

Aleksandra Cyran
Marta Wiszniewska
Jolanta Walusiak-Skorupa

BARIERY W AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA POZIOMIE OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ NAD PRACOWNIKIEM

BARRIERS TO OCCUPATIONAL ACTIVATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES AT THE LEVEL OF PROPHYLACTIC CARE

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland
Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii / Department of Occupational Diseases and Toxicology

STRESZCZENIE

Wstęp: Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Celem pracy była ocena istnienia barier w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na poziomie opieki profilaktycznej nad pracującymi. **Materiał i metody:** Badaniem ankietowym objęto grupę 245 lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych oraz grupę 151 inspektorów bezpieczeństwa i higieny pracy. Analizie poddano wiedzę z zakresu sprawowania opieki profilaktycznej nad pracownikami z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. **Wyniki:** Ponad 90% lekarzy i 98% inspektorów bhp nie ma pełnej wiedzy na temat zasad sprawowania opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym. Jedynie 9,8% lekarzy i 2% inspektorów bhp znało przepisy regulujące kwestie zatrudniania pracowników z orzeczonym umiarkowanym bądź znacznym stopniem niepełnosprawności w godzinach nadliczbowych i porze nocnej. Odpowiednio 12,7% lekarzy i tylko 0,7% inspektorów bhp znało ograniczenia prawne dotyczące zatrudniania osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy. Zdaniem 30,6% badanych lekarzy oraz 23,1% inspektorów bhp zakres wiedzy zdobytej podczas szkolenia zawodowego jest wystarczający do sprawowania opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym. Zaburzenia psychiczne istotnie częściej wskazywano jako schorzenia, które sprawiają największe problemów pracodawcy i/lub pracownikom. **Wnioski:** Brak wystarczającej wiedzy lekarzy sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami oraz specjalistów bhp na temat zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych stanowi dodatkową barierę w aktywizacji zawodowej tej grupy pracowników. Najwięcej problemów w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym sprawiają zaburzenia psychiczne, padaczka i cukrzyca. Konieczne jest podjęcie działań mających na celu poprawę systemu kształcenia zawodowego lekarzy oraz specjalistów bhp w zakresie zagadnień dotyczących opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym. Med. Pr. 2012;63(6):637–650

Słowa kluczowe: bariery w aktywizacji zawodowej, służba medycyny pracy, specjaliści bhp, opieka profilaktyczna, pracownik niepełnosprawny

ABSTRACT

Background: The employment rate of people with disabilities in Poland is one of the lowest in Europe. The aim of this study was to evaluate the barriers to activation of this group of people at the level of prophylactic care. **Material and Methods:** The survey was performed in a group of 245 occupational health (OH) physicians and 151 health and safety (HS) specialists. Knowledge of OH physicians and HS specialists in the field of prophylactic care of disabled workers was analyzed. **Results:** Over 90% of OH physicians and 98% of HS specialists showed lack of comprehensive knowledge of the principles of prophylactic care of disabled workers. Only 9.8% of physicians and 2% of specialists were aware of restrictions on employment of workers with a moderate or severe degree of disability overtime and at night shift. Only 12.7% of physicians and 0.7% of HS specialists knew legal restrictions on employment opportunities for disabled people in the open market, 30.6% of physicians and 23.1% of specialists considered knowledge acquired during vocational training as sufficient for dealing with OHS for disabled workers. Mental disorders were significantly more often reported as diseases that cause the major problems to employer and/or to employees. **Conclusion:** Inadequate knowledge of prophylactic care of workers with disabilities is an obstacle in the professional activation of this group of people. Psychiatric problems, epilepsy and diabetes cause the major problems in prophylactic care of disabled employees. Action to improve the system of vocational training of OH physicians and HS specialists is necessary. Med Pr 2012;63(6):637–650

Key words: barriers to employment, occupational health physicians, health and safety specialists, prophylactic care, employees with disabilities

Adres autorek: Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Oddział Chorób Zawodowych,
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: jolantaw@imp.lodz.pl
Nadesłano: 12 lipca 2012, zatwierdzono: 31 października 2012

Praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 12.5 pt. „Orzecznictwo o zdolności do pracy i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych – opieka profilaktyczna nad pracownikiem niepełnosprawnym prawnie lub biologicznie” oraz w ramach Programu Wieloletniego CIOF, zadanie nr IV.B.10 „Rozwiązania opieki profilaktycznej nad pracownikami niepełnosprawnymi”. Kierownik tematów: dr hab. n. med. Jolanta Walusiak-Skorupa, prof. IMP.

