

## 學術專論

[稿件來源]：台灣地區

[文獻引用]：劉梅君（2014）。職場健康：歐盟經驗及其對台灣的啟示。《就業與勞動關係》，4(2)，26-34。

就業與勞動  
關係



尊重人的  
無限潛能

# 職場健康：歐盟經驗及其對台灣的啟示

劉梅君\*

## 一、前言

關於職場健康的主題，過去不乏研究與實務的關注，而關注的議題不外是從以下幾個角度，首先，從職業安全衛生角度出發，目的是提升職場工作環境安全並防止勞工發生職業傷病；其次，從職場健康促進的角度出發，焦點在鼓勵雇主實施提升員工健康的方案；再者，從勞工健康檢查的角度出發，藉由法令與政策宣導以鼓勵雇主落實員工健康檢查的政策旨意。關注這些勞工健康面向的部會主要是行政院勞工委員會。衛生福利部轄下的國民健康局歷年推動的國民健康促進及職場菸害防治的方案，也涉及這些方面的行動。然而這些不同行動的管轄權，或者分屬不同政府部會，或者隸屬同部會但不同單位，因而相關行動呈現各自為政的局面，不僅削弱了這些努力的執行效能，更重要的問題在於各部會/單位未能意識到其各自行動對於整體勞動生產力，經濟發展與社會福利及社會保險永續深刻影響。換言之，過去政府的這些政策措施，在一般人的認知中，似乎較偏重對勞工個人影響這層微觀方面的意義，相對忽略這些行動對國家社會整體宏觀層面所起的作用。

然而此種認知在今日老年化及少子化的大環境下，已暴露其侷限！因為職場勞工健康狀況不僅是個別勞工的問題而已，更是台灣社會面臨的整體危機，台灣當今實際退出職場的年齡平均不足 60 歲，因而少子化及老年化趨勢立刻衍生的重大挑戰是，「生之者寡，食之者眾」的局面，因而如何延緩勞動者退出就業市場的時機，攸關台灣社會保險體系財務平衡的大挑戰，而要延緩甚至鼓勵勞動者延長就業，考驗的不僅是勞工主觀意願，更重要的是客觀條件是否存在，其中一項關鍵的客觀條件恰恰是勞工的身心健康狀態，身心狀態若有失能，如何期望勞工能留在職場？

\*劉梅君（通訊作者），政治大學勞工研究所教授兼所長。

通訊作者電子信箱：meicliu@nccu.edu.tw

資本主義全球化使得各國面臨經濟激烈競爭，影響所致是國家面臨財政收支的嚴峻挑戰，也因而保障甚佳的福利社會自1980年代起紛紛進行社會福利改革的巨大工程，其中一項工程即是退休制度的調整。1980年代曾經出現的「提早退休」方案面臨重大變革，取而代之的是延後退休的方案及立法。之所以不得不如此的原因，正是為了回應人口年齡結構高齡化所帶來生產力的挑戰與年金財務及社會福利支出的巨大壓力。但要勞工能夠延後退休，先決條件必須是身心健康。因而歐盟許多國家近年來非常重視勞工的健康情況，同時也開始運用一些科技評估的手段來決定何種健康方案或醫療保健措施能有效促進勞工的身心健康程度，從而確認國家資源投入的方向。

台灣今日所面臨的社會危機比起歐陸福利國家，有過之而無不及，根據經建會的人口推估，台灣到2017年開始人口紅利告終，之後面臨急速的人口結構高齡化。雪上加霜的是，台灣實際退休年齡也比其他先進國家來得低，再加上生育率也較其他國家為低的事實，使得台灣的社會保險、年金體系及照顧體系危機重重。因而歐陸國家目前對此議題的高度關注，確實值得我們關注。在此背景下，本篇短文將對歐陸國家對此議題的發展予以介紹，之後並試著初步討論歐陸經驗對我們的啟示。

