

## OD REDAKCJI

Ryszard Andrzejak

Bogusław Beck

Joanna Urban

### NOWE OBLCICZE MEDYCYNY PRACY – AKTUALNE PROBLEMY, PRZYSZŁE ROZWIĄZANIA

NEW IMAGE OF OCCUPATIONAL MEDICINE – CURRENT PROBLEMS, FUTURE SOLUTIONS

Z Katedra i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

#### STRESZCZENIE

Aktualne problemy medycyny pracy wynikają przede wszystkim z sytuacji, w której istniejące struktury nie są odpowiednio przystosowane do zmian w gospodarce, strukturze rynku pracy oraz trendach społecznych i demograficznych, które w szybkim tempie dokonały się w ostatnim dziesięcioleciu. Istniejąca ustawa o służbie medycyny pracy precyzyjnie określa zadania służb medycyny pracy, jednak pomimo, wydawałoby się, jasnych i szczegółowych umocowań prawnych, możliwość rzeczywistych działań nie jest uporządkowana i napotyka wiele barier. Zmiany w strukturze gospodarki i przedsiębiorstw oraz rynku pracy spowodowały, że pomimo systemu obligatoryjnych badań profilaktycznych, istnieje duża grupa osób niepodlegających im. Sprawowanie opieki nad pracownikami w większych zakładach pracy także stwarza pewne problemy dotyczące przede wszystkim zakresu badań, ale także identyfikacji nowych zagrożeń związanych z ergonomią, czynnikami psychologicznymi lub biologicznymi, ich ograniczania, monitorowania i profilaktyki. Z wyżej wymienionymi problemami ściśle wiąże się szeroki temat jakości świadczonych usług. Kolejną kwestią jest opracowanie systemu kontroli jakości i egzekwowania zaleceń pokontrolnych oraz możliwości zastosowania ewentualnych sankcji. Ważnym zadaniem jest także modyfikacja systemu zdobywania specjalizacji i egzaminowania. W stworzeniu nowego oblicza medycyny pracy w Polsce najważniejszą kwestią są więc korekty istniejących podstaw prawnych, wprowadzające nowe standardy ochrony zdrowia pracujących, umożliwienie świadczenia usług najwyższej jakości, stworzenie warunków do funkcjonowania zespołów wielodyscyplinarnych, sprawujących opiekę profilaktyczną nad pracującymi, gwarantujących korzyści zdrowotne i ekonomiczne społeczeństwa. Med. Pr., 2006;57(2):97–100

Słowa kluczowe: struktura medycyny pracy, problemy w medycynie pracy, zespoły wielodyscyplinarne

#### ABSTRACT

Current problems in occupational medicine result mainly from the situation in which existing structures are not appropriately adapted to the changes in economy, work market structures and social and demographic trends, which rapidly appeared within the last decade. The Act of Occupational Medicine Service in force precisely defines the duties of occupational medicine services. However, although the legal powers seem clear and detailed, the possibility of real actions is not put in order and encounters many barriers. The changes in structures of economy, enterprises and work market result in the situation in which despite the obligatory preventive examination system, there is a large group of people that are not subject to them. Care of workers in bigger companies or institutions is also the source of problems concerning mainly the examination range, but also the identification of new threats connected with ergonomics, psychological or biological factors; their limiting, monitoring and prevention. A broad issue of provided service qualities is closely connected with the problems mentioned above. Another question is defining the quality control system, the execution of post-control suggestions and the possibility of applying possible sanctions. A significant task is also to modify the examining and specialisation acquirement system. In the creation of the new image of occupational medicine in Poland the most significant issue is to correct the current legal grounds by introducing new standards of health protection for working people, enable to provide high-quality services, create the conditions for functioning of multidiscipline teams preventively caring of working people, being a guarantee of health and economic benefits for the society. Med Pr 2006;57(2):97–100

Key words: structure of occupational medicine, problems in occupational medicine, multidisciplinary teams in occupational medicine

Adres autorów: Pasteura 4, 50-369 Wrocław, e-mail: boguslawbeck@wp.pl

Nadesłano: 28.02.2006

Zatwierdzono: 14.03.2006

Ustawa o służbie medycyny pracy precyzyjnie określa zadania służb medycyny pracy z zakresu sprawowania opieki profilaktycznej, ograniczania szkodliwego wpływu pracy na zdrowie, prowadzenia rehabilitacji leczniczej uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową, ini-

cjowania i realizowania promocji zdrowia, inicjowania działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników, prowadzenia analiz stanu zdrowia pracowników oraz gromadzenia, przechowywania i przetwarzania informacji. Ustawa stwarza też możliwość współpracy