WSTĘP

Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce w 2004 r. wyniósł ok. 13% i nadal jest jednym z najniższych w Europie (1). Osobom niepełnosprawnym bardzo trudno jest znaleźć zatrudnienie na otwartym rynku pracy – najwięcej osób niepełnosprawnych pracuje w zakładach pracy chronionej. Aktualne trendy światowe przyznają priorytet wszelkim rozwiązaniom ukierunkowanym na aktywizację społeczno-zawodową osób niepełnosprawnych. Przede wszystkim kładzie się akcent na uczestnictwo w pracy, a w procesie tym istotną rolę odgrywa zintegrowany system opieki profilaktycznej oparty na służbie medycyny pracy (smp) oraz służbach bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp).

Przyczyn niskiej aktywności zawodowej niepełnosprawnych należy szukać z jednej strony w postawie samej osoby niepełnosprawnej, a z drugiej – w jej otoczeniu zewnętrznym, w tym w postawie rodziny, postawie pracodawcy, warunkach środowiska pracy, barierach administracyjnych i barierach po stronie służby medycyny pracy (2). Brak orzeczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy od lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad danym zakładem pracy jest jedną z podstawowych barier uniemożliwiających włączenie niepełnosprawnych w proces aktywizacji zawodowej. Czynnikiem utrudniającymi ocenę zdolności do pracy osoby niepełnosprawnej na określonym stanowisku jest m.in. brak pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta (w tym dokumentacji medycznej oraz opinii lekarza leczącego na temat zaostrzeń, hospitalizacji, skuteczności leczenia).

Z innej strony, lekarze leczący nie wiedzą, jakie są wymagania zdrowotne przypisane konkretnemu stanowisku pracy, co dodatkowo utrudnia powrót pacjenta do pracy (3). Według badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii i Danii, brak komunikacji między lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) a lekarzem służby medycyny pracy stanowi poważną barierę w rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (4–6). Badania przeprowadzone w Holandii wykazały, że ograniczony poziom komunikacji między lekarzem POZ a lekarzem uprawnionym do badań profilaktycznych prowadzi do opóźnienia w powrocie do pracy (7). Jednocześnie badania te dowiodły, że 80% lekarzy obu grup wyraża chęć poprawy tej współpracy. Pransky i wsp. wykazali, że bardziej efektywna komunikacja między lekarzem POZ, a lekarzem uprawnionym do przeprowadzania badań profilaktycznych może nie tylko przyspieszyć powrót pacjenta do pracy, ale także pomóc w doborze odpowiedniego stanowiska pracy (8).

W Polsce do tej pory nie przeprowadzano badań nad efektywnością zintegrowanego systemu opieki profilaktycznej w przywracaniu osób niepełnosprawnych do pracy. Ogromną rolę w jego prawidłowym funkcjonowaniu odgrywa odpowiednie przygotowanie zawodowe pracowników i ich wiedza na temat zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych.

Celem pracy była ocena istnienia barier w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na poziomie opieki profilaktycznej sprawowanej przez lekarzy służby medycyny pracy oraz w kontekście współpracy tych lekarzy z pracodawcą reprezentowanym przez specjalistów ds. bezpieczeństwa i higieny pracy.

GRUPY BADANE I METODY

Badaniem ankietowym przeprowadzonym w latach 2010–2011 objęto grupę 245 lekarzy sprawujących opiekę profilaktyczną nad pracownikami oraz grupę 151 specjalistów w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. W badaniu brali udział losowo wybrani lekarze oraz inspektorzy bhp, którzy wyrazili zgodę na wypełnienie anonimowej ankiety.

Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące sprawowania opieki profilaktycznej nad pracownikami z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. Pytano m.in. o czas pracy osób niepełnosprawnych, możliwość zatrudniania niepełnosprawnych w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej oraz na otwartym rynku pracy, najczęstsze problemy związane z zatrudnianiem niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy oraz choroby, które według ankietowanych sprawiają najwięcej problemów w sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej. Dodatkowo uzyskano informacje na temat preferencji dotyczących formy i sposobu zdobywania wiedzy w tej dziedzinie (dostępność informacji, monografii, kursów doszkalających).