## 二、歐盟國家勞工的健康危機：幾項關鍵統計

人口的健康程度是勞動生產力及經濟繁榮的先決條件。然而要促進並維持人口的健康，非任何單一都會能獨力完成，必須是社會政策、勞動政策及健康政策共同協調合作，才有可能提升人口健康的宏觀效果。

根據世界衛生組織 (WHO) 及歐盟的統計，數量相當驚人的歐盟百姓死於心血管疾病及吸煙有關的疾病。Allender et al. (2008) 研究指出，歐洲每年死於心血管疾病的人數高達四百三十萬人。死於吸煙相關的疾病則達一百二十萬人。患有糖尿病的人有四千八百萬以上。WHO (2008) 的數據指出，歐洲的精神疾病也佔了疾病支出的20%，其日漸增多的趨勢不容小覷！歐盟有一億人口苦於慢性肌肉骨骼的病痛 (musculoskeletal disorders, 簡稱 MSDs)，約有四千萬勞工的這項疾病乃直接導因於工作 (Cammarota, 2005)。長期健康有問題或失能以致於影響其工作能力的人數高達四千四百萬人，相當於六人中就有一人處於這樣的狀態中 (Dupre & Karjalainen, 2003)。而致使勞工缺勤的疾病中，也以肌肉骨骼相關疾病佔最大多數 (Veale, wolf, & Carr, 2008)。職場勞工缺勤的原因中，因此類疾病無法出勤就佔了一半。更嚴重的是，永久喪失工作能力者中有60%則是起因於該疾病 (Veale, wolf, & Carr, 2008; European Trade Union Institute, 2007)；MSDs 佔了勞工傷病補償費用的40%，也導致至少GDP減少了1% (Bevan, 2009)。

依據 Work foundation 所蒐集到的統計資料顯示，勞動者中，半數的歐盟人口於其生活中曾有苦於背痛的經驗。超過三分之一的歐盟勞動者則有下背痛的經驗。背痛導致歐盟每年因此有高達120億歐元的支出。Bekkering et al. (2003) 的調查指出，有背痛的勞工中，雖然僅15%請病假超過一個月以上，但其造成的工作日損失與請假天數一年在7天以內的另外85%是相當的。請病假的後遺症更值的關注問題在於，如果勞工一旦請六週病假後，退出就業市場，並開始請領社會福利津貼的

比例，高於重回職場工作的比例 (Waddell & Burton, 2006)；一旦退出職場，並開始請領失業津貼後，領失業津貼的期間長達一年以上者，面臨死亡及退休的比例也高於重回職場的比例 (Department of work and Pensions, 2006)。

再看另一個為歐洲人所苦的疾病—風濕性疾病，290 萬的歐洲人患有風濕性疾病，每三位有此疾者，即有一位會出現工作失能，在診斷出有此疾病的五年內，40% 的人即會完全退出職場。若患有 SpA 者，則他們離職場的可能性是比一般勞工高出三倍。但這些疾病若能早期診斷出且早期獲得妥適的治療，則前述不利的影響會降低許多。英國的主計處曾估算過，罹患風濕性疾病的人中，若有 10% 的人在診斷出來後的三個月內獲得治療，則因此避免了工作日損失及退出職場的生產力維持高達三千一百萬英鎊。

另一項統計--「歐洲勞動條件調查」(European Working Conditions Survey) 指出，2010 年歐洲的勞工有 35.6% 因健康不佳而缺勤 1~15 天，7.5% 的人則缺勤超過 15 天以上。此外，健康不佳的影響不是僅限於缺勤，較為人忽略的是，有 39.2% 的勞工實際健康不良到應請假卻未請假，仍照常抱病出勤，雖然沒有直接工作日的損失，但工作效率與產出卻打了折扣。Sainsbury Centre for Mental Health (2007) 的調查也指估算過此類抱病出勤的社會代價，該組織曾估算英國因憂慮及焦慮這類心理疾病導致抱病出勤的生產力損失，每年高達一百五十億英鎊，相較於缺勤，因心理狀況不佳但仍抱病出勤所付出的代價更高，後者是前者的一點五倍。

