Miedema, H. S. & 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. & 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
- Coats, D. & Lehki, R. (2008). **'Good Work': Job Quality in a Changing Economy**. London: The Work Foundation
- Coats, D. & Max, C. (2005). **Healthy Work, productive work-places: why the UK needs more good jobs**. London: The Work Foundation
- Cooper, N. (2000). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. **Rheumatology**, 39 (1) 28-33
- Dadoniene, J., Stropuviene, S., Vendis, A. & Boonen, A. (2004). High work disability rate among rheumatoid arthritis patients in Lithuania. **Arthritis and Rheumatism**, 15, 51(3), 433-439
- Dadoniene, J., Uhlig, T., Stropuviene, S., Venalis, A., Boonen, A. & Kvien, T. K. (2003). Disease activity and health status in rheumatoid arthritis: a case-control comparison between Norway and Lithuania. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 62(3), 231-235
- Dagenais, S., Caro, J. & 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. & 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. & Vliet Vlieland, T. P. M. (2002). Vocational rehabilitation in patients with chronic rheumatoid 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. & Frings-Dresen, M. H. W. (2004). Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 63, 1362-1367
- der Tempel, H. & 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
- Devereux, J., Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. & 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 & Safety Executive
- Ekberg, K. (1995). Work-place changes in successful rehabilitation, **Journal of Occupational Rehabilitation**, 5, 253-269
- Ektor-Andersen, J., Ingvarsson, E., Kullendorff, M. & 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
- EUROGIP (2007). Musculoskeletal disorders in Europe: Definitions and statistics. Žiūrėta 2009 m. balandžio 15 d. http://www.eurogip.fr/docs/TMS_07-Eurogip-25-EN.pdf
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2007). **Managing Musculoskeletal Disorders**. Žiūrėta 2009 m. balandžio 15 d. <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/tn0611018s.htm>
- European Trade Union Institute (ETUI) (2007). **Musculoskeletal disorders: An ill-understood pandemic**. Brussels: ETUI
- Eurostat (2004). **Occupational Diseases in Europe in 2001**. Statistics in Focus, 15/2004. Žiūrėta 2009 m. balandžio 20 d. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-04-015/EN/KS-NK-04-015-EN.PDF
- Feuerstein, M., Shaw, W. S., Lincoln, A. E., Miller, V. I. & Wood, P. M. (2003). Clinical and work-place 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. & Huang, G. D. (2004). From confounders to suspected risk factors: psycho-social factors and work-related upper extremity disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, 14, 171-178
- Frank, A. O. & Chamberlain, M. A. (2006). Rehabilitation: an integral part of clinical practice. **Occupational Medicine**, 56, 289-293
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., 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):1625-31
- Gamperiene, M. & Stigum, H. (1999). Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the spinning industry in Lithuania. **Occupational and Environmental Medicine**, 56(6), 411-416

