

*Andrzej Marcinkiewicz*¹*Jolanta Walusiak-Skorupa*²*Marta Wiszniewska*³*Marcin Rybacki*⁴*Wojciech Hanke*⁵*Konrad Rydzyński*⁶

WYZWANIA MEDYCYNY PRACY WOBEC PROBLEMU CHORÓB ZWIĄZANYCH Z PRACĄ ORAZ STARZENIA SIĘ POPULACJI OSÓB PRACUJĄCYCH. DALSZY KIERUNEK ROZWOJU I CELOWE ZMIANY W OPIECE PROFILAKTYCZNEJ NAD PRACUJĄCYMI W POLSCE

CHALLENGES TO OCCUPATIONAL MEDICINE IN VIEW OF THE PROBLEM
OF WORK-RELATED DISEASES AND THE AGING OF WORKFORCE.
DIRECTIONS FOR FURTHER DEVELOPMENT AND INTENTIONAL CHANGES
IN PREVENTIVE CARE OF EMPLOYEES IN POLAND

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland

¹ Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, Pracownia Polityki Zdrowotnej / Department of Occupational Diseases and Environmental Health, Health Policy Unit

² Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego / Department of Occupational Diseases and Environmental Health

³ Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, Oddział Chorób Zawodowych / Department of Occupational Diseases and Environmental Health, Department of Occupational Diseases

⁴ Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, Centrum Ochrony Zdrowia Pracujących / Department of Occupational Diseases and Environmental Health, Workers Health Protection Center

⁵ Zakład Epidemiologii Środowiskowej / Department of Environmental Epidemiology

⁶ Dyrektor Instytutu / Head of Institute

STRESZCZENIE

System ochrony zdrowia pracujących w Polsce, oparty na świadczeniach realizowanych przez służbę medycyny pracy, obejmuje opieką niemal 12,5 mln pracowników. Rocznie wykonuje się u nich ponad 4,5 mln obowiązkowych badań okresowych. Tak sprawowana opieka profilaktyczna sprowadza się jednak najczęściej tylko do wykonywania badań określonych przepisami Kodeksu pracy. Ich zakres nie jest ukierunkowany na kompleksową ocenę stanu zdrowia pracujących, lecz na ocenę tych układów i narządów człowieka, które są krytyczne dla zagrożeń występujących na stanowisku pracy. Tymczasem dane epidemiologiczne wskazują na wysoką chorobowość z powodu chorób przewlekłych, które wpływają na utrzymywanie aktywności zawodowej (takich jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca), oraz na znaczny odsetek chorych nieświadomych swojej choroby lub nieuzyskujących odpowiednich efektów terapeutycznych. Na obligatoryjne badania lekarskie zgłaszają się osoby przekonane o swoim zdrowiu, niekorzystające na co dzień z opieki zdrowotnej, dlatego lekarz medycyny pracy ma unikalną możliwość wykrycia zaburzeń w stanie zdrowia pracownika na ich wczesnym etapie. Dzięki temu może zapobiegać rozwojowi powikłań z jednej strony obciążających zdrowie samego pracownika, a z drugiej powodujących dodatkowe obciążenie finansowe dla całego systemu ochrony zdrowia. Konkludując, w artykule wskazano potrzebę zaangażowania służby medycyny pracy w profilaktykę chorób przewlekłych i związaną z tym konieczność wprowadzenia dodatkowych (oprócz pracodawców) źródeł finansowania działań profilaktycznych, umożliwiających wczesne wykrywanie stanów chorobowych, których pacjent nie jest świadomy, lub kontrolę skuteczności leczenia chorób już zdiagnozowanych. Podniesiono także potrzebę zmiany ustanawiania i publikowania zakresu badań oraz wytycznych do orzekania o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do pracy z dotychczasowej formy prawnej na rzecz standardów określanych i na bieżąco publikowanych przez instytuty badawcze i towarzystwa naukowe działające w obszarze medycyny pracy. Med. Pr. 2016;67(5):691–700

Słowa kluczowe: profilaktyka, aktywność zawodowa, opieka zdrowotna, służba medycyny pracy, badania okresowe, choroby związane z pracą

ABSTRACT

The system of occupational health care in Poland, based on occupational medicine service, takes care of almost 12.5 million employees subjected to over 4.5 million obligatory periodic medical check ups. This form of providing prophylactic care comes down to examinations dictated by legal regulations, whose scope is not oriented towards a comprehensive workers' health assessment, but to the examination of the systems and organs critical to work-related dangers. Simultaneously, epidemiological data indicate a large number of chronic diseases, which may influence the professional activity, like hypertension or diabetes and a high percentage of patients not aware of their illness. Since patients participating in obligatory examinations usually feel healthy and do not use health care services on a daily basis, an occupational medicine physician has a unique opportunity to detect health disorders at an early stage, which can prevent the development of health complications affecting the condition of the patient, limiting their professional activity, but also causing additional costs of the health care system. The authors have proven the need to involve occupational medicine services in the prevention of chronic diseases and the need to introduce additional sources of financing for procedures enabling early detection of diseases the patient may not be aware of or control of the effectiveness of already diagnosed illnesses. They addressed the need to change the current legal form of establishing and announcing the range of examinations and directives for certifying the lack or presence of health contraindications to work to the specified and updated standards prepared by scientific research institutes and occupational medicine societies. *Med Pr* 2016;67(5):691–700