Vaughan-Jones & Barham (2009) 的調查研究預測有長期慢性疾病的歐盟勞動者數量持續增加中，以英國為例，到 2030 年時該有長期慢性病的英國勞工人數將達兩千萬。以澳洲為例，Schofield, et al. (2008) 的調查指出，年齡 46~65 歲的人幾乎半數已因健康不佳的問題而離開就業市場了。Schofield et al. (2011) 的研究分析指出，這個年齡層勞工因此退出職場所造成的年收入損失高達澳幣 180 億，從而增加這群人的貧窮風險與社會隔離的危機；也因此增加社會福利支出為澳幣 21 億，損失的稅賦收入也高達 15 億澳幣。

前述疾病的影響不限於身體方面，精神方面更是影響重大，因此職場環境的檢視也需包括勞工能否享有工作中的自主性與控制權，或是否能享有一定程度的工作彈性與參與權。更重要的情況是，身心不健康的狀態是勞工退出職場的重要危險因子，一旦退出職場或失業，則會引發其他後續連鎖負面反應。Bambra and Eikemo (2008) 的研究即指出失業會使健康惡化，甚至導致死亡。因而無論是身體或心理方面的健康不良，均攸關國家宏觀生產力的得與失，企業及國家不能不重視。

### 三、職場勞工健康的巨大挑戰

#### (一) 部門本位主義的障礙

雖然職場勞工健康影響深遠，但即使是工業先進國家對此議題的認識仍未深切，企業普遍未能認識到勞工身心健康可以減少工作日的損失，也可避免抱病出勤對生產力的正面影響；國家相關部門的本位主義慣性，導致缺乏宏觀視野，而流於部會短期效益的政策思考與作為。然而事實上，若健康政策未能聚焦於預防，則隨著人口快速高齡化，愈來愈多中高齡者陷於健康危機中，不僅影響勞動生產力，也

對國家整體經濟及社會福利體系造成極大的壓力；同樣的，如果勞政部門未能深切體認到有安全衛生危害的工作職場，會傷害勞工身心健康，導致提早退出職場或經常處於病假缺勤的狀況，影響所及不僅是個別企業，也會造成社會福利體系的負擔，更會危及國家整體經濟競爭力。

## （二）認知觀點的轉變：從「醫療照顧觀點」轉向到「社會性觀點」

2012年12月「適於工作歐洲連線」(Fit for Work Europe Coalition)所提出的報告—Making work count-how health technology assessment can keep Europeans in work，呼籲各國能重視勞動政策、醫療保健政策及社會政策三者之間的合作協調，以支持並維持勞工留在職場為其政策重點之一。例如醫療政策不能僅僅滿足於疾病的控制，而是能更進一步以讓勞工回復勞動能力及延長就業時間為政策方向。這份報告之所以格外重視「勞動」的價值，主要是因為該組織瞭解到工作對個人健康、心理、社會及經濟都有益處，然而歐洲政府對此的認識仍然有限，且也普遍忽略人口高齡化而來的健康危機與提早退出就業市場的現象。這種情況讓該組織起而呼籲各國政府重視國家資源分配上，勞動應佔有的優先性，而此認知上的轉變涉及的是觀點的轉變，過去談到健康議題，衛政體系總是以醫療照顧觀點出發 (health care system perspective)，關心的是預算的投入能帶來何種短期的成本效益。該報告呼籲在傳統認知模式下，應增加社會性觀點 (societal perspective)，亦即究竟醫療照顧的分配與介入，能對病人工作與整體經濟產生何種影響。

事實上，勞工健康不佳，影響的不僅是勞工個人而已，WHO於2003年的調查分析發現，勞工因健康不良退出職場，帶給該名勞工的照顧者一個不小的挑戰：為了兼顧照顧這項責任，這些照顧者的工作與發展很可能因此需做重新調整與妥協，當照顧與工作間無法達成平衡時，照顧者將面臨被迫退出職場的局面，更令人擔憂的情況是，這些照顧者本身也將是MSDs的高危險群體。