- Gignac, M., Cao, X., Lacaille, D., Anis, A. & Badley, E. (2008). Arthritis-related work transitions: A prospective analysis of reported productivity losses, work changes, and leaving the labour force, **Arthritis Care & Research**, 59 (12), 1805-1813
- Gignac, M. A. M., Badley, E. M., Lacaille, D., Cott, C. C., Adam, P. & Anis, A. H. (2004). Managing arthritis and employment: Making arthritis-related work changes as a means of adaptation. **Arthritis & Rheumatism**, 51 (6), 909-916
- Gordeev, V. S., Maksymowych, W. P., Evers, S. M., Ament, A., Schachna, L. & Boonen, A. (2009). The role of contextual factors on health-related quality of life in ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, publikuota internete 2009 m. kovo 11 d, doi:10.1136/ard.2008.100164
- Grazulevičiūtė, E. & Dadoniene, J. (2003). Vilnius rheumatoid arthritis registry. **Medicina (Kaunas)**, 39(5), 505-510
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. **British Medical Journal**, 322, 1511-1516
- Halpern, M. T., Cifaldi, M. & Kvien, T. K. (2008). Impact of adalimumab on work participation in rheumatoid arthritis: comparison of an open-label extension study and a registry-based control group, **Annals of the Rheumatic Diseases**, publikuota internete 2008 m. spalio 1 d.; doi:10.1136/ard.2008.092734
- Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G. & 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
- Husted, J. A., Gladman, D. D., Farewell, V. T. & 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
- 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. & 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. & 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. & Kästang, F. (2009). Access to innovative treatments in rheumatoid arthritis in Europe. Žiūrėta 2010 m. sausio 11 d. http://www.lif.se/cs/Publik%20webb/Sidinhall/Publik_Dokument/Pressmeddelanden/Access%20to%20RA%20Treatments%20October%202009.pdf
- Leardini, G., Salaffi, F., Montanelli, R., Gerzeli, S. & Canesi, B. (2002). A multi-center cost-of-illness study on rheumatoid arthritis in Italy. **Clinical and Experimental Rheumatology**, 20, 505-515
- Lietuvos Bankas (2008). **Economic Outlook for Lithuania**. Retrieved October 25, 2009 from www.lb.lt/.../economy/macroeconomy/PranesimasSpaudai_200810_EN.pdf
- Lundkvist, J., Kästang, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics**, 8 (Supple 2), 49-60
- Luqmani, R., Hennell, S., Estrach, C., Birrell, F., Bosworth, A., Davenport, G., 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. & 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), 1165-73
- Meijer, E., Sluiter, J. & 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. & 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
- Ministry of Social Security and Labour (2008). Social report 2007-2008. Žiūrėta 2009 m. spalio 25 d. <http://www.socmin.lt/index.php?93931350>
- Nachemson, A., Waddell, G. & Norlund A. (2000) Epidemiology of neck and low back pain. In Nachemson, A. & Jonsson E., (eds.) **Neck and Back Pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment**, 165-188. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Obelenis, V., Gedgaudienė, D. & Vasilavičius, P. (2003). Working conditions and health of the employees of public bus and trolleybus transport in Lithuania. **Medicina**, 39, 11, 1103-1109
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeulen, G. (2007). **Fourth European Survey on Working Conditions**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards
- Pugner, K. M., Scott, D. I., Holmes, J. W. & Hieke, K. (2000). The costs of rheumatoid arthritis: an international long-term view. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 29, 305-320

- Punnett, L. & Wegman, D. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, 14 (1), 13-23
- Puriene, A., Aleksejuniene, J., Petrauskiene, J., Balciuniene, I. & Janulyte, V. (2008). Self-reported occupational health issues among Lithuanian dentists. **Industrial Health**, 46(4), 369-374
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. & 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. & Zink, A. (2002). Ankylosing spondylitis: an overview. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61 (Supplement III), 8-18
- Skemiene, L. & Draksiene, G. (2004). Working conditions and workers' health impairments in drug distribution companies. **Medicina (Kaunas)**, 40(7):677-80
- Smyth, M., Stone, A., Hurewitz, A. & 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. & Pincus, T. (2001). Markers for work disability in rheumatoid arthritis. **Journal of Rheumatology**, 28, 1718-1722
- Sullivan, M. J. & 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. & Wahlstrom, R. A. (2007). Sick-listing as a psycho-social work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 17(3), 398-408
- The Bone & Joint Decade. (2005). **European Action Towards Better Musculoskeletal Health: A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions**. Lund: The Bone & Joint Decade, Department of Orthopedics, University Hospital. Žiūrėta 2009 m. balandžio 15 d. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf
- van Duijn, M. & 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. & Bombardier, C. (2003). Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in workers: a review of the literature. **Journal of Clinical Epidemiology**, 56, 925-936
- Veale, A., Woolf, A. & Carr, A. (2008). Chronic musculoskeletal pain and arthritis: Impact, attitudes and perceptions. **Irish Medical Journal**, July/August, 101 (7), 208-210
- Voncina, L., Kehler, J., Evetovits, T. & Bagat, M. (2009). Health insurance in Lithuania: dynamics and politics of balancing revenues and expenditures. **The European Journal of Health Economics**. Published online on 11 July 2009, doi 10.1007/s10198-009-0163-4
- Waddell, G. & Burton, A. K., (2006a). **Is work good for your health and well-being?** London: Department for Work and Pensions

- Waddell, G. & 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
- 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. & Indhal, A. (2007). Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. **Occupational Medicine**, publikuota internete 2007 m. spalio 4 d., doi:10.1093/occmed/kqm094
- WHO Scientific Group (2001). **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva: WHO. Žiūrėta 2009 m. balandžio 15 d. <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
- Young, A., Dixey, J., Cox, N., Davis, P., Devlin, J., Emery, P., 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
- Young, A., Dixey, J., Kulinskaya, E., Cox, N., Davies, P., Devlin, J., et al. (2002). Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the early RA study (ERAS). **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61, 335-340
- Zampolini, M., Bernadinello, M. & Tesio, L. (2007). RTW in back conditions. **Disability and Rehabilitation**, 29 (17), 1377-1385