Key words: prevention, professional activity, health care, occupational health service, prophylactic medical check-ups, work-related diseases

Autor do korespondencji / Corresponding author: Andrzej Marcinkiewicz, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, Pracownia Polityki Zdrowotnej, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: and.mar@interia.pl
Nadesłano: 10 grudnia 2015, zatwierdzono: 5 kwietnia 2016

WPROWADZENIE

Przemiany społeczno-ekonomiczne i tendencje demograficzne wskazują na potrzebę wsparcia pracownika na różnych etapach jego życia, żeby mógł bezpiecznie i z uwzględnieniem odpowiedniej jakości zdrowia wystarczająco długo pracować. Nie jest to łatwe w obliczu starzenia się populacji pracującej i rosnącego odsetka pracowników z co najmniej 1 chorobą przewlekłą [1]. Należy również wziąć pod uwagę badania opinii pracowników¹, z których 30% uważa, że praca stanowi zagrożenie dla ich zdrowia, lub zgłasza, że już cierpi na choroby związane z pracą (choroby, które praca wywołała albo zaostrzyła, niebędące przy tym skutkiem wypadku przy pracy ani chorobą zawodową) [2].

Wydłużanie aktywności zawodowej pracowników po 50. roku życia należy do priorytetowych działań krajów Unii Europejskiej (UE). Zgodnie z założeniami Strategii Lizbońskiej, przyjętej przez kraje UE w 2000 r., jednym z celów UE jest osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata na poziomie nie niższym niż 50% [3]. Konieczność podejmowania działań ukierunkowanych na zaktywizowanie starzejących się osób wynika ze stałego wzrostu oczekiwanej długości życia (w związku z istotną poprawą stanu zdrowia i jakości życia Europejczyków), przewidywa-

nego do 2030 r. wzrostu odsetka osób powyżej 65. roku życia oraz niskiego przyrostu naturalnego. Z danych Eurostatu wynika, że w 2020 r. osoby po 60. roku życia będą stanowić ok. 25% ludności Polski. Jest to zjawisko, które w dalszych latach będzie narastać – przewiduje się, że w 2030 r. odsetek osób po 60. roku życia wyniesie blisko 30% [4].

Świadomość wagi zachowań prozdrowotnych w Polsce jest niewielka [5–7], a dotychczasowe działania mające poprawić tę sytuację – oparte na istniejącym systemie podstawowej opieki zdrowotnej i działaniach edukacyjnych – są mało skuteczne. W związku z powyższym brak zaangażowania systemu obligatoryjnej opieki profilaktycznej nad pracownikiem w prewencję chorób przewlekłych należy traktować jako niewykorzystaną szansę na działania, które wspierają poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, a także jako utracone korzyści ekonomiczne dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W obecnych realiach lekarz służby medycyny pracy jest nierzadko jedynym lekarzem, do którego trafia pacjent przekonany o swoim zdrowiu, niekorzystający z podstawowej ani specjalistycznej opieki zdrowotnej. Dzieje się tak albo z powodu braku u pacjenta dolegliwości, braku jego wiedzy, motywacji czy czasu, albo z powodu przyczyn organizacyjnych ze strony systemu ochrony zdrowia.

Szacuje się, że w Polsce ok. 25% z ponad 2,7 mln chorych na cukrzycę w wieku 20–79 lat nie jest świadomych swojej choroby [8]. W przypadku nadciśnienia

¹ Badanie przeprowadzone wśród 513 pracowników, przedstawicieli pracodawców i lekarzy służby medycyny pracy w 2014 r. przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi w ramach tematu IMP 12.18 pt. „Zasady dobrej praktyki w opiece profilaktycznej nad pracownikami”.

tętniczego, którego częstotliwość wśród dorosłych Polaków oceniana jest na 31%, a odsetek niezdiagnozowanych przypadków choroby szacuje się na ok. 30%, dochodzi jeszcze problem skutecznego leczenia – szacowanego na zaledwie 26% chorych [9,10]. Lekarz medycyny pracy ma więc unikalną możliwość wykrycia zaburzeń w stanie zdrowia na wczesnym etapie. Z tego powodu należy wykorzystać ten wyjątkowy, obligatoryjny system opieki nad pracownikami poprzez włączenie go w szeroko zakrojone programy profilaktyczne, które są ukierunkowane na utrzymanie zdrowia, poprawę jego stanu czy aktywne i zdrowe starzenie się populacji pracującej.

ZAKRES FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA PRACUJĄCYCH W POLSCE

W Polsce badania profilaktyczne osób pracujących na podstawie umowy o pracę wyłączone są wprawdzie z powszechnego systemu opieki zdrowotnej, który jest finansowany ze środków publicznych, jednak ze względu na obowiązek cyklicznego wykonywania tych badań u kilkunastu milionów osób stanowią one znaczący element systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Obligatoryjność badań osób zatrudnionych na podstawie przepisów Kodeksu pracy wynika wprost z jego art. 229 § 4, zgodnie z którym pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, w którym stwierdzono brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie [11].