ANALIZA STATYSTYCZNA

Występowanie zależności między zmiennymi uwzględnionymi w badaniu a zmienną wynikową oceniano za pomocą wskaźników ryzyka względnego – ilorazów szans (IS). Istotność obliczanych wskaźników ryzyka oceniono z zastosowaniem analizy jednoczynnikowej za pomocą programu Statistica 10. Za statystycznie istotne przyjęto wskaźniki o wartości powyżej 1, których dolna granica przedziału ufności była większa od 1.

W pracy ocenie poddano, czy praktyczne doświadczenie związane wśród lekarzy z posiadaniem specjaliza-

cji w dziedzinie medycyny pracy i sprawowaniem opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym, a wśród specjalistów ds. bhp z dłuższym stażem pracy ma wpływ na istnienie barier w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. W celu oceny czynników związanych z posiadaniem specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy wśród lekarzy oraz dłuższym stażem pracy wśród specjalistów ds. bhp analizy statystyczne przeprowadzono w następujących grupach badanych:

1. Lekarze uprawnieni do przeprowadzania badań profilaktycznych (N = 219), z podziałem na:
 - lekarzy w trakcie specjalizacji z medycyny pracy (N = 63),
 - specjalistów medycyny pracy (N = 156).
 Z analizy statystycznej wyłączono lekarzy, którzy nie mają specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy, a nabyli uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych w ramach co najmniej 6-letniego stażu pracy w opiece profilaktycznej (N = 26).
2. Specjaliści ds. bhp czynni zawodowo (N = 151), z podziałem na osoby, których staż pracy wynosi:
 - poniżej 10 lat (N = 73),
 - powyżej 10 lat (N = 78).

WYNIKI

Analizie poddano wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w grupie 245 lekarzy smp oraz 151 specjalistów ds. bhp. Średni wiek ankietowanych lekarzy to 48,1 lat, a staż pracy w opiece profilaktycznej nad pracownikami – średnio $16,2 \pm 12,4$ lat, w tym 75,5% ankietowanych lekarzy sprawowało profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi ponad 5 lat. Większość ankietowanych stanowili lekarze sprawujący opiekę profilaktyczną w ramach podstawowych jednostek medycyny pracy. Charakterystykę badanej grupy lekarzy przedstawiono w tabeli 1.

Średni wiek ankietowanych specjalistów ds. bhp wynosił $43,6 \pm 11,3$ lat (min.: 24, maks.: 75), a staż pracy w opiece profilaktycznej nad pracownikami $12,2 \pm 9,6$ lat (min.: 0,5, maks.: 37).

W badanych grupach 42,9% lekarzy oraz 9,3% inspektorów bhp deklarowało, że w ramach wykonywanej pracy sprawuje opiekę profilaktyczną w zakładach pracy chronionej. Wśród 72,2% lekarzy oraz 61,6% specjalistów bhp zakres sprawowanej opieki profilaktycznej obejmował także pracowników z orzeczoną stopniem

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy lekarzy sprawujących opiekę profilaktyczną nad pracownikami
Table 1. Characteristics of the study group of occupational health physicians responsible for prophylactic care of workers

Parametr Parameter	Wyniki badania ankietowego Data obtained from the survey (N = 245)	
	n (% grupy / / % of the group)	M±SD
Wiek [w latach] / Age [years]	27 (82,0)	48,1±10,5
Staż pracy [w latach] / Work duration [years]		
ogółem / total	1 (58,0)	22,4±10,8
w opiece profilaktycznej (ogółem) / in prophylactic care (total)	0,5 (55,0)	16,2±12,4
w opiece profilaktycznej > 5 lat / in prophylactic care for > 5 years	185 (75,5)	–
Tytuł uprawnień do badań profilaktycznych / Authorization to perform prophylactic examinations		
specjalista medycyny pracy / occupational health physician	156 (63,7)	–
w trakcie specjalizacji z medycyny pracy / in the course of specialization in occupational medicine	63 (25,7)	–
uprawnienia nabyte w ramach co najmniej 6-letniego stażu pracy w opiece profilaktycznej / acquired during at least 6 years of work experience in prophylactic care	26 (10,6)	–
Dodatkowa specjalizacja / Additional specialization		
specjalista chorób wewnętrznych / internal medicine specialist	58 (23,7)	–
inna / other	42 (17,1)	–
Miejsce pracy / Place of work		
podstawowa jednostka medycyny pracy / basic unit of occupational health services	122 (49,8)	–
wojewódzki ośrodek medycyny pracy / regional centre of occupational medicine	98 (40,0)	–
inne / other	43 (17,5)	–

M – średnia / mean, SD – odchylenie standardowe / standard deviation.

niepełnosprawności. Charakterystykę badanej grupy lekarzy oraz specjalistów bhp w zakresie sprawowanej opieki profilaktycznej przedstawiono w tabeli 2.

