

Wprowadzanie zmian wymaga dobrej współpracy pracodawcy z lekarzem medycyny pracy

Wywiad z prof. dr hab. med. **Jolantą Walusiak-Skorupa**, kierownikiem Kliniki Chorób Zawodowych i Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

– Jak w ostatnich latach i dlaczego zmniejsza się liczba chorób zawodowych i zmienia się ich struktura? Co przesądza o wysokiej pozycji chorób zakaźnych i pasożytniczych?

– W Polsce od 1998 r. obserwuje się systematyczny spadek bezwzględnej liczby stwierdzanych chorób zawodowych i zmniejszenie współczynnika zapadalności na te choroby. Najwyższą od 1980 r. liczbę nowych zachorowań stwierdzono właśnie w 1998 r. (było to 12 007 przypadków), w porównaniu do którego w 2011 roku odnotowano spadek o 78,7%. Wskaźnik zapadalności był z kolei najwyższy w roku 1993 – 128,7 na 100 000 zatrudnionych, podczas gdy w 2011 wyniósł 28,3.

W ostatnich latach zmieniła się też struktura chorób zawodowych, zniknęły praktycznie ostre i przewlekłe zatrucia, pozostały pylice płuc oraz obustronny trwały ubytek słuchu, natomiast pojawiły się choroby zakaźne, których wcześniej rozpoznawano bardzo niewiele i zwykle były to przypadki wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C. Wprawdzie dzięki wprowadzonym szczepieniom przeciwko WZW B, zmalała liczba tych chorych, ale rośnie zapadalność na WZW C oraz pojawił się nowy problem – borelioza. To właśnie rozpoznawanie wielu nowych przypadków boreliozy – wśród leśników, rolników – sprawiło, że ta grupa chorób zawodowych zwiększyła swą liczebność.

Liczby dotyczące częstości i zapadalności na choroby zawodowe są obecnie niewielkie, jednak z całą pewnością nie odzwierciedlają stanu zdrowia populacji osób pracujących. Wynika to z kilku przyczyn. Choroby zawodowe w Polsce są zdecydowanie niedodiagnozowane – ich ujawnienia obawiają się zarówno pracodawcy, ponoszący w takim przypadku wyższe koszty ubezpieczenia, jak i pracownicy, którzy nie będą mogli kontynuować pracy na dotychczasowym stanowisku, w narażeniu, które wywołało chorobę zawodową. Między innymi dlatego wśród chorób zawodowych dominuje borelioza, gdyż w tym przypadku nie ma zwykłych obaw o utratę pracy – po wyleczeniu można wrócić do wcześniej wykonywanej pracy.

Służba medycyny pracy jest w swoich działaniach nakierowana na badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne, podczas których pracownicy, chcący uzyskać zaświadczenie o braku przeciwwskazań do pracy, nierzadko ukrywają swoje dolegliwości. Restrykcyjny charakter naszego systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami nie przewiduje wydania warun-



Fot. GIP/Jaworski

kowego orzeczenia o zdolności do pracy, z sugestią pewnych ograniczeń i wyeliminowania odpowiednich czynników narażenia zawodowego. Jest to też jednocześnie przyczyną ograniczania liczby ujawnianych chorób zawodowych.

– W przypadku przewlekłych chorób narządu głosu występują istotne różnice regionalne dotyczące liczby orzeczonych chorób. Jaka jest diagnoza tego zjawiska i czy są podejmowane środki zaradcze?

– Różnice regionalne mogą wynikać z różnych czynników – jakaś grupa zawodowa jest w tym regionie bardziej liczna, np. pylice są rozpoznawane głównie na Śląsku, jest większe bezrobocie i wówczas pracownicy nie mając pracy decydują się na ubieganie się o świadczenie z tytułu choroby zawodowej lub też dotyczą tych przypadków, w których mogą istnieć różnice w kryteriach diagnostycznych pomiędzy ośrodkami, tak jest np. właśnie w odniesieniu do niedowładu mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią, który obok guzków głosowych twardych i wtórnych zmian przerostowych łańdów głosowych należy do rozpoznawanych chorób narządu głosu.

– W publikacji GUS „Warunki pracy 2012” podano, że w objętych badaniem zakładach 506 tys. osób – spośród 5 303 tys. zatrudnionych – pracowało w warunkach zagrożenia, w 58% czynnikami związanymi ze środowiskiem pracy. Jaki wpływ mogą mieć lekarze służby medycyny pracy na poprawę ochrony zdrowia pracujących w narażeniu, skoro koncentrują się na stronie formalnej swojej działalności, a nie przywiązują wagi do wizytowania zakładów oraz stanowisk pracy, omawiania wniosków z wizytacji z pracodawcą? Czy do zmiany tego stanu rzeczy potrzebna jest nowelizacja ustawy o smp i w jakim kierunku?