O stopniu upowszechnienia systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi świadczy grupa osób podlegająca temu obowiązkowi i liczba przeprowadzanych badań profilaktycznych. W 2014 r. – zgodnie z danymi raportowanymi przez lekarzy służby medycyny pracy do Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi – wykonano ponad 4,5 mln badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, przy czym średnia liczba rocznie wykonywanych badań w latach 2010–2014 wyniosła 4,162 mln [12]. W II kwartale 2014 r. w Polsce aktualne orzeczenia lekarskie, o których mowa w Kodeksie pracy [11], miało obowiązek posiadać 12,612 mln pracowników najemnych, co stanowi 78% ogółu pracującej populacji i jednocześnie 40% ludności Polski w wieku 15 lat i więcej [13]. Do tak dużej grupy osób należy doliczyć kolejną, podlegającą badaniom realizowanym przez lekarzy uprawnionych do badań profilaktycz-

nych – kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich, a także słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu, studiów lub kursów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia [14].

Szczególną wartością systemu badań profilaktycznych jest również (wskazana w art. 229 § 1 i 2 Kodeksu pracy) obligatoryjna cykliczność badań okresowych, która wymusza na pracującym kontrolę stanu zdrowia nie tylko jednorazowo podczas podejmowania pracy, ale także w ciągu całego czasu zatrudnienia [11]. Z tego powodu badania profilaktyczne wykonywane są u osób przekonanych o swoim zdrowiu, które na podstawie skierowania od pracodawcy zostały zobligowane do poddania się badaniom, a które w związku z brakiem dolegliwości niekoniecznie skorzystałyby w tym czasie z pomocy lekarskiej.

Badania profilaktyczne dzięki ich cykliczności (założonej w Kodeksie pracy [11]) umożliwiają także ocenę dynamiki zmian w stanie zdrowia pracownika. Pozwala na to zasada orzekania o zdolności do pracy, która nakazuje podanie daty kolejnego badania okresowego, a także zasada zachowania ciągłości opieki (wynikające z art. 12 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy [15]). Zgodnie z nią badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne są wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawieranej przez podmiot zobowiązany do ich zapewnienia (np. pracodawcę) z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Przy tym okres, na który umowa jest zawierana, nie może być krótszy niż rok [15]. Dodatkowym wsparciem tej zasady jest zapis określony w § 10 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów [16]. Zgodnie z tym zapisem jeżeli zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującym przejmuje inna jednostka służby medycyny pracy, indywidualną dokumentację osoby objętej opieką przekazuje się tej jednostce za pokwitowaniem, w sposób zapewniający ochronę danych osobowych.

Mimo dużych możliwości, jakie dają badania profilaktyczne, co wynika z wyżej opisanych uwarunkowań, nie są one w pełni wykorzystane. Wśród najważniejszych powodów wskazywanych zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy [2] jest formuła tych badań. Ich celem jest bowiem wydanie orzeczenia lekarskiego de-

cydującego o możliwości podjęcia lub kontynuowania pracy, a nie pomoc lekarska umożliwiająca podjęcie leczenia w związku z zaczynającymi się problemami zdrowotnymi. W efekcie pacjent może nie być zainteresowany ujawnianiem swoich dolegliwości lekarzowi medycyny pracy podczas badań oceniających zdolność do pracy – z obawy, że mogą one rzutować na treść wydanego orzeczenia i tym samym uniemożliwić mu zarobkowanie na wybranym stanowisku. W przypadku zgłaszania dolegliwości pracownik, zamiast szczegółowej diagnostyki i zastosowania terapii, może liczyć zaledwie na poradę dotyczącą dalszego postępowania i skierowanie go do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Ponadto możliwość przypadkowego wykrycia przez lekarza medycyny pracy nieprawidłowości w stanie zdrowia pracownika jest często uzależniona od rodzaju wykonywanej przez niego pracy i występujących na danym stanowisku pracy czynników szkodliwych, niebezpiecznych i uciążliwych. Zakres badania jest bowiem ukierunkowany nie na kompleksową ocenę stanu zdrowia pracownika, ale na ocenę tych układów i narządów człowieka, które są krytyczne dla zagrożeń występujących w pracy (najlepszym przykładem jest nieuwzględnienie pomiarów glikemii we wskazówkach metodycznych do badań profilaktycznych).

PROFILAKTYKA CHORÓB ZWIĄZANYCH Z PRACĄ

Działania profilaktyczne zostały ustawowo wskazane jako główny powód utworzenia służby medycyny pracy [15]. Należy przy tym jednak zauważyć, że działania te nie powinny ograniczać się jedynie do sfery bezpośrednio związanej w warunkami pracy. Ustawodawca bowiem już w pkt 1 art. 1 ustawy o służbie medycyny [15] wskazał, że została ona uchwalona w celu ochrony zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania oraz w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontroli zdrowia pracujących. Przy tym systematyczna kontrola zdrowia pracujących ma być prowadzona, zgodnie z pkt 2 ww. artykułu ustawy, także – a nie tylko – w celu aktywnego oddziaływania na poprawę warunków pracy przez pracodawcę i ograniczania w ten sposób ryzyka zawodowego. Dalej, w pkt 3 art. 1 ustawy, podkreślono, że w ramach kontroli zdrowia osoby pracujące powinny otrzymywać informacje i wskazania lekarskie dotyczące sposobów zapobiegania niekorzystnym zmianom w stanie zdrowia [15].