z instytucjami państwowymi, ZUS, KRUS, NFZ, PIS i PIP jak i z pracodawcami oraz pracownikami (1). Jednak, pomimo wydawałoby się tak jasnych i szczegółowych umocowań prawnych, możliwość rzeczywistych działań nie jest uporządkowana i napotyka szereg barier. Aktualne problemy medycyny pracy wynikają przede wszystkim z sytuacji, w której istniejące struktury nie nadążają jakby i nie są odpowiednio przystosowane do zmian w gospodarce, strukturze rynku pracy oraz trendach społecznych i demograficznych, które w szybkim tempie dokonały się w ostatnim dziesięcioleciu. Głównymi czynnikami modyfikującymi strukturę społeczną i gospodarczą są:

- globalizacja (koncentracja kapitału w wielkich, ponadnarodowych przedsiębiorstwach),
- tworzenie małych i średnich firm,
- wzrost liczby samozatrudniających się,
- zmiany struktury zatrudniania w dużych firmach: działalność wykraczająca poza wytwarzanie głównego produktu jest zlecana wykonawcom zewnętrznym (outsourcing),
- szybki rozwój technologii, co stopniowo eliminuje tradycyjne zawody i powoduje powstawanie nowych,
- powszechne wykorzystanie komputerów i internetu, co stwarza możliwość pracy w domu (telepraca),
- trendy demograficzne – starzenie się społeczeństwa (2,3).

Zmiany te spowodowały, że pomimo systemu obligatoryjnych badań profilaktycznych, istnieje duża grupa osób im nie podlegających: rolnicy indywidualni, samozatrudniający się, członkowie małych firm rodzinnych (4). Ponadto, często pracownicy takich małych firm zgłaszają się do lekarza medycyny pracy z tzw. ulicy. Zgłoszenie się pracownika nie jest poprzedzone podpisaniem stosownej umowy pomiędzy pracodawcą a lekarzem, pracownik nie dysponuje odpowiednim skierowaniem, zawierającym wyszczególnienie warunków szkodliwych czy uciążliwych występujących na stanowisku pracy, a co wynika z ustawy (5). W takich małych przedsiębiorstwach nie odbywają się także wizytacje stanowisk pracy, a lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne nie bierze udziału w realizacji zadań zapisanych w ustawie, poza przeprowadzeniem badania i wydaniem orzeczenia.

Na rynku istnieją również firmy będące jakby bankami pracowników kierowanych do różnych innych pracodawców w zależności od zapotrzebowania. W wystawianych przez nie skierowaniach na badania profilaktyczne nie są wyszczególnione najczęściej żadne czynniki szkodliwe, a stanowisko pracy określone jest

dość ogólnie, np.: konsultant, pracownik fizyczny, pracownik transportu. Od lekarza medycyny pracy oczekuje się orzeczenia o możliwości podjęcia pracy w ogóle, co nie jest przecież jego zadaniem.

Sprawowanie opieki nad pracownikami w większych zakładach pracy także stwarza pewne problemy, problemy dotyczące przede wszystkim zakresu badań. Z jednej strony nagminnie wykonuje się badania zaliczane do tzw. screeningu. Najczęściej są to: morfologia, OB, mocz, cukier, cholesterol, z których jedynie wykonanie badania poziomu cukru i cholesterolu wydaje się zasadne, jako element wczesnego wykrywania ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych (6). Pozostałe analizy nie przynoszą wymiernych korzyści zdrowotnych, a środki na nie przeznaczane można byłoby spożytkować w inny sposób, realizując rzeczywiste potrzeby pracodawców i pracowników. Z drugiej zaś strony lekarze profilaktycy dysponują czasem zbyt małymi środkami, co wymusza ograniczenie wykonywania konsultacji specjalistycznych, nawet jeśli są one uzasadnione.

Odrębną kwestią jest przeprowadzanie badań profilaktycznych przez lekarzy rodzinnych lub ogólnych, którzy mają do tego uprawnienia, w przypadku stanowisk wolnych od narażeń (5). Niestety, często są to stanowiska źle przeanalizowane w aspekcie występowania narażeń, gdzie nie uwzględniono nowych czynników szkodliwych związanych z ergonomią, czynnikami psychologicznymi lub biologicznymi.