– Jakość usług służby medycyny pracy, która nie zawsze spełnia odpowiednie standardy oraz sposoby sprawowania opieki profilaktycznej to bardzo ważne zagadnienia. Wraz

z moim zespołem w ramach działalności Instytutu Medycyny Pracy oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy próbujemy poprawiać tę jakość poprzez odpowiednie kształcenie lekarzy medycyny pracy. Tworzymy i popularyzujemy wytyczne do opieki profilaktycznej, w tym zasady dobrych praktyk. Niemniej jednak pragnę podkreślić rolę pracodawcy w procesie sprawowania kompleksowej opieki profilaktycznej, o czym bardzo często zapominamy, przierzucając całą odpowiedzialność na medyków pracy. Po pierwsze, pracodawca powinien zawierać umowę z jednostką najlepszą, a nie tylko oferującą najniższe ceny. Zupełnie nie rozumiem pretensji pracodawców, że lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną nie wywiązuje się ze swoich zadań. Jeśli tak jest, należy zmienić usługodawcę. Po drugie, pracodawca w wielu przypadkach oczekuje realizacji jedynie tych zadań służby medycyny pracy, które są obligatoryjne, nie chcąc finansować innych zadań, np. z zakresu profilaktyki. Wizytacja stanowisk pracy, wprowadzanie zmian zasugerowanych przez lekarza wymaga bardzo dobrej współpracy ze strony pracodawcy.

Opieka profilaktyczna, by była kompleksowa i skuteczna, powinna tak naprawdę obejmować współpracę jednostki służby medycyny pracy, pracodawcy i samego pracownika. Oczywiście, że konieczne są duże zmiany legislacyjne, dotyczące służby medycyny pracy – o które Instytut Medycyny Pracy walczy od dawna. Zmiany te powinny przede wszystkim zmierzać do bardziej kompleksowego podejścia do zdrowia pracownika, nie tylko do wybranych aspektów związanych z pracą i ewentualnym ryzykiem chorób zawodowych.

– W 2012 r. tylko niespełna co piąty podmiot gospodarczy zatrudniający pracowników zawierał umowy z jednostkami podstawowymi smp. Co jest tego przyczyną?

– Jest to kolejny przykład zaniedbań, których przyczyny leżą po obydwu stronach – pracodawcy zaniedbują kwestię podpisania umowy – tu mamy duże pole do działania dla Państwowej Inspekcji Pracy oraz lekarzy, którzy nie powinni świadczyć usług z zakresu medycyny pracy – zwykle oczywiście chodzi o wykonywanie badań profilaktycznych – bez podpisanej umowy. Pytanie sprowadza się więc do kwestii, dlaczego tak często w naszym kraju nie przestrzegamy prawa.

– Przedłużenie wieku emerytalnego oznacza dla wielu pracowników większe skumulowanie skutków ekspozycji na czynniki szkodliwe i zagrożenia na stanowiskach pracy. Jaką pomoc mogą oni otrzymać ze strony lekarzy medycyny pracy?

– Istnieje potrzeba, aby wesprzeć pracownika na różnych etapach jego życia, aby mógł bezpiecznie i zdrowo pracować. Nie jest to łatwe w obliczu starzenia się siły roboczej i rosnącego odsetka osób pracujących z co najmniej jedną chorobą przewlekłą. Jednocześnie 28% pracowników twierdzi, że cierpi na związane z pracą, ale nie będące skutkiem wypadku, problemy zdrowotne, które są, albo mogą być zastrzone przez pracę, a 35% osób uważa, że praca stanowi zagrożenie dla ich zdrowia. Wszystko to sprawia, że ocena ryzyka zawodowego staje się znacznie bardziej skomplikowana.


Moim zdaniem lekarz, czy raczej cała służba medycyny pracy powinna odgrywać kluczową rolę w kwestiach wspierania zdrowego i aktywnego starzenia się, o których tak wiele się ostatnio mówi. Wynika to z tego, że jako zwykle jedynie lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną widzi pacjenta mającego poczucie pełnego zdrowia, który nie zgłasza się do lekarza, bo się czuje źle, tylko dlatego, że ma wyznaczone badania okresowe. Można wówczas zwrócić uwagę na czynniki ryzyka chorób, które mogą wystąpić w przyszłości, np. podwyższony poziom cholesterolu, otyłość, które będą sprzyjać rozwojowi choroby niedokrwiennej serca, jak również na wczesne objawy różnych chorób lub też złą kontrolę chorób już istniejących. Odpowiednio wczesna reakcja na takie problemy pozwoli naszym pacjentom na dłuższe pozostawanie w dobrym zdrowiu, a więc również dłuższą aktywność zawodową.