W obszar działania medycyny pracy wpisują się choroby pośrednio związane z pracą, o złożonej (wieloczynnikowej) etiologii, dla których powstawania jednym z możliwych czynników ryzyka są warunki pracy – wpływające na ujawnienie, przyspieszenie choroby lub pogorszenie stanu chorego [17]. W polskim ustawodawstwie schorzenia pośrednio związane z pracą nie mają umocowania prawnego, chociaż zostały zauważone w orzecznictwie Sądu Najwyższego już w 1987 r. [18]. W uchwale z tego roku wskazano bowiem, że nie wszystkie choroby pracowników spowodowane warunkami pracy są objęte przepisami o chorobach zawodowych i dlatego pracownik, który doznał uszczerbku na zdrowiu wskutek choroby spowodowanej warunkami pracy, ale niebędącej chorobą zawodową, może na mocy art. 300 Kodeksu pracy dochodzić od pracodawcy roszczeń odszkodowawczych na podstawie prawa cywilnego [18].

Trudności związane z diagnostyką, rozpoznawaniem i profilaktyką chorób pośrednio związanych z pracą wynikają z konieczności uwzględniania schorzeń, które często występują w populacji generalnej, z ich wieloczynnikowej etiologii i objawów klinicznych jednakowych niezależnie od tego, czy przyczyna jest pochodzenia zawodowego, czy środowiskowego.

Mając na uwadze z jednej strony wysoką chorobowość z powodu chorób przewlekłych i znaczny odsetek chorych nieświadomych swojej choroby bądź nieuzyskujących zakładanych efektów terapeutycznych, a z drugiej strony powszechność i obowiązkowość badań profilaktycznych, konieczne staje się aktywniejsze zaangażowanie lekarzy służby medycyny pracy w działania z zakresu prewencji tych chorób – i to na każdym jej etapie: pierwotnym oraz wtórnym wczesnym i późnym. Rozwojowi takich schorzeń można zapobiegać poprzez wpływ na uwarunkowania środowiskowe, w tym na styl życia pacjenta-pracownika i jego podejście do choroby. Działania zapobiegawcze powinny być ukierunkowane zarówno na osoby, u których jeszcze nie doszło do rozwoju choroby, jak i już chore. Celem powinno być możliwie wczesne zdiagnozowanie choroby w jej bezobjawowym okresie albo zapobieganie jej niekorzystnym następstwom (lub przynajmniej odsunięcie ich w czasie).

Każdy etap wymienionych poniżej działań prewencyjnych jest uzasadniony do zastosowania podczas badań profilaktycznych wymaganych w Kodeksie pracy, którym pracownik jest zobowiązany się poddać w związku ze skierowaniem otrzymanym od pracodawcy:

- prewencja pierwotna – powinna być wdrażana wobec pacjentów-pracowników z grup ryzyka, w związku z brakiem dolegliwości niekorzystających ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- prewencja drugorzędowa – powinna być wdrażana wobec pacjentów-pracowników, u których choroba już występuje, ale jej bezobjawowy przebieg w pierwszej fazie sprawia, że pracownik czuje się zdrowy i nie korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej;
- prewencja trzeciorzędowa – powinna być prowadzona u pacjentów-pracowników z już rozpoznanymi chorobami, ale niewłaściwie kontrolowanymi, u których nie uzyskano zakładanych efektów terapeutycznych (w związku z niestosowaniem się do zaleceń lekarskich, niewłaściwym przyjmowaniem leków czy brakiem kontroli parametrów choroby, np. ciśnienia tętniczego czy glikemii).

KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ NAD PRACUJĄCYMI

Medycyna pracy jest interdyscyplinarną dziedziną wiedzy zajmującą się ochroną zdrowia pracujących przed niekorzystnym wpływem czynników szkodliwych dla zdrowia, które występują w środowisku pracy, z uwzględnieniem wpływu szkodliwości środowiska komunalnego.

Lekarze medycyny pracy odbywają wszechstronne szkolenie specjalizacyjne, które obejmuje m.in. zagadnienia z zakresu higieny pracy, epidemiologii, ergonomii, fizjologii i psychologii oraz medycyny klinicznej (w tym choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, wybrane zagadnienia z alergologii i ortopedii, toksykologię kliniczną), ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia czynników zawodowych i środowiskowych w patogenie chorób. Tym samym lekarze medycyny pracy zdobywają kompleksową wiedzę i są w pełni przygotowani do wdrażania zasad profilaktyki zdrowotnej i podejmowania działań z zakresu edukacji zdrowotnej, skierowanych do całej populacji osób pracujących [19].

Kluczowym warunkiem pozwalającym na zaangażowanie służby medycyny pracy w działania prewencyjne chorób związanych z pracą jest wskazanie źródeł finansowania takiej aktywności. W obecnych warunkach płatnikiem są pracodawcy, którzy zgodnie z art. 229 § 6 Kodeksu pracy ponoszą koszty badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, a także inne koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami – niezbędnej ze względu na warunki pracy.

Należy jednak zwrócić uwagę, że wykonanie określonych świadczeń zdrowotnych powinno być uzasadnione koniecznością utrzymania zdolności do pracy w warunkach wynikających z zatrudnienia [11]. Ponadto, zgodnie z § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 1996 r., lekarz przeprowadzający finansowane przez pracodawców badanie profilaktyczne (wstępne, okresowe lub kontrolne) może poszerzyć jego zakres o dodatkowe specjalistyczne badania konsultacyjne i badania dodatkowe, a także wyznaczyć krótszy termin następnego badania, niż to określono we wskazówkach metodycznych (jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika) [20].