Znajomość zagadnień dotyczących orzekania o zdolności do pracy wśród pracowników z orzeczonym stopniem niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 3. Odpowiednio 54,7% i 46,5% badanych lekarzy oraz 58,3% i 35,1% badanych specjalistów bhp podało prawidłowo czas pracy osoby niepełnosprawnej

z lekkim i znacznym stopniem niepełnosprawności. Ankietowani, którzy nieprawidłowo określili czas pracy pracownika z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności, najczęściej podawali, że czas pracy nie może przekraczać 7 godzin na dobę. Z kolei w przypadku umiarkowanego i znacznego stopnia niepełnosprawności wśród błędnych odpowiedzi najczęściej podawano, że pracownik ten może pracować 7,35 godzin, 6 godzin lub 4 godziny na dobę.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy lekarzy i specjalistów bhp pod względem zakresu sprawowanej opieki profilaktycznej
Table 2. Characteristics of the study group of occupational health physicians and health and safety specialists by their prophylactic care responsibilities

Jednostki objęte opieką profilaktyczną Workplaces covered by the prophylactic care system	Lekarze smp OH physicians (N = 245) n (%)	Specjaliści bhp HS specialists (N = 151) n (%)
Zakład pracy chronionej / Protected employment enterprises	105 (42,9)	14 (9,3)
Zakład pracy objęty opieką profilaktyczną – pracownicy niepełnosprawni / Workplace covered by the prophylactic care system – employees with disabilities [n]	177 (72,2)	93 (61,6)
≤ 50	113 (63,8)	83 (89,2)
51–300	55 (31,1)	9 (9,7)
> 300	5 (2,8)	1 (1,1)
brak danych / no data	4 (2,3)	0

smp – służba medycyny pracy / OH – occupational health.

bhp – bezpieczeństwo i higiena pracy / HS – health and safety at work.

Tabela 3. Znajomość przez lekarzy smp i specjalistów bhp zagadnień dotyczących orzekania o zdolności do pracy wśród pracowników z orzeczonym stopniem niepełnosprawności

Table 3. Knowledge of certification of ability to work of employees with disabilities among OH physicians and HS specialists

Pozycje kwestionariusza i możliwe odpowiedzi Questionnaire items and possible responses	Lekarze smp OH physicians (N = 245) n (%)		Specjaliści bhp HS specialists (N = 151) n (%)	
	prawidłowa odpowiedź i uzasadnienie correct response and rationale	brak odpowiedzi lub nieprawidłowa no or incorrect response	prawidłowa odpowiedź i uzasadnienie correct response and rationale	brak odpowiedzi lub nieprawidłowa no or incorrect response
Czas pracy na dobę i tygodniowo osoby niepełnosprawnej ze stopniem niepełnosprawności / Daily and weekly working time of persons with the certified degree of disability				
lekkim / mild	134 (54,7)	111 (45,3)	88 (58,3)	63 (41,7)
umiarkowanym / moderate	142 (58,0)	103 (42,0)	73 (48,3)	78 (51,7)
znacznym / severe	114 (46,5)	131 (53,5)	53 (35,1)	98 (64,9)

Tabela 3. Znajomość przez lekarzy smp i specjalistów bhp zagadnień dotyczących orzekania o zdolności do pracy wśród pracowników z orzeczonym stopniem niepełnosprawności – cd.**Table 3.** Knowledge of certification of ability to work of employees with disabilities among OH physicians and HS specialists – cont.

Pozycje kwestionariusza i możliwe odpowiedzi Questionnaire items and possible responses	Lekarze smp OH physicians (N = 245) n (%)		Specjaliści bhp HS specialists (N = 151) n (%)	
	prawidłowa odpowiedź i uzasadnienie correct response and rationale	brak odpowiedzi lub nieprawidłowa no or incorrect response	prawidłowa odpowiedź i uzasadnienie correct response and rationale	brak odpowiedzi lub nieprawidłowa no or incorrect response
Możliwość wykonywania pracy przez osobę z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności / The ability to work of a person with moderate or severe degree of disability				
w godzinach nadliczbowych i porze nocnej / overtime and night work	24 (9,8)	221 (90,2)	3 (2,0)	148 (98,0)
na otwartym rynku pracy / open labor market	189 (77,1)	56 (22,9)	101 (67,0)	50 (33,0)
Istnienie ograniczeń prawnych dotyczących zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na otwartym rynku pracy / Legal restrictions on employment of persons with disabilities in the open market	31 (12,7)	214 (87,3)	1 (0,7)	150 (99,3)

Skróty jak w tabeli 2 / Abbreviations as in Table 2.