Z wyżej wymienionymi problemami ściśle wiąże się obszerne zagadnienie jakości świadczonych usług i konieczności certyfikacji jednostek podstawowych medycyny pracy. Proces akredytacji powinien być przeprowadzany przez instytucję zewnętrzną na wniosek zainteresowanych przy istotnym doradczym udziale wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. W jednostkach podlegających akredytacji powinien istnieć system wprowadzania i realizacji zasad dobrej praktyki, takich jak:

- posiadanie odpowiednich kwalifikacji i stałe ich podnoszenie,
- ukierunkowanie na realizację potrzeb klienta,
- podpisanie umów gwarantujących spełnienie tych potrzeb,
- zarządzanie informacją o stanie zdrowia pracowników,
- dążenie do tworzenia zespołów kooperantów,
- wprowadzanie działań prozdrowotnych i inicjowanie programów promocji zdrowia,
- doradztwo w szerokim zakresie w sprawach dotyczących ochrony zdrowia pracowników (7).

Obecnie, zgodnie z ustawą, jakość usług świadczonych przez jednostki podstawowe podlega kontroli sprawowanej przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Kontrole te jednak ograniczają się do sprawdzenia dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej pod kątem realizacji zakresu i częstotliwości badań (1). Nie jest to kontrola wystarczająca do pełnej oceny funkcjonowania jednostki. Ponadto nie ma opracowanego systemu sankcji i egzekwowania zaleceń pokontrolnych. Brak też jest określenia kompetencji nadzorujących i pewnej regularności przeprowadzanych ocen.

Kolejnym problemem jest system zdobywania specjalizacji i egzaminowania. Wydaje się, że największą bolączką kandydatów jest brak banku pytań, co jest ewenementem na tle innych specjalizacji zarówno podstawowych jak i podspecjalizacji. Egzaminy testowe sprawiają duże trudności nawet doskonale przygotowanym kandydatom, czasem od lat praktykującym, a zwłaszcza starszym lekarzom, nieprzywykłym do tej formy egzaminów. Brak jest określenia sprecyzowanych wymagań co do posiadania szczegółowej wiedzy z poszczególnych działów medycyny pracy, takich jak: psychologia, ergonomia, fizjologia, higiena, toksykologia i inne. W tej sytuacji istotnym elementem przygotowania do egzaminu mógłby być kurs atestacyjny. Taka forma przygotowania przedegzaminacyjnego, szczególnie w medycynie pracy, gdzie na przestrzeni pięciu lat szkolenia zmieniają się nie tylko klasyfikacje kliniczne, dane z epidemiologii, czy metody diagnostyczne, ale także podstawy prawne działalności służb medycyny pracy, miałyby swoje pełne uzasadnienie.

Pozostając przy temacie kształcenia specjalizacyjnego, należy zauważyć głosy krytycznie oceniające obecny system kierowania osobami specjalizującymi się. Kierownicy specjalizacji mają obowiązek prowadzenia szkoleń i kolokwium dla swoich podopiecznych, co odbywa się poza etatowym czasem pracy, który jest wypełniony podstawową działalnością zawodową. W związku z tym należałoby rozważyć zasadność dodatkowego wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji.

Na tle niedostatków w dostosowaniu standardów realizacji działalności statutowej medycyny pracy do zmieniających się potrzeb, pojawiają się także sytuacje, w których może dochodzić do nadmiernej liberalizacji prawa, jak choćby w przypadku badań kierowców prowadzących pojazdy w stanie nietrzeźwym. Dotąd należało to do zadań WOMP-ów i gwarantowało rzetelność świadczonej usługi. Czasem jednak zdarza się, że urzędnicy starostw respektują zaświadczenia z gabinetów prywatnych, co w przypadku braku zachowania

odpowiednich standardów może nosić znamiona nierzetelności i niskiego poziomu jakości świadczeń. Stan ten wymaga konkretnych uregulowań prawnych.

Kolejnym, aktualnym problemem medycyny pracy jest potrzeba identyfikacji nowych zagrożeń zawodowych, wśród których do najważniejszych należą: stres zawodowy, agresja w miejscu pracy, zespół wypalenia zawodowego, zespół przemęczenia, mobbing, bullying, nowe zagrożenia biologiczne, nowe substancje chemiczne, zagrożenia wynikające z nowych technologii i alergeny (8–12). Czynniki te stwarzają trudności w ich identyfikacji, monitorowaniu oraz opracowaniu metod ograniczenia ekspozycji, profilaktyki i ewentualnego leczenia czy rehabilitacji zawodowej.