Z powyższego wynika np. bezsporna podstawa do sfinansowania przez pracodawców drugo- i trzeciorzędowej prewencji nadciśnienia tętniczego u osób zatrudnionych w narażeniu na udowodnione czynniki ryzyka chorób układu krążenia – takie jak wysiłek fizyczny, stres, hałas, mikroklimat gorący lub zimny, pole elektromagnetyczne czy określone związki chemiczne (np. rozpuszczalniki organiczne, dwusiarczek węgla, tlenek węgla, ołów, kadm, nitrogliceryna) [21].

Wątpliwości budzić może natomiast finansowanie przez pracodawców działań profilaktycznych u pracowników, którzy nie są zatrudnieni w warunkach stwarzających ryzyko rozwoju chorób pośrednio związanych z pracą, czy na stanowiskach, dla których nie ma określonych restrykcyjnych wymagań dotyczących stanu zdrowia. Biorąc jednak pod uwagę, że choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów Polaków, bardzo wskazane jest, żeby pracodawcy w takich sytuacjach akceptowali propozycję lekarzy medycyny pracy – rozszerzenia zakresu badań o pomiary podstawowych czynników ryzyka tych chorób (np. o oznaczenie poziomów cholesterolu i glikemii). W obecnym stanie ekonomiczno-prawnym takie rozwiązanie – poza finansowaniem badań przez samych pacjentów – daje jedyną możliwość szerszego wdrożenia prewencji wtórnej chorób układu krążenia.

W perspektywie długofalowej celowe jest włączenie jednostek służby medycyny pracy – stanowiących system opieki profilaktycznej nad pracującymi – do grona podmiotów realizujących program kompleksowych profilaktycznych badań diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych (Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia czy przeznaczonych na promocję zdrowia środków samorządów lokalnych). System ochrony zdrowia pracujących ma w obecnym stanie prawnym charakter obligatoryjny i dotyczy

wszystkich osób zatrudnionych, co automatycznie rozwiązuje problem rekrutacji pacjentów do badań i zapewnia kompleksowość wdrażanych działań prozdrowotnych. Tym samym umożliwia wykrycie groźnych, ale na razie bezobjawowych chorób (m.in. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), chorób nerek) oraz podjęcie właściwego leczenia, zanim dojdzie w organizmie pacjenta do nieodwracalnych zmian.

Inicjatywa objęcia działaniami prozdrowotnymi części populacji generalnej (osób pracujących) ma istotne znaczenie w skali ogólnospołecznej i znajduje głębokie uzasadnienie nie tylko z punktu widzenia epidemiologicznego, ale również społeczno-demograficznego. Wiele dotychczasowych programów profilaktycznych tworzono z myślą o ich wykorzystaniu w praktyce lekarzy rodzinnych. Znaczne obciążenie lekarzy pierwszego kontaktu pracą związaną z bieżącym rozwiązywaniem zróżnicowanych problemów zdrowotnych w dużych populacjach okazuje się istotną przeszkodą dla wdrażania proponowanych działań prozdrowotnych. W obecnej sytuacji w naturalny sposób dochodzi do istotnego ograniczenia zakresu działań diagnostycznych, zwłaszcza w populacji osób bez odczuwanych symptomów choroby [22]. Ponadto w związku z podkreślaną zbyt niską świadomością zdrowotną społeczeństwa [5–7] prawdopodobieństwo zmotywowania osoby zdrowej lub uważającej się za zdrową do odbycia wizyty u lekarza POZ (co wiąże się z koniecznością poświęcenia na to wolnego czasu) jest małe. Czynniki te mogą w istotnym stopniu zaważyć na skuteczności wdrażanych programów prozdrowotnych.

W toku badania profilaktycznego pracownika (kandydata na pracownika) poza dokonaniem oceny, czy jego cechy fizyczne i psychiczne umożliwiają mu wykonywanie pracy na danym stanowisku bez ryzyka wystąpienia niekorzystnych zmian w stanie zdrowia, musi być osiągnięty cel dodatkowy. Jest nim wykluczenie istnienia choroby, która mogłaby stanowić zagrożenie dla współpracowników podczas wykonywania pracy lub która w wyniku kontynuowania pracy mogłaby ulec zaawansowaniu.

W przypadku badań okresowych ocenie podlega dynamika zmian w stanie zdrowia w porównaniu z wynikami stwierdzonymi w poprzednich badaniach. Mimo że obecnie możliwości wdrażania działań profilaktycznych przez służbę medycyny pracy są ograniczone (zarówno z powodów ekonomicznych, jak i legislacyjnych), to w czasie badań profilaktycznych są wykrywane choroby układu krążenia (zwłaszcza nadciś-

nienie tętnicze), cukrzyca, choroby układu ruchu i zaburzenia zdrowia psychicznego, czyli najczęstsze problemy współczesnej populacji osób pracujących, które są przyczyną absencji chorobowej. W czasie badań profilaktycznych określających zdolność do pracy pracownika (kandydata na pracownika) można również zwrócić uwagę na tych pacjentów, którzy mają choroby rozpoznane, ale nieprawidłowo leczone – zwykle z powodu niestosowania się pacjenta do zaleceń lekarskich. Badanie profilaktyczne daje więc możliwość dodatkowej edukacji pacjenta i promocji zdrowia. Z tego powodu badania pracownicze (wstępne, okresowe i kontrolne) są znakomitą okazją do wczesnego wykrywania chorób i wdrażania działań profilaktycznych.