## （三）身心疾病的多元觀點：生理、心理、及組織因素

過去對身心疾病的認識，相對忽略個人所處的大環境脈絡，也未能察覺生理、心理及社會因素是相互作用且彼此影響。Sokka and Pincus (2001)在檢視15篇研究文獻後指出，會讓風濕性疾病的勞工提早退出職場的預測因子包含了職務所需的體力負荷大、工作缺少自主性、工作引起疼痛程度高、教育程度低，這表示影響勞工工作能力的因素，不僅是工作所帶來的生理層面的影響，還有心理層面及組織因素對勞工的影響，所謂心理及組織因素包括了工作節奏過於快速、工作強度大、工作單調、工作滿意度低、缺乏決策權與工作主控權、缺乏社會支持及工作壓力大，這些也會對勞工的身心造成負面影響，從而導致勞工提早退出職場。

## （四）醫療專業者認知及行動改變的重要性

醫學的訓練往往聚焦於生理/身體面向，因此看診的當下，這些醫療專業者也不會與病人討論與工作相關的問題，當被要求要評估病人的工作能力時，他們也常感力不從心。此種情況自然反映到醫療專業人士對MSDs的普遍程度及其影響，

是認知有限。當然這個問題需追溯到醫學生養成教育時期，醫學教育內容少有接觸職業安全衛生的議題，也缺乏疾病的多元觀點，更遑論醫學專業者對一般勞動職場的實際狀況更是所知有限，因而面臨被要求做各種評估與工作調適的建議，甚至進一步評估某些醫療介入之心理與經濟效益時，更是力不從心了。這個說法頗能呼應 Frank and Chamberlain (2006) 在其研究中所指出現象，那就是很大一部份臨床醫師並不將病人能重回職場這件事視為是有價值的成就。

其次，這些臨床醫師在掌握疾病（如 MSDs）的確診及處置上，具有關鍵重要角色。如果他們能在與病人接觸的第一時間點及早診斷出來病症，從而提供早期的介入或資源轉介，就能有效降低該疾病對病人的影響。但要在第一時間點能著作出正確的判斷，非得有跨領域團隊的合作。

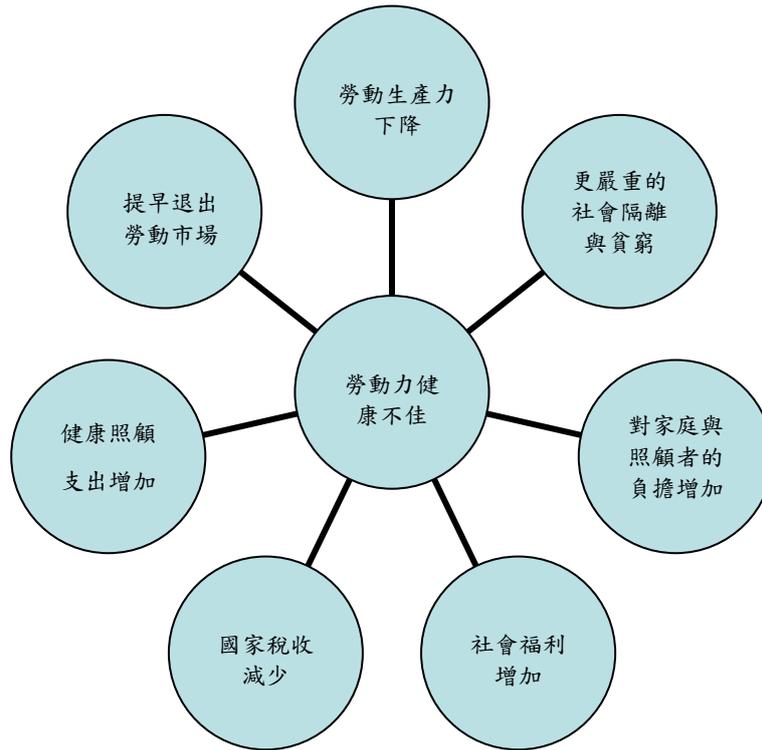
因為醫療專業在掌握疾病有侷限性，因而醫療專業者必須結合職業安全衛生專家、病人及雇主等共同合作，唯有及早確診與行動，才能有效讓罹患疾病的勞工留在職場。過去在面對罹患疾病的勞工時，眼光總放在這些勞工因疾病而喪失的勞動能力上，Bevan et al. (2009) 的研究發現許多國家已開始改變此種認知方式，將眼光從勞工失能的地方，轉移到勞工仍然具有的能力上。以英國為例，英國政府提供給企業的這方面手冊，過去名之為 Sick Note 而今改為 Fit Note。