Asmenys, nurodyti šioje lentelėje, pasidalijo savo požiūriu ir informacija, naudinga mūsų tyrimui, todėl esame labai dėkingi jiems už skirtą laiką. Rémėmės jų nuomone rengdami šį pranešimą, tačiau jų pateikta informacija neturi jokios įtakos galutiniams šio straipsnio rezultatams.

prof. Algirdas Venalis	Vilniaus universiteto Santariškių kilinikos Reumatologijos centro vadovas
prof. Jolanta Dadonienė	Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, gydytoja reumatologė
p. Gintautas Paltanavičius	Lietuvos Bechterevo liga sergančiųjų draugijos pirmininkas
p. Martynas Grockis	Lietuvos Bechterevo liga sergančiųjų draugijos pirmininko pavaduotojas
gyd. Saulius Vainauskas	Higienos instituto Darbo medicinos centro pirmininkas
p. Loreta Rakutienė	Socialinės apsaugos ir sveikatos statistikos departamento vyriausioji specialistė
p. Onutė Stefanija Telyčienė	Lietuvos artrito asociacijos prezidentė
p. Danguolė Raudonikienė	Lietuvos artrito asociacijos atstovė

Fit for Work tyrimas Europoje apėmė 23 Europos šalis, taip pat Izraelį ir Kanadą. Tai leidžia patyrinėti, kaip ankstyvoji intervencija taikoma įvairiose Europos šalyse, taip pat padeda atpažinti barjerus ir palankius intervencijos veiksnius, kurie daro įtaką darbo rinkai, gerovės ir sveikatos sistemoms. Kad visa tai geriau išsiaiškintume, apžvelgėme:

- Darbo biržą;
- Pašalpų sistemą;
- Sveikatos apsaugos sistemą.

Žemiau pateikti duomenys gauti iš įvairių tarptautinių duomenų bazių. Čia pateikiami 2005 metų duomenys, kad būtų galima palyginti įvairius rodiklius skirtingose šalyse. Dauguma duomenų – iš OECD. Duomenys, kurių nebuvo galima gauti iš OECD, buvo papildomi Eurostat duomenimis.

Darbo, pašalpų ir sveikatos rodikliai šalyse, 2005

	BVP vienam gyventojui pagal PGS	Darbingo amžiaus žmonių populiacija, išreikšta procentais	Nedarbo lygis (%)		Ilgalaikis nedarbas, bedarbių %		Vidutinis pensinis amžius		Darbo produktyvumas per vieną dirbtą valandą PVP pagal PGS	Valandinis darbo užmokestis
			Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys		
Austrija	33,496\$	67,7	4,9	5,5	23,3	59,1	58,1	100,2	26,23€	
Belgija	32,063\$	65,6	7,7	9,5	51,6	59,3	58,1	123,4	30,73€	
Kanada	35,002\$	69,3	7,0	6,5	9,6	63,3	61,5	-	-	
Kroatija	-	66,9*	-	-	58,4*	-	60,5*-	-	-	
Čekija	20,366\$	71,0	6,5	9,8	53,6	61,5	58,4	51,7	6,63€	
Danija	33,196\$	66,1	4,4	5,3	25,9	64,1	61,4	101,6	31,98€	
Suomija	30,695\$	66,7	8,2	8,6	24,9	60,5	60,1	94,9	26,70€	
Prancūzija	29,759\$	65,1	8,4	10,2	41,4	58,6	59,4	116,2	29,29€	
Vokietija	31,380\$	66,9	11,2	10,0	54,1	61,6	60,7	113,0	27,20€	
Graikija	24,928\$	67,3	6,2	15,3	53,7	62,4	61,2	71,2	-	
Airija	38,693\$	68,3	4,6	4,0	34,3	65,2	65,3	105,9	-	
Izraelis	23,207\$	-	6,2	10,0	52,2	-	-	-	-	
Italija	28,122\$	66,5	9,5	32,5	32,5	60,4	60,9	90,4	21,39*€	
Lietuva	-	67,8*	8,2*	8,3*	52,5*	-	60,0*	43,1	3,56€	
Olandija	35,111\$	67,5	4,4	5,0	40,1	60,3	60,5	121,2	27,41€	
Norvegija	47,319\$	65,6	4,8	4,4	9,5	63,3	61,8	159,3	-	
Portugalija	20,656\$	67,4	6,8	8,7	48,6	66,2	66,0	54,4	10,60€	
Rumunija	-	69,4*	7,8*	6,4*	56,3*	-	63,0*	28,8	2,33€	
Slovakija	16,175\$	71,5	15,5	17,3	68,1	59,2	55,5	57,5	4,80€	
Slovėnija	23,456\$	70,2*	6,2	7,1	49,2	-	58,5*-	62,8	10,76€	
Ispanija	27,377\$	68,8	7,1	12,2	32,6	61,2	63,6	89,9	15,22€	
Švedija	32,298\$	65,3	7,3	7,3	18,9	65,4	62,5	101,6	31,55€	
Šveicarija	35,839\$	68,0	3,9	5,1	39,0	65,3	64,9	92,3	32,82€	
Turkija	10,841\$	65,7	10,2	10,1	39,6	64,5	63,8	-	-	
JK	32,695\$	66,0	5,2	4,3	22,4	63,2	61,4	91,9	24,47€	
OECD	26,849\$	-	8,3	9,6	45,9	-	-	-	-	
EU-27*	-	67,0	-	-	-	-	-	88,3	20,47€	