Właściwe ukierunkowanie planowanych działań prozdrowotnych i ich uwzględnienie w już istniejącym i sprawnie funkcjonującym systemie okresowych badań pracowników pozwoli na bardziej efektywne zagospodarowanie środków przeznaczonych na profilaktykę społecznie ważnych chorób przewlekłych. U wielu chorych da to szansę na wykrycie subklinicznych objawów rozwijającej się choroby (która w dalszym przebiegu może doprowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych) i podjęcie właściwej terapii. W obecnym systemie zakres badań diagnostycznych wykonywanych przez lekarzy medycyny pracy w ramach badań wstępnych i okresowych jest ograniczony. Poszerzenie tego zakresu o dodatkowe badania diagnostyczne (np. spoczynkowe badanie elektrokardiograficzne – EKG, badanie poziomu glukozy, cholesterolu, morfologii, moczu czy dodatkowy panel badań dla palaczy tytoniu) dałoby możliwość wczesnego wykrywania chorób, wdrażania działań profilaktycznych i przyczyniłoby się do zmniejszenia absencji chorobowej, a w dalszej perspektywie – zminimalizowałoby ryzyko przedwczesnej utraty zdolności do pracy.

Lekarz medycyny pracy, stwierdzając u pracownika występowanie czynników ryzyka choroby przewlekłej, powinien zainicjować interwencję, która ma na celu modyfikację tych czynników ryzyka. Interwencja nie ograniczałaby się jedynie do działań edukacyjnych, ale zmierzała do ustalenia planu długofalowych działań, takich jak modyfikacja diety, rezygnacja z palenia tytoniu czy zwiększenie aktywności fizycznej. Skuteczność takiej interwencji powinna być kontrolowana przez lekarza medycyny pracy przy okazji kolejnych badań profilaktycznych.

Konieczność podjęcia powyższych działań przez służbę medycyny pracy jest zgodna z priorytetami przyjętymi na lata 2013–2020 przez Europejską

Agencję Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Pracy (European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA). W opublikowanym raporcie „Priorities for occupational safety and health research in Europe: 2013–2020” [23] na problem starzejącego się społeczeństwa w krajach europejskich wskazuje się właśnie jako na największe wyzwanie dla ochrony zdrowia pracujących. Liczba osób powyżej 60. roku życia systematycznie się zwiększa (o ok. 2 mln rocznie) – ponad 2-krotnie szybciej niż w 2007 r. W 27 krajach UE szacuje się, że w latach 2010–2030 populacja pracowników w wieku 55–64 lata powiększy się o 16%. W wielu krajach starsi pracownicy będą stanowić aż ponad 30% całej siły roboczej. Wielu z nich opuszcza rynek pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego z powodu problemów zdrowotnych, szczególnie tych pośrednio związanych z wykonywaną pracą.

Powyższe fakty nakładają na decydentów systemu ochrony zdrowia w Polsce obowiązek stworzenia odpowiednich programów profilaktycznych adresowanych do tej właśnie grupy zawodowej, mających na celu utrzymanie starszych pracowników na rynku pracy i umożliwienie im świadczenia pracy przez jak najdłuższy okres życia [23].

Poza wskazaniem ww. decydentom dodatkowych form finansowania opieki zdrowotnej nad pracownikami w celu realizacji przez służbę medycyny pracy ponadstandardowych działań profilaktycznych należy również zwrócić uwagę na potrzebę zmiany sposobu ustalania standardów opieki profilaktycznej, wprowadzania ich w życie, aktualizowania i dostosowywania do bieżącej sytuacji.

W Polsce zakres i częstotliwość badań profilaktycznych regulowane są aktem prawnym – Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy [20]. Należy zauważyć, że cytowane rozporządzenie w niezmienionej formie (poza małymi wyjątkami) obowiązuje już blisko 20 lat. W tym okresie pojawiły się już nowe czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne dla zdrowia, które występują na stanowiskach pracy, dla których nie określono standardu badania lekarskiego. Zawarty we wskazówkach metodycznych do ww. rozporządzenia zakres obligatoryjnych konsultacji specjalistycznych i badań laboratoryjnych – określony dla poszczególnych czynników mogących negatywnie wpływać na stan zdrowia pracow-

nika – nie zależy od wielkości narażenia zawodowego. Jednocześnie same konsultacje lekarzy specjalistów w większości przypadków nie są dla lekarzy sprawujących opiekę profilaktyczną nad pracownikami niezbędne do wydania orzeczenia lekarskiego o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku.

W czasach rosnących kosztów opieki medycznej utrzymywanie obecnego *status quo* wydaje się nieuzasadnione – tym bardziej, że od wielu lat mówi się w Polsce o konieczności zmniejszenia kosztów zatrudnienia, których składową są m.in. wydatki ponoszone na badania profilaktyczne pracowników. Zmianę wskazówek metodycznych środowisko lekarzy medycyny pracy postuluje już od wielu lat. Co więcej, obowiązujący od 2009 r. program kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy obejmuje edukację lekarzy w zakresie samodzielnej oceny narządu wzroku, słuchu i równowagi czy układu nerwowego. Wzorem innych krajów konsultacje specjalistyczne powinny być zarezerwowane tylko dla przypadków trudnych i kontrowersyjnych, kiedy rodzaj schorzenia pracownika jest trudny do oceny przez lekarza medycyny pracy.