– Co wynika z prowadzonych przez Panią Profesor badań osób ze skłonnościami do alergii zawodowej? Jak liczna jest to populacja i czy może liczyć – w pewnym sensie – na odmianną swojego losu dzięki lepszemu opiece profilaktycznej?

– Choroby alergiczne związane z pracą dotyczą około 20% osób z chorobami alergicznymi, a te z kolei stanowią około 5 – 8% populacji generalnej. Oznacza to, że alergia zawodowa lub choroba alergiczna zastrzająca się pod wpływem pracy dotyczy bardzo wielu osób – znacznie większej grupy niż wynika to ze statystyk chorób zawodowych.

Prowadzone od wielu lat badania naszego zespołu klinicznego, pozwoliły na poznanie wielu problemów związanych z alergią zawodową. Myślę, że najważniejszym wnioskiem, związanym z opieką profilaktyczną, jest ten, że osobom atopowym, czyli ze skłonnościami do alergii (które stanowią ok. 40% populacji) nie należy ograniczać możliwości wyboru zawodu, a jedynie zmodyfikować opiekę profilaktyczną nad nimi. I tu właśnie powinna wkraczać kompleksowa, wysokiej jakości opieka profilaktyczna, w której osoby z grupy ryzyka są objęte dodatkowymi działaniami, z jednej strony zmniejszającymi ryzyko zachorowania (np. dodatkowe szkolenia, środki ochrony osobistej, rotacyjny system pracy w ekspozycji na alergeny), a z drugiej – badaniami

R E K L A M A



**WYŻSZA SZKOŁA
TECHNICZNO-PRZYRODNICZA
W POZNAŃU**

**zaprasza na studia inżynierskie:
kierunek BUDOWNICTWO
7 SPECJALNOŚCI DYPLOMOWANIA**

**Studia stacjonarne i niestacjonarne
(7 semestrów)**

studia PODYPLOMOWE

2 semestry:

- BHP
- konserwacja i renowacja zabytkowych obiektów budowlanych
- przygotowanie kosztorysów i ofert na usługi budowlane

3 semestry:

- BHP dla nauczycieli
- informatyka i technologia informacyjna

**ZAPRASZAMY RÓWNIEŻ NA STUDIA
PODYPLOMOWE BHP DO KATOWIC**
więcej informacji:
CONART Sp. z o.o., tel. 32 253 71 33
www.conart.pl, szkolenia1@conart.pl

**Rozpoczęcie nowego semestru:
15 marca 2014 r.**

WSTP w Poznaniu
60-650 Poznań, ul. Obornicka 229
tel./fax: 61 840 04 41, e-mail: wstp@wstp.com.pl
wstp.com.pl

umożliwiający wykrycie choroby na jak najwcześniejszym etapie, co pozwala na skuteczną terapię. Jednym słowem, odpowiadając na pytanie: tak, nowoczesna służba medycyny pracy może odmienić los osób z chorobą alergiczną lub atopowych, zagrożonych jej wystąpieniem.

– Do kogo są adresowane (i czy są podejmowane, jeśli tak, to z jakimi skutkami) tworzone w Klinice programy profilaktyczne odnoszące się do problemów zdrowotnych występujących w środowisku pracy? Najczęściej po słowie „program” pojawia się pytanie o źródła jego sfinansowania...

– Programy profilaktyczne opracowywane w Instytucie Medycyny Pracy dotyczą najważniejszych problemów zdrowotnych osób pracujących. W wyniku niedawno zakończonego projektu w ramach *Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki* powstały programy ukierunkowane na choroby narządu słuchu, układu ruchu i układu nerwowego, choroby alergiczne, skóry, zakaźne, układu krążenia i związane z zagrożeniami psychospołecznymi. Zapraszam na stronę www.programyzdrowotne.pl, jest tam wiele gotowych materiałów do pobrania. Jeśli chodzi o finansowanie, to generalnie program w zakładzie pracy finansuje pracodawca, natomiast proszę pamiętać, że istnieje już tak wiele gotowych programów, które wymagają jedynie dostosowania do konkretnej grupy, że nakładów wymaga sama realizacja programu, a nie jego opracowanie. Staramy się wprawdzie przekonać również NFZ, że niektóre z programów zdrowotnych finansowanych przez Fundusz powinny być realizowane również z udziałem służby medycyny pracy, ale niestety na razie bez jakichkolwiek sukcesów.