Wszystkie wymienione wyżej przemiany gospodarcze, legislacyjne i strukturalne problemy i niedostatki służb medycyny pracy, analizowane i opisywane w ostatnich kilku latach oraz fakt przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, stwarzają pilną konieczność modyfikacji funkcjonujących obecnie systemów, a także wprowadzenia nowych standardów ochrony zdrowia pracujących. Podjęte działania powinny sprzyjać stworzeniu warunków, w których wszyscy pracujący objęci byłiby opieką profilaktyczną, nie tyle w wyniku konieczności respektowania ustanowień prawnych, lecz z powodu świadomej potrzeby korzystania z usług sektora medycyny pracy. Kluczowe w tym zakresie jest przedstawienie wszystkim uczestnikom obecnym na rynku pracy realnych korzyści zdrowotnych i ekonomicznych, wypływających z aktywnego uczestnictwa pracodawców i pracowników w działaniach na rzecz zdrowia. W wymiarze praktycznym poprawie istniejącej sytuacji sprzyjać będzie:

- stworzenie warunków do świadczenia usług najwyższej jakości,
- opracowanie procedur certyfikacji jednostek podstawowych medycyny pracy oraz systemu kontroli i egzekwowania zaleceń,
- oparcie funkcjonowania służby medycyny pracy o model zespołu wielodyscyplinarnego.

Stworzenie warunków do funkcjonowania zespołów wielodyscyplinarnych, sprawujących opiekę profilaktyczną nad pracującymi, jest podejściem jedynie słusznym i gwarantującym korzyści zdrowotne i ekonomiczne społeczeństwa. W ramach realizacji tej koncepcji istotnym jest określenie funkcji lekarza medycyny pracy w wielodyscyplinarnym zespole, w skład którego wchodzić powinni także: przedstawiciele pracowników, przedstawiciele pracodawców, higieniści przemysłowi, specjaliści BHP, psychologowie, ergonomiści, toksykolo-

dzy, mikrobiolodzy, inżynierowie procesów technologicznych, lekarze rodzinni, lekarze specjaliści, epidemiolodzy i statystycy (3,13).

Nowy sposób spojrzenia na problemy ochrony zdrowia pracujących był prezentowany na kilku konferencjach, m.in. na międzynarodowej konferencji w Medanie, poruszającej tematy wielowątkowego podejścia do ochrony zdrowia pracujących (14). Przygotowanie koniecznych do wprowadzenia zmian legislacyjnych jest między innymi przedmiotem projektu MATRA, realizowanego przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi przy wsparciu eksperckim konsorcjum holenderskiego (7).

Stworzenie nowego, przyjaznego oblicza medycyny pracy wymaga jeszcze wielu przekształceń, wśród których najtrudniejszym może okazać się zmiana podejścia do ochrony zdrowia pracujących w świadomości samych zainteresowanych.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU 1997, nr 96, poz. 593
2. Rydzyński K., Michalak J.: Przemiany gospodarcze i ich znaczenie dla medycyny pracy i higieny pracy. *Med. Pr.*, 2002;53(1):5–13
3. Wągrowka-Koski E.: Nowe wyzwania w medycynie pracy. *Med. Pr.*, 2004;55(5):371–373
4. Kopias J.: Zasady organizowania i sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. W: Byczkowska Z., Dawydzik L. [red.]. *Medycyna pracy w praktyce lekarskiej*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999, ss. 48–60
5. 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 1996, nr 69, poz. 332
6. Bilski B., Kara-Perz H.: Problemy zasadności zlecenia przez lekarzy medycyny pracy skriningowych badań laboratoryjnych, które nie są związane z narażeniem zawodowym. *Med. Pr.*, 2004;55(6):491–494
7. Sakowski P.: Projekt MATRA – redefinicja odpowiedzialności Ministerstwa zdrowia za opieką zdrowotną nad pracującymi w Polsce. *Med. Pr.*, 2004;55(6):517–520
8. Murphy L.R.: Stress management In work settings: a critical review of Health effects. *Am. J. Health Prom.*, 1996;11(2):112–135
9. Cassito MG.: Mobbing in the workplace: new aspects of an old phenomenon. *Med. Lav.*, 2001;92(1):12–24
10. Kostrzewski P.: Nowe źródła narażenia zawodowego występujące w modyfikowanych lub nowych procesach technologicznych. *Med. Pr.*, 2001;52(6):445–450
11. Dutkiewicz J.: Biologiczne czynniki zagrożenia zawodowego – aktualne problemy. *Med. Pr.*, 2004;55(1):31–40
12. Mościcka A., Merecz D.: Jak sobie radzić z agresją w miejscu pracy? Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2003
13. Szozda R.: Zintegrowana opieka profilaktyczna nad pracującymi – czy jest modelem przyszłościowym? *Med. Pr.*, 2004;55(1):101–104
14. Szozda R. Międzynarodowa konferencja naukowa „Ku wielowątkowemu podejściu w służbie medycyny pracy: dowody naukowe, konsensus społeczny, wartości ludzkie”. *Med. Pr.*, 2004;55(6):521–522