Kolejną niedogodnością wynikającą ze wskazówek metodycznych, obowiązujących w formie rozporządzenia [20], jest to, że w Polsce nie określono jakichkolwiek kryteriów medycznych, których spełnienie jest konieczne do wykonywania danego rodzaju pracy. W obecnej perspektywie stało się oczywiste, że tego rodzaju wytyczne ze względu na obszerność zagadnienia nie powinny być określane jakimkolwiek aktem prawnym. W innych krajach do ustalania standardów medycznych powołuje się odpowiednie zespoły ekspertów czy komitety lub stworzenie standardów powierza się jednej centralnej jednostce bądź towarzystwu naukowemu. W ten sposób wytyczne i zalecenia stanowią formalne standardy postępowania w badaniach profilaktycznych pracowników, a niestosowanie się do nich może być uznane za błąd w sztuce lekarskiej.

Taki sposób tworzenia wytycznych pozwala też na ich aktualizowanie na podstawie najnowszych doniesień naukowych czy doświadczeń płynących z analizy wypadkowości w miejscu pracy. Określanie w akcie prawnym standardów, które dotyczą medycyny pracy, ze względu na długotrwały i skomplikowany proces legislacyjny uniemożliwia szybką reakcję na zmiany wynikające z postępu medycyny. Należy też zauważyć, że określanie standardów postępowania lekarskiego w akcie prawnym nie występuje w żadnej innej dziedzinie medycyny.

Za przyjęciem zmiany polegającej na wskazaniu przez decydentów jednostki czy instytucji odpowiedzialnej za stworzenie i aktualizowanie standardów w medycynie pracy przemawiają także doświadczenia innych państw. W Niemczech w 1971 r. z ramienia Niemieckiego Zakładu Społecznego Ubezpieczenia Wypadkowego (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV) powołano specjalny komitet do spraw medycyny pracy. Jego zadaniami, przy współpracy z wysokospecjalistycznymi grupami ekspertów i w oparciu o doniesienia medyczne, są tworzenie i aktualizacja wytycznych do badań profilaktycznych w celu ochrony pracowników przed niekorzystnym wpływem pracy na zdrowie, wypadkami czy chorobami zawodowymi. Wydawane w formie podręcznika rekomendacje są podstawą przeprowadzania badań profilaktycznych w Niemczech. Co więcej, przedstawione w wyżej wymienionych wskazówkach rekomendacje nie tylko dotyczą częstotliwości przeprowadzania badań profilaktycznych i minimalnego zakresu badań pomocniczych, ale także opisują minimalne kryteria zdrowotne, których spełnienie jest niezbędne do wykonywania danego rodzaju pracy, oraz sposób postępowania z pracownikiem ze stwierdzonymi odchyleniami w stanie zdrowia.

WNIOSKI

- Opieka profilaktyczna nad pracownikami w Polsce sprowadza się najczęściej do przeprowadzania tylko tych badań, które są wskazane w przepisach wykonawczych do Kodeksu pracy. Ich zakres nie jest ukierunkowany na kompleksową ocenę stanu zdrowia pracownika, ale na ocenę tych układów i narządów człowieka, które są krytyczne dla zagrożeń występujących na stanowisku pracy.
- Służba medycyny pracy, mimo przypisanego jej szerokiego wachlarza zadań, nie realizuje ich wszystkich ze względu na brak źródeł finansowania – wielu pracodawców zgadza się finansować jedynie zadania obowiązkowe.
- Dane epidemiologiczne wskazują na powszechnie występującą wysoką chorobowość z powodu chorób przewlekłych i znaczny odsetek chorych nieświadomych swojej choroby lub nieuzyskujących zakładanych efektów terapeutycznych (w związku z niestosowaniem się do zaleceń lekarskich, niewłaściwym przyjmowaniem leków lub brakiem kontroli parametrów choroby).
- Lekarz medycyny pracy ma unikalną możliwość wykrycia zaburzeń w stanie zdrowia pracownika na ich wczesnym etapie, dlatego wszelkie programy profilaktyczne, promocji zdrowia czy wspierające zdrowe i aktywne starzenie się powinny uwzględniać udział w nich służby medycyny pracy.
- Świadomość wagi zachowań prozdrowotnych polskiego społeczeństwa jest na tyle niewielka, że brak pełnego wykorzystania obligatoryjnej opieki profilaktycznej nad pracownikami do wykrywania chorób przewlekłych, których chory nie jest świadomy lub nieskutecznie kontrolowanych, należy traktować w kategorii utraconych korzyści w obszarze obciążenia finansowego – zarówno całego systemu ochrony zdrowia, jak i pojedynczych obywateli.
- Należy rozszerzyć standardy opieki profilaktycznej nad pracownikami o badania, które umożliwiają wczesne wykrywanie stanów chorobowych, których pacjent nie jest świadomy, lub kontrolę skuteczności leczenia zdiagnozowanych już chorób przewlekłych. Jednocześnie należy wprowadzić dodatkowe (oprócz pracodawców) źródła finansowania tych działań.
- Lekarz medycyny pracy, w przypadku stwierdzenia występowania u pracownika czynników ryzyka chorób przewlekłych, powinien zainicjować działania zmierzające do ich ograniczenia lub wyeliminowania, a ich skuteczność ocenić przy okazji kolejnych badań profilaktycznych tego pracownika.
- Zakres badań, wytyczne do orzekania o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do pracy, a także zasady dobrych praktyk w opiece profilaktycznej nad pracownikami powinny być określane i na bieżąco publikowane przez instytuty badawcze oraz towarzystwa naukowe działające w obszarze medycyny pracy. Formuła uchwalania aktów prawnych, w których są publikowane takie standardy, uniemożliwia bowiem ich szybkie i skuteczne wprowadzanie w życie.