總之，傳統醫學的任務是減輕生病之人的痛苦，而此情形在今日面臨了挑戰，醫療專業者不僅要緩解病人的痛苦，更要進一步幫助病人重獲能力，以積極參與社會，獲得有意義的生活。換言之，過去醫學專業者所依憑的「生物醫學模式」(biomedical model)，應為「生物心理社會模式」(biopsychosocial model) 所取代。

#### 四、重新認識疾病衍生之社會成本

疾病所帶來的影響及其產生的社會成本不是僅限於醫療領域的支出而已。以歐洲影響勞工最大的疾病 MSDs 為例，在概念上如何計算 MSDs 的成本，目前正考驗專家學者與決策者。WHO(2003)的主張是，MSDs 所造成的成本不僅是一目了然可以理解的「直接成本」(例如預防、偵測、處置等的醫療支出，復健支出、長照支出及自費支出)，還包括不易一眼看到的「間接成本」(例如因病而致勞動能力下降的損失或其他家人因照顧而產生的所得損失與機會損失，以及國家的稅賦損失)，更包括了「隱形成本」(例如因罹患 MSDs 以致於衍生出來的工作勝任與否的壓力與經濟壓力所導致的心理負荷及情緒低落，或因健康問題造成的家庭問題)。

如圖一所示，疾病的發生，會衍生出對許多方面的影響：除了醫療照護體系支出的增加外，整體生產力也會隨之下降，國家稅賦面臨短收的同時，社會福利支出必然提高，而微觀面的影響是，罹病者會因此被迫提早退出職場，這使得這些人面臨社會排除的困境與隨之而來的貧窮威脅，以及照顧他們的家人之照顧壓力增加，甚至影響其就業狀況。



圖一：勞動力健康不佳的後果

資料來源：Bevan et al. (2012). Making work count – How health technology assessment can keep Europeans in work. The Work Foundation.

自 1980 年代以來西歐國家因應福利危機進行社會安全的改革中，關於鼓勵民眾延後退休的努力，基本上是聚焦於財務誘因，例如可以獲得加成的退休給付，相對地若是提早退休則是減額年金。但顯然退休與否的決定因素中，不全然是經濟考量，即便鼓勵延後退休的制度設計中，提供了較佳的給付優惠，但若身心狀況這項客觀的條件不佳，延後退休仍是有其現實的困難，事實上，職場壓力大，或缺乏友善的環境（歧視、性騷擾、言語暴力、工時過長、工資過低、物理/化學環境惡劣等等），均將導致勞工提早結束工作生涯。因而勞動力的健康程度與一國社會及經濟永續發展的關係，實應具有政策的優先性。

### 五、提升勞動力健康：預防的重要性

此處仍以 MSDs 為例，由於工作導致的 MSDs，多數是可藉由工作設計、較佳的工作組織方式與人因工程的介入來預防，既然是可預防，則應立法推動職場調整（如物理環境改善、工作時間調整、心理支持的提供等等）以預防勞工罹患此類疾病，或者已罹患 MSDs 之勞工，也因職場環境改善使其能繼續勝任工作，而降低他們離開職場的動機。誠如 Punnett and Wegman (2004) 的研究指出，職場 MSDs 的危險因子包括了太快的速度、高度重複性的動作、工作抬舉重物及極大的施力、不自然的身體姿勢，經常的彎腰與扭轉姿勢、局部或全身的振動、部分或全身暴露在冷凍的溫度下、休息時間的不足等，都會引發及惡化 MSDs。因而這些危險因子