– W Klinice Chorób Zawodowych i Toksykologii powstają kompleksowe programy ukierunkowane na powroty do pracy. Jaka jest ich realność i od czego ona zależy?

– Od zmiany podejścia – pacjentów i lekarzy. Pacjenci boją się przyznawać do choroby, zwłaszcza związanej z pracą. Lekarze stwarzają szereg ograniczeń, czasem zupełnie niepotrzebnych. Na przykład, gdy pacjent ma alergiczną, zawodową nieżyt nosa, to w Polsce nie może kontynuować pracy w zawodzie z obawy na wystąpienie astmy. Tymczasem fińskie badanie wykazało, że tylko 11% z tych pacjentów, którzy kontynuują narażenie zapada na astmę zawodową. Niepotrzebnie więc odsuwamy od pracy pozostałe prawie 90%. Co więcej, programy powrotu do pracy w Polsce nie działają. Brak jest współpracy między pracodawcą, lekarzem służby medycyny pracy i lekarzem leczącym pacjenta, a to właśnie lekarz medycyny pracy powinien odgrywać tu kluczową rolę.

W ostatnich latach pojawiły się dane na temat korzystnego wpływu pracy na proces zdrowienia, stąd duży nacisk na rozwój programów wspierających powroty do pracy po chorobie. Bezrobocie i kryzys ekonomiczny sprawiają, że lekarz służby medycyny pracy staje się pomocny w poszukiwaniu nowej pracy, gdyż przeprowadzona przez niego ocena stanu zdrowia i wynikające z niej sugestie mogą te działania odpowiednio ukierunkować.

– Uczestniczyła Pani Profesor w spotkaniu w Lucernie, na którym przedstawiano propozycje do nowej dyrektywy unijnej, która ma określić minimalne wymagania dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa w pracy. Jaki to etap prac nad tą dyrektywą i czy jednolite zasady w skali UE będą oznaczały dla nas podniesienie standardu wymagań?

– Są to bardzo wstępne prace, niemniej jednak mam nadzieję, że wszelkie zmiany w Unii Europejskiej, będą oznaczały zwiększenie wymagań, a tym samym poprawę jakości usług również w naszym kraju.

Wiadomo już, że w całej Europie współczesna medycyna pracy stanęła przed poważnym wyzwaniem. Skala problemu jest różna w różnych krajach, niemniej jednak zmieniające się środowisko pracy i inne niż dotychczas problemy zdrowotne osób pracujących wymagają zmian systemowych w zakresie ochrony zdrowia osób pracujących.

W chwili obecnej w środowisku pracy obserwuje się wzrost konkurencji, presji, agresji i przemocy, co skutkuje omówionymi powyżej problemami zdrowia psychicznego. Międzynarodowy transfer niebezpiecznych prac i technologii sprawia, że pracownicy są narażeni na nowe czynniki zawodowe, często o niepoznanych skutkach. Rośnie liczba bardzo małych przedsiębiorstw i osób samozatrudniających się, które nie mają zapewnionej odpowiedniej opieki profilaktycznej.

Równocześnie zmienia się nasze podejście do pracy i jej roli w życiu człowieka. Praca jest w coraz większym stopniu podstawowym elementem jakości życia i dobrego samopoczucia, głównym źródłem dochodów, określa nasz status społeczny. Biorąc pod uwagę wysoki odsetek zaburzeń psychicznych w społeczeństwie, ważnym jest aby wszystkim pracownikom zapewnić zdrowe i przyjazne środowisko pracy. O tych wszystkich problemach dyskutujemy w ramach sekcji medycyny pracy w *European Union of Medical Specialists*, w ramach której odbyło się właśnie wspomniane spotkanie w Lucernie.

– W grudniu ub.r. została Pani Profesor laureatką nagrody im. Haliny Kraheleskiej, przyznawanej przez głównego inspektora pracy, za osiągnięcia w zakresie ochrony pracy i zdrowia w środowisku pracy. Czym dla Pani jest ta nagroda?

– Oczywiście jest to dla mnie wielkie wyróżnienie, tym bardziej, że przedstawiciele służby medycyny pracy bardzo rzadko zostają laureatami tej nagrody. Najczęściej są nimi przedstawiciele służb bhp, pracodawcy, związkowcy. Muszę podkreślić, że do skutecznej opieki profilaktycznej potrzebna jest dobra współpraca pracodawcy, pracownika i służby medycyny pracy, a mam wrażenie, że w naszym kraju często zapomina się właśnie o nas, odpowiedzialnych za ten medyczny aspekt dbania o zdrowie pracownika. Tym bardziej się cieszę, że nasza działalność została zauważona.

„Przyjaciel przy Pracy” dziękuje
za udzielenie odpowiedzi na nasze pytania