Šaltiniai: BVP pagal PGS; nedarbingumo rodikliai; ilgalaikio nedarbo rodikliai: OECD, 2009b; *Eurostat, 2009; darbingo amžiaus populiacija: OECD, 2009a; vidutinis nedarbingas amžius, 2000–2005: OECD, 2009d, *Eurostat, 2009; darbo produktyvumas, per 1 val., BVP per PGS: Eurostat, 2009b; valandinis darbo užmokestis: Eurostat, 2009a

Darbo, pašalpų ir sveikatos rodikliai šalyse, 2005

	Viešos socialinės išlaidos (% BVP)	Išlaidos sveikatos priežiūrai (% GDP)	% išmokų šioms sritims:				Socialinės gerovės įvertinimas		Socialinės apsaugos sistemos pagalba
			Ligos / sveikata		Nedarbas		Socialinės gerovės įvertinimas		
Austrija	27,2	7,9	25,5	8,6	5,8	5,46	2		
Belgija	26,4	7,4	27,1	7,0	12,2	4,38	2		
Kanada	16,5	6,9	-	-	-	3,52	-		
Kroatija	-	-	-	-	-	-	-		
Čekija	19,5	6,3	35,3	7,8	3,6	5,15	2		
Danija	26,9	7,9	20,7	14,4	8,6	5,40	2		
Suomija	26,1	6,2	25,9	12,9	9,3	2,60	3		
Prancūzija	29,2	8,9	29,8	5,9	7,5	5,24	3		
Vokietija	26,7	8,2	28,4	6,2	7,0	6,11	2		
Graikija	20,5	5,6	27,8	4,9	5,1	-	1		
Airija	16,7	6,5	40,9	5,3	7,5	-	3		
Izraelis	-	-	-	-	-	-	-		
Italija	25,0	6,8	26,7	6,0	2,0	-	2		
Lietuva	-	-	30,3	10,4	1,8	-	2		
Olandija	20,9	6,0	30,7	9,7	6,1	3,40	3		
Norvegija	21,6	7,6	32,0	19,1	2,7	-	3		
Portugalija	-	7,3	30,1	10,0	5,8	4,75	1		
Rumunija	-	-	36,2	6,8	3,2	-	-		
Slovakija	16,6	5,3	29,6	8,1	3,4	5,00	2		
Slovėnija	-	6,1	32,3	8,5	3,3	-	2		
Ispanija	21,2	5,8	30,9	7,5	12,3	4,75	2		
Švedija	29,4	7,5	25,9	15,0	6,1	6,73	2		
Šveicarija	20,3	6,8	26,4	12,7	4,4	5,09	2		
Turkija	13,7	4,1	-	-	-	-	-		
JK	21,3	7,1	30,9	8,9	2,6	3,87	3		
OECD	20,5	6,5	-	-	-	-	-		
EU-27	-	-	28,8	7,6	6,0	-	-		

Šaltiniai: viešosios išlaidos; išlaidos sveikatai: OECD, 2009d; % iš jų neįgalumo išmokoms: Eurostat, 2009c; pašalpų sistemos gerovė: Osterkamp ir Rohn, 2007 (aukštesnis rezultatas – geresnė situacija); socialinės apsaugos sistemos intervencijos vertinimas (1 – ribota intervencija, iki 3 – galima geresnė intervencija)