可以透過作業方式或機具器械的支持，降低其危害性，從而改善勞工的作業環境。

另外也值得注意的是，有些行業及職業是某些 MSDs 的高危險群行職業，例如農林漁牧業、製造業、營造業、零售業、餐飲業等行業，及體力與技術性勞工、機器操作員、秘書及打字員、及包裝工等職業，有最高的上肢疼痛比率。因而政策必須幫助這些高危險行職業進行工作內容的分析，進行職務再設計等相關的配套支持，以緩解這些行職業對勞工身心的負擔，減少其所帶來的傷害。

## 六、他山之石的借鑑

台灣這些年有慢性疾病的人口越來越多且日漸低齡化，因而如何提供適當的醫療照顧介入，及勞動市場就服與職訓的支持，讓有慢性病或因工作部分失能的勞工仍能留在就業市場，甚至不會因病或失能而提早退出就業市場，將是政策未來的大挑戰。因此未來的政策思維中，必須將健康及有生產力的勞動力置於政策核心的觀點轉換，因這不僅事關國家經濟競爭力，也關乎一國經濟型態是否能發揮社會融合的作用，以減少其所帶來的諸多社會弊病。

另外，失業與健康及死亡之間是有關係的（例如 Bambra & Eikemo, 2008），因而政策如何致力於協助勞工使其不罹患該疾病或降低該疾病對其工作的影響程度，以協助降低勞工面臨失業或甚至完全退出職場的機率，不僅是勞政部門的首要任務，也是其他部會必須要有的新認識。

其次，Bevan et al. (2009, 2012) 的文章中提出了頗有建樹的提議，他們主張在國家健康政策的決策中，不能再僅限於以傳統的健康指標來作為評估健康政策的好壞，如死亡率或國民平均壽命長短或某些類別疾病的罹患率，而是也要包括那些具有支持勞工留任與重返工作潛力的健康介入方法，甚至其他部會支出的多寡（例如因健康政策僅將視野停留在醫療領域內，而忽略了接受醫療照顧的人最終是否離開了職場，成為社會福利的依賴者，其對整體社會安全體系的負擔）。

由於絕大多數歐美國家均面臨財務壓力，因此任何的健康投資也需有成本效益的考量，因而當計算某一健康介入的政策是否可以採行實施時，需要將勞工留任與重返工作所帶來的各項利益計算進去。換言之，健康政策不能再侷限於部會本位主義下的傳統視野，而是要能將更大的社會性觀點含括進來，而所謂的社會性觀點中，勞動能力與生產力及其對整體社會的正面效益自然是不能被忽略。

但誠如前面所述，目前本位主義的心態仍普遍存在於各國，關心社會福利給付的人，少有關心健康醫療體系的運作是否能夠帶出讓人有能力重返工作；同樣的，關心健康醫療體系的人，可能也無意瞭解其健康保險政策是否能幫助更多的人留在職場甚至重返職場。以日本為例，雖然社會福利、健康醫療與勞動均屬同一部會（厚生勞動省），但部會內各行其是，彼此間少有協調合作，致使原本存在於傳統部會間的本位主義也出現在部會內各不同部門間。

有鑑於在這方面認識轉變的重要性，英國於 2011 年提出了一項政策建議，那就是跨部會間要有「支出節省的分享」(shared savings)，亦即某一個部會用來改善勞動力健康，使其能延長在職時間的預算支出，會帶來另一部會支出的減少時，該減少的支出也應當列入前一個部會的支出節省的成績中。相似的配套提議還有所