PIŚMIENNICTWO

- Rantanen J., Kim R.: Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce [Internet]: World Health Organization, Kopenhaga 2012 [cytowany 19 listopada 2015]. Adres: <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=87>
- Walusiak-Skorupa J., Kalska-Sochacka K., Szcześniak K., Lipińska-Ojrzanowska A., Marcinkiewicz A., Tymoszek D. i wsp.: Jakość i problemy opieki profilaktycz-

- nej w Polsce. W: Pamiętnik konferencji naukowej. Łódzkie Dni Medycyny Pracy 9–10 października 2015 r. Rawa Mazowiecka, Polska. [Internet]: Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy [cytowany 30 listopada 2015]. Adres: <http://www.ptmp.ayz.pl/ptmp/wp-content/uploads/2016/08/Program-i-streszczenia.pdf>
3. Rodriguez R., Warmerdam J., Triomphe C.E.: The Lisbon Strategy 2000–2010. An analysis and evaluation of the methods used and results achieved. Final report [Internet]: European Parliament, Bruksela 2010 [cytowany 20 listopada 2015]. Adres: <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201107/20110718ATT24270/20110718ATT24270EN.pdf>
 4. European Commission, Eurostat: Work and health in the EU. A statistical portrait: Data 1994–2002. Office for Official Publications of the European Communities, Luksemburg 2004
 5. Suligowska K., Gajewska M., Stokwizewski J., Gaciong Z., Bandosz P., Wojtyniak B. i wsp.: Niedostateczna wiedza Polaków na temat kryteriów nadciśnienia tętniczego i jego powikłań – wyniki badania NATPOL 2011. *Nadciśn. Tętn.* 2014;18(1):9–18
 6. Słopiecka A., Wiraszka G.: Zachowania kobiet w zakresie profilaktyki chorób narządów płciowych. *Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków* 2013;1:50–60
 7. Korzeniowska E.: Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm. *Med. Pr.* 2004;55(2):129–138
 8. International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas. Sixth edition [Internet]: Federation, Bruksela 2014 [cytowany 21 listopada 2015]. Adres: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf
 9. Zdrojewski T.: Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie. *Postępy Nauk Med.* 2011;3:4–10
 10. Gdański Uniwersytet Medyczny [Internet]: Uniwersytet, Gdańsk 1996–2016 [cytowany 20 listopada 2015]. Wyniki badania NATPOL 2011 ogłoszone. Adres: <http://gum-med.edu.pl/16091.html>
 11. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. *DzU z 2014 r. poz. 1502 z późn. zm.*
 12. Marcinkiewicz A., Wojda M., Walusiak-Skorupa J., Hancek W., Rydzynski K.: Analiza zadań realizowanych przez służbę medycyny pracy w Polsce w latach 1997–2014 – czy wykorzystujemy pełen potencjał badań profilaktycznych? *Med. Pr.* W druku 2017, <http://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.00509>
 13. Główny Urząd Statystyczny [Internet]: Urząd, Warszawa 1995–2016 [cytowany 23 listopada 2015]. Pracujący. Bezrobotni. Bierni zawodowo wg BAEL. Adres: stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael
 14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich. *DzU z 2014 r., poz. 1144*
 15. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. *DzU z 2014 r., poz. 1184*
 16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów. *DzU z 2010 r. nr 149, poz. 1002*
 17. Siedlecka J.: Wybrane problemy zdrowotne związane z pracą kierowców pojazdów komunikacji miejskiej. *Med. Pr.* 2006;57(1):47–52
 18. LexLege [Internet]: ArsLege 2009–2016 [cytowany 20 listopada 2015]. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 4 grudnia 1987 r., III PZP 85/86. Adres: <http://www.lexlege.pl/orzeczenie/13947/iii-pzp-85-86-uchwala-skladu-siedmiu-sedziow-sadu-najwyzszego-izba-pracy-i-ubezpieczen-spolecznych/>
 19. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: Program specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (moduł podstawowy i moduł specjalistyczny) dla lekarzy nieposiadających specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny [Internet]: Centrum, Warszawa 2014 [cytowany 24 listopada 2015]. Adres: <http://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2014/06/Akredytacja2014-program-medycyna-pracy.pdf>
 20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. *DzU z 1996 r. nr 69, poz. 332 z późn. zm.*
 21. Bortkiewicz A., Gadzicka E., Siedlecka J., Makowiec-Dąbrowska T.: Zawodowe i środowiskowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia. W: Bortkiewicz A. [red.]. *ChOROBY układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej. Poradnik dla lekarzy.* Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2011, ss. 37–112
 22. Najwyższa Izba Kontroli: Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych. Informacja o wynikach

- kontroli [Internet]: Izba, Warszawa 2015 [cytowany 3 kwietnia 2016]. Adres: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,9729,vp,11985.pdf>
23. European Agency for Safety and Health at Work: Priorities for occupational safety and health research in Europe: 2013–2020 [Internet]: Agency, Luksemburg 2013 [cytowany 25 listopada 2015]. Adres: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/priorities-for-occupational-safety-and-health-research-in-europe-2013-2020>