	Nedarbingumo atvejai dėl sveikatos sutrikimų	Vidutinis dienų skaičius	DALY, kaulų ir raumenų ligos (% nuo bendro)		DALY RA (% nuo bendro)	Pacientų, patiriančių dėl darbo atsiradusių nugaros skausmus, pasiskirstymas (darbingo amžiaus populiacija)	RA pacientų skaičius visoje populiacijoje		Gydytojai/1000-iai gyventojų
			Vyrai	Moterys			(pasiskirstymas)	Reumatologai**	
Austrija	20,6	3,4	3,3	5,4	0,86	23,9	55,000 (0,67)	0,024	BP gydytojai 1,47
Belgija	28,8	7,0	3,1	5,1	0,78	19,4	69,000 (0,66)	-	2,08
Kanada	-	-	-	-	0,86	-	215,000 (0,66)	0,014	1,03
Kroatija	19,3	9,4	2,3	4,5	-	41,7	-	-	-
Čekija	28,2	5,5	-	-	0,69	22,8	68,000 (0,66)	0,014	0,73
Danija	32,8	6,6	3,1	4,7	0,78	18,8	36,000 (0,66)	-	0,77
Suomija	44,6	8,5	3,1	5,5	0,88	26,1	35,000 (0,67)	0,020	0,72
Prancūzija	19,1	5,5	3,1	5,4	0,81	21,6	283,000 (0,45)	0,036	1,66
Vokietija	28,0	3,5	3,3	5,5	0,83	18,8	544,000 (0,66)	0,015	1,46
Graikija	14,0	2,8	3,1	5,5	0,78	47,0	50,000 (0,45)	0,025	0,29
Airija	21,1	3,9	2,7	4,6	0,77	14,4	28,000 (0,67)	0,011	0,51
Izraelis	-	-	-	-	-	-	-	0,014	-
Italija	25,1	3,8	3,5	6,0	0,91	24,3	264,000 (0,45)	0,029	0,94
Lietuva	21,1	4,3	2,8	6,6	0,79	37,8	22,000 (0,65)	0,024	-
Olandija	33,7	8,6	3,6	5,2	0,87	13,9	108,000 (0,66)	0,014	0,46
Norvegija	27,2	7,1	3,5	5,3	0,89	22,6	31,000 (0,67)	0,044	0,81
Portugalija	13,4	8,6	2,5	5,1	0,72	30,8	70,000 (0,66)	0,009	1,68
Rumunija	11,1	2,0	3,2	5,9	0,76	42,4	143,000 (0,66)	0,013	-
Slovakija	22,9	5,2	3,6	7,3	0,93	38,9	36,000 (0,67)	0,017	-
Slovėnija	28,2	8,7	2,7	4,9	0,72	46,2	13,000 (0,65)	0,012	-
Ispanija	14,2	3,6	3,1	6,0	0,83	29,1	197,000 (0,45)	0,018	0,85
Švedija	28,1	-	3,9	5,9	0,97	27,9	60,000 (0,66)	0,029	0,59
Šveicarija	19,2	4,0	3,9	6,2	0,96	18,1	49,000 (0,66)	0,055	0,52
Turkija	18,6	4,8	-	-	0,84	34,7	482,000 (0,66)	0,002	0,74
JK	22,6	3,7	3,2	4,9	0,81	10,8	399,000 (0,66)	0,015	0,71
EU-27	22,3	4,6	3,2	5,5	-	25,6	-	-	-
Europa	-	-	-	-	0,84	-	2,962,000	-	-

Šaltiniai: ligos pažymos dėl sveikatos problemų: EWCS, 2005; vidutinis praleistų dienų skaičius; Parent-Thirion et al., 2007; DALY, kaulų ir raumenų sistemos ligos; PSO, 2006, 2007; DALY RA, pasiskirstymas RA: Lundkvist et al. 2008; reumatologų skaičius 1 000 gyventojų; įvairūs šaltiniai ir metai**; bendrosios praktikos gydytojų skaičius 1 000 gyventojų: OECD, 2009c