謂的「利益分享」(gain-sharing)，亦即兩造或多造之間簽訂利益分享協議，當其中一造因他方努力而獲益時，無須分擔他方因該項行動的開銷，但獲益的這方同意在其節省下來的經費中，應支付對方該行動所投入的花費。

以歐盟國家目前努力的方向而言，事關勞動力健康的國家整體健康投資或醫療介入的依據，基本上是以「健康科技評估」(Health Technology Assessment, HTA)作為評估手段。這項評估工具近來在歐盟國家漸漸普遍，然而各國對於是否要將哪些面向(例如勞動生產力)應納入評估，則尚未有共識。以英國為例，英國將於2014年1月1日起實施「價值為基礎的定價」(value based pricing)方式，較高的給付將適用在以下種醫藥服務上，分別是處理嚴重性高或需求大但較少提供者、能證明有較大臨床改善的醫藥與創新、以及證明可以帶來較廣泛之社會利益的醫藥服務(Department of Health, 2010)。劃底線的部分即是英國對提升勞動力健康這項重大社會挑戰所持的「社會性觀點」的展現。由這項將於明年正式實施的新作法來看，英國是很明確地將「社會性觀點」納入其HTA的評估中了。

台灣呢？我們什麼時候也能開啟這樣的社會對話，並將勞動力健康的議題能為其他部會所重視，甚至成為其他部會政策良窳的評估標準項目呢？

## 參考書目

- Allender, S., Scarborough, P., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., & Luengo-Fernandez, R. (2008). *European Cardiovascular Disease Statistics*, 2008 edition. University of Oxford.
- Bambra, C., & Eikemo, T. A. (2009). Welfare state regimes, unemployment and health: A comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology Community Health*, 63, 92–98.
- Bevan et al. (2009). *Fit for Work? Musculoskeletal disorders in the European Workforce*. The Work Foundation.
- Bevan et al. (2012). *Making work count- How health technology assessment can keep Europeans in work*. The Work Foundation.
- Cammarota, A. (2005). The Commission's initiative on MSDs: Recent developments in social partner consultation at the European level. Presentation to conference on MSDs--A Challenge for the Telecommunications Industry. Lisbon, 20-21 October.
- UK Department of Health (2010). *A new value-based approach to the pricing of branded medicines-A consultation*.
- UK Department of Work and Pensions (2006). *A new deal for welfare: empowering people to work*.
- Dupré, D., & Karjalainen, A. (2003). Employment of disabled people in Europe in 2002. *Statistics in Focus: Population and Social Conditions*. Theme 3 – 26/2003.
- European Trade Union Institute (2007). *Musculoskeletal disorders. An ill-understood pandemic*. Available at: <http://www.etui.org/Publications2/Guides/Musculoskeletal-disorders.-An-ill-understood-pandemic>.
- Frank, A. O., & Chamberlain, M. A. (2006). Rehabilitation: An integral part of clinical practice. *Occupational Medicine*, 56, 289–293
- Punnett, L., & Wegman, D. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: The epidemiologic evidence and the debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14(1), 13–23.
- Sainsbury Centre for Mental health (2007). *Mental health at work: Developing the business case*.

- Schofield, D., Shrestha, R., Percival, R., Passey, M., Kelly, S., & Callander, E. (2011). Economic impacts of illness in older workers: Quantifying the impact of illness on income, tax revenue and government spending. *BMC Public Health, 11*, 418.
- Sokka, T., & Pincus, T. (2001). Markers for work disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology, 28*, 1718–1722.
- Vaughan-Jones H., & Barham, L. (2009). *Healthy work: Challenges and Opportunities to 2030*. London: BUPA.
- Veale, A., Woolf, A., & Carr, A. (2008). Chronic musculoskeletal Pain and Arthritis: Impact, attitudes and perceptions. *Irish Medical Journal, 101*(7): 208-210.
- Waddell, G., & Burton, K. (2006). *Is work good for your health and wellbeing?* Department for Work and Pensions.
- WHO Scientific Group (2003). *The burden of musculoskeletal conditions at the new millennium*. WHO.