Darbo, pašalpų ir sveikatos rodikliai šalyse, 2005

Kintamieji	Apibrėžimai	Šaltinis
<i>Darbo rodikliai</i>		
BVP ir PGL ^ žmogui 2005	Bendras vidaus produktas yra vienas iš rodiklių, parodančių tam tikros teritorijos ekonomikos lygį. Bendras vidaus produktas apibrėžiamas kaip galutinė prekių ir paslaugų, sukurtų šalyje, rinkos vertė per tam tikrą laiko tarpą. BVP yra bendrosios pajamos, sukurtos šalies teritorijoje, taip pat užsienio gamybos veiksmų gautos pajamos konkrečioje šalyje, atėmus šios šalies piliečių gautas pajamas užsienyje. ^ PGL – perkamosios galios lygybė	OECD, 2009b; duomenys, pažymėti (*), gauti iš Eurostat, 2009
Darbingo amžiaus populiacija, %, 2005	Bendros populiacijos dalis 15–64 metų amžiaus grupėje.	OECD, 2009a
Nedarbo paplitimas pagal lytį 2005	Bedarbiais laikomi asmenys, kurie praneša, kad nedirba, bet gali dirbti ir per pastarąsias 4 savaites ieškojo darbo. Kokie veiksmai yra traktuojami kaip darbo paieškos, nurodoma Tarptautinės darbo organizacijos gairėse. Tai yra atsakymai į laisvų darbo vietų pasiūlymus, potencialių darbo vietų įrankymus, skelbimo apie darbo paiešką išplatinimas ir užsiregistravimas darbo biržoje. Nedarbo lygis yra nedirbančių asmenų, kurie galėtų ir norėtų dirbti (bedarbių), tačiau neturi tokios galimybės, santykis su visais darbingais asmenimis, išreikštas procentais.	OECD, 2009b
Ilgalaikis nedarbas – metinis vidurkis pagal lytį (%) 2005	Ilgalaikis nedarbu laikomas 6 mėnesių ar ilgesnis nedarbo laikas. Čia apskaičiuota proporcija tarp ilgalaikių bedarbių ir visos bedarbių populiacijos.	OECD, 2009b

Darbo, pašalpų ir sveikatos rodikliai šalyse, 2005

Kintamieji	Apibrėžimai	Šaltinis
<i>Darbo rodikliai</i> Vidutinis išėjimo į pensiją amžius 2005	Išėjimas į pensiją yra darbo nutraukimas ir pensijos gavimas. Tikrą pensinį amžių labai sunku nustatyti be tarptautinių lyginamųjų tęstinių duomenų, taigi reikia atsižvelgti į įvairius netiesioginius rodiklius. Netiesioginiai vertinimai taikomi žmonėms, kurie pagal amžių jau priklauso pensininkų kategorijai, jei tyrimo laikotarpiu jie nėra dirbantys (yra peržengę vidutinį dirbančiųjų amžių). Pensinio amžiaus riba nustatoma remiantis vyresnio amžiaus darbuotojų skaičiaus proporcija darbo rinkoje. Šie netiesioginiai vertinimai taikomi OECD ataskaitose apie vyresnio amžiaus darbuotojus. Pagal juos įvertinamas vidutinis pensinis amžius. Oficialus pensinis amžius yra nustatomas kompleksškai, ypač kai išėjimas į pensiją yra fiksuotas.	OECD, 2009d; duomenys pažymėti (*) paimti iš Eurostat, 2009
Darbo produktyvumas per darbo valandą – BVP ir PGS [^]	Bendras vidaus produktas yra vienas iš rodiklių, parodančių tam tikros teritorijos ekonomikos lygį. Bendras vidaus produktas apibrėžiamas kaip galutinė prekių ir paslaugų, sukurtų šalyje, rinkos vertė per tam tikrą laiko tarpą. Bendras vidaus produktas per valandą parodo nacionalinės ekonomikos produktyvumą, palyginti su ES (ES-15) vidurkiu. Jei šalies indeksas yra daugiau kaip 100, vadinasi, šios šalies BVP per darbo valandą yra didesnis nei ES vidurkis ir atvirkščiai. Pagrindiniai skaičiai išreiškiami PGS (perkamosios galios standartas). Tai yra dirbtinės valiutos vienetas, taikomas Europos Sąjungoje (ES) ekonominių rodiklių apimčiai išreikšti ir palyginimams erdvėje atlikti. Skaičiuojant darbo produktyvumą per darbo valandą išnyksta skirtumas tarp visos darbo dienos ir ne visos darbo dienos vertinimo. [^] PGS – perkamosios galios standartas	Eurostat, 2009b
Darbo valandos kaina 2005	Darbo valandos kainos vidurkis, apskaičiuojamas darbo kainą padalijant iš išdirbtų valandų skaičiaus.	Eurostat, 2009a

Kintamieji	Apibrėžimai	Šaltinis
<i>Gerovės įvertinimas</i> Visuomeninės socialinės išlaidos (% BVP) 2005	Socialinės išlaidos traktuojamos kaip visuomeninės, kai finansines sroves kontroliuoja valstybė (t. y. centrinė administracija, vietinės vyriausybės ir socialinės apsaugos įstaigos).	OECD, 2009d
Visuomeninės sveikatos apsaugos išlaidos 2005	Visuomeninės sveikatos apsaugos išlaidos yra išlaidos, kurios išleidžiamos sveikatos priežiūrai ir kurias apmoka sveikatos draudimo fondas. Visuomenės sveikatos draudimo fondai yra valstybinės, regioninės ir vietinės valdžios institucijos. Pagrindinė valstybinė sveikatos sistema apima valstybės apmokamas investicijas į sveikatos sistemos gerinimą ir privataus sektoriaus investicijas į ligoninių statymą ir įrangą. Valstybiniai fondai atitinka HF.1 (ICHA-HF klasifikacijoje).	OECD, 2009d
Ligos / sveikatos priežiūros išmokos – visų išmokų % 2005	Socialinės apsaugos išlaidos apima socialines, administracines ir kitas išlaidas.	Eurostat, 2009c
Neigalumas – socialinės išmokos – visų išmokų % 2005	Kaip ir aukščiau	Eurostat, 2009c
Nedarbas – socialinės išmokos – visų išmokų % 2005	Kaip ir aukščiau	Eurostat, 2009c

Kintamieji	Apibrėžimai	Šaltinis
Gerovės įvertinimas		
O&R gerovės indeksas	Sujungtos septynios skirtingos gerovės vertinimo priemonės ir iš jų suformuota viena gerovės vertinimo sistema, kur dosnumas vertintas balais nuo 0 iki 7, o 7 reiškia didžiausią dosnumą. Septynios taikytos vertinimo priemonės apėmė laukimo periodą, savikontrolę, bendrą maksimalų mokėjimo laiką, darbdavio maksimalų mokėjimo laiką, uždarbio lygį, nedarbingumo išmokas ir išorinius išbandymus. Išoriniai įrodymai.	Osterkamp, and Rohn, 2007
Socialinės apsaugos sistemos intervencija	Bendros socialinės apsaugos informacijos sistemos (The Mutual Information System on Social Protection – MISSOC) duomenų bazėje pateikiamas kiekvienos Europos šalies socialinės apsaugos sistemos apibūdinimas ir suteikiama galimybė jas palyginti. Trys nepriklausomi ekspertai perskaitė aprašymų santraukas ir įvertino juos pagal naudą, asmeninius ir darbe patirtus sužalojimus ir profesines ligas. Sistema vertinta balais nuo vieno iki trijų, kur vienetą reiškia, kad ankstyvų intervencijų galimybė labai maža, o trys – kad tai yra pažangi sistema.	Vertinimai atlikti nepriklausomų ekspertų. Duomenys iš MISSOC (2009). Palyginamųjų lentelių –2005 sausis. Žiūrėta 2009 liepos 27 d. http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en

Kintamieji	Apibrėžimai	Šaltinis
Išeitys		
Vidutinis darbo dienų, praleistų dėl ligos, skaičius	Vidutinis dienų, praleistų dėl ligos, skaičius.	Parent-Thirion, Feriñdez Macñas, Hurley ir Vermeylen, 2007
% nebuvimas darbe dėl ligos	Pranešimai apie neatvykimą į darbą dėl ligos %.	EWCS, 2005
DALY – kaulų ir raumenų ligos, vyrai ir moterys	Neigalumo pakoreguoti gyvenimo metai (Disability-adjusted life years (DALY) apibūdina ligos našta, PSO apibrėžimas: „DALY sudaro laikas, pragyventas su negalia, ir laikas iki ankstyvos mirties. Vienas DALY gali būti prilygintas vieneriems sveiko gyvenimo metams.“	EWCS, 2005
DALY – RA	DALY dažnai naudojamas ligos naštai apibrėžti. PSO apibrėžimas: „DALY sudaro laikas, pragyventas su negalia, ir laikas iki ankstyvos mirties. Vienas DALY gali būti prilygintas vieneriems sveiko gyvenimo metams.“	Lundkvist, Kastäng ir Kobelt, 2008
Paplitimas – nugaros skausmas 2005	Praneštų EWCS su darbu susijusių nugaros skausmų %.	EWCS, 2005
RA sergančiųjų skaičius	Apytikslis RA sergančiųjų skaičius. Procentinė išraiška apskaičiuota RA sergančiųjų skaičių padalijus iš populiacijos, nurodomos straipsnyje, skaičiaus.	Lundkvist, Kastäng ir Kobelt, 2008
Praktikuojančių reumatologų skaičius 1 000 gyventojų	Praktikuojančių reumatologų skaičius 1 000 gyventojų. Priklausomai nuo literatūros šaltinio, šie skaičiai gali skirtis.	[vairūs šaltiniai
Praktikuojančių bendrosios praktikos gydytojų skaičius 1 000 gyventojų 2005	Praktikuojančių bendrosios praktikos gydytojų skaičius 1 000 gyventojų.	OECD, 2009c

- Naudoti šaltiniai**
- Eurostat. (2009a). Hourly labour costs – EUR. Žiūrėta 2009 m. birželio 4 d. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00173&plugin=1>
- Eurostat. (2009b). Labour productivity per hour worked, GDP in PPS. Žiūrėta 2009 m. birželio 4 d. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/download.do?jsessionid=9ea7974b30e89c4d0a99af7e42a9b710fb960bc43c29.e34SbxiOchiKc40LbNmLahiKaNyMe0?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tsieb040>
- Eurostat. (2009c). Social benefits by function (% of total benefits). Žiūrėta 2009 m. birželio 4 d. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00106&plugin=1>
- EWCS – fourth edition. (2005). [Data file]. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- 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(Supple 2), 49–60.
- OECD (2009a). Annual Labour Force Statistics: Population 15–64 as % of population. Žiūrėta 2009 m. liepos 15 d. <http://stats.oecd.org/Index.aspx>
- OECD (2009b). OECD Fact book 2009: Economic, Environmental and Social Statistics. 2009 m. liepos 15 d. <http://www.sourceoecd.org/rpsv/factbook2009/index.htm>
- OECD. (2009c). OECD Health Data 2008 – Selected Data. Žiūrėta 2009 m. birželio 4 d. from <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG>
- OECD (2009d). OECD Society at a Glance. Žiūrėta 2009 m. liepos 15 d. <http://oberon.sourceoecd.org/vl=646290/cl=23/nw=1/rpsv/societyataglance2009/index.htm>
- 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 Macqas, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. (2007). Fourth European Survey on Working Conditions. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards.
- Royal College of Physicians. (2008). Consultant Physicians Working for Patients: The duties, responsibilities and practice of physicians. 4th edition. London: The Royal College of Physicians. Žiūrėta 2009 m. birželio 9 d. <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/03560858-60e3-44c3-87eb-716a6d1d696c.pdf>
- WHO. (2006/7). Highlights on health. Geneva: WHO.

Visos teisės saugomos. Šio dokumento negalima perspausdinti, saugoti plačiai visuomenei prieinamose sistemose ar platinti informacijos platinimo priemonėmis (elektroninėmis, mechaninėmis, fotokopijų, įrašų ir kt.) be leidėjo sutikimo. Leidinio negalima skolinti, parduoti ar kitaip iš jo pelnytis, be leidėjo sutikimo.

Norėdami gauti leidimą, kreipkitės: nhall@theworkfoundation.com

Tyrinėjame
Konsultuojame
Kuriame strategijas ir jas skleidžiame
Bendradarbiaujame

***The Work Foundation* yra vedančioji nepriklausoma institucija, kuri rūpinasi darbu ir ateitimi. Jos tikslas yra pagerinti gyvenimo kokybę ir organizacijų veiklos efektyvumą, vadovams, politikos veikėjams ir nuomonės formavimo specialistams teikiant įrodymus, patarimus, naują mąstymą ir naujas sistemas.**

© The Work Foundation

Reg. Nr.: 290003

Pirmą kartą publikuota: 2010 m. kovo mėn.

The Work Foundation
21 Palmer Street
London
SW1H 0AD

Telefonas: 020 79763519

Email: tquadrello@theworkfoundation.com

Elektroninis puslapis: www.theworkfoundation.com

Remiamas