Analiza przeprowadzonego badania wykazała, że tylko 24 (9,8%) lekarzy i 3(2%) inspektorów bhp znało ograniczenia dotyczące zatrudniania pracowników z orzeczonym umiarkowanym bądź znacznym stopniem niepełnosprawności w godzinach nadliczbowych i porze nocnej. W badanej grupie lekarzy 77,1% ankietowanych znało możliwości zatrudniania osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy, jednak tylko 12,7% potrafiło podać ograniczenia prawne dotyczące wspomnianego zatrudnienia. Podobnie było w grupie ankietowanych inspektorów bhp – 67% z nich wiedziało, jakie są możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy, ale tylko 0,7% potrafiło podać ograniczenia prawne. Najczęściej zgłaszanymi problemami związanymi z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy było dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb pracownika, a także problemy administracyjne.

W grupie lekarzy 10,2% ankietowanych przekazuje zawsze informacje o niepełnosprawności pracownika zakładowi pracy, jeśli pracownik w trakcie badań profilaktycznych przedstawi orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Aż 53,4% badanych lekarzy korzysta z konsultacji lekarzy specjalistów zatrudnionych w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy (WOMP) lub instytucie medycyny pracy (IMP) w przypadku przeprowadzania badań profilaktycznych osób niepeł-

nosprawnych, przy czym 35,9% korzysta z konsultacji rzadziej niż w 10% przypadków. W badanej grupie aż 75,4% lekarzy niesłusznie uważało, że należy skrócić okres do następnego badania profilaktycznego u osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, a tylko 27,3% ankietowanych nie skraca go obligatoryjnie z powodu orzeczenia o niepełnosprawności (tab. 4).

Jedynie zdaniem 30,6% badanych lekarzy zakres wiedzy zdobytej podczas szkolenia specjalizacyjnego jest wystarczający do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikiem niepełnosprawnym. Ankietowani oczekują przede wszystkim dodatkowych kursów i szkoleń, a także wskazują na potrzebę opracowania podręczników i stron internetowych.

W grupie ankietowanych inspektorów bhp 70,9% badanych wskazało, że zakres wiedzy zdobytej podczas szkolenia zawodowego jest niewystarczający do sprawowania opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym. Podobnie jak lekarze inspektorzy bhp oczekują przede wszystkim dodatkowych kursów i szkoleń, a także wskazują na potrzebę opracowania podręczników i stron internetowych dotyczących tej tematyki.

Najwięcej trudności w opiece profilaktycznej nad pracownikiem z orzeczonym stopniem niepełnosprawności sprawiają według ankietowanych kolejno: zaburzenia psychiczne, padaczka i cukrzyca (tab. 5).

Tabela 4. Znajomość przez lekarzy smp zagadnień dotyczących orzekania o zdolności do pracy osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności

Table 4. Knowledge of the procedure of certifying ability to work of disabled employees among occupational health physicians

Pozycje kwestionariusza i możliwe odpowiedzi Questionnaire items and possible responses	Lekarze smp OH physicians (N = 245) n (%)
Przekazywanie informacji o niepełnosprawności pracownika do zakładu pracy / Transfer of information about employee's disability to the workplace) Alpha	
tak, zawsze / yes, always	25 (10,2)
tak, ale o konieczności poinformowania o tym fakcie pracodawcy informuję pracownika / only after informing the employee	62 (25,3)
tak, ale tylko po uzyskaniu na to zgody od pracownika / only after obtaining the employee's consent	69 (28,2)
nie, nigdy / no, never	79 (32,2)
brak odpowiedzi / no response	10 (4,1)
Korzystanie z konsultacji specjalistów z wojewódzkich ośrodków medycyny pracy lub instytutu medycyny pracy / Consultations with specialists of regional centers of occupational medicine or institute of occupational medicine	
nie / no	95 (38,8)
tak, prawie w 100% przypadków / yes, almost 100%	12 (4,9)
tak, prawie w 75% przypadków / yes, almost 75%	6 (2,4)
tak, prawie w 50% przypadków / yes, almost 50%	10 (4,1)
tak, prawie w 25% przypadków / yes, almost 25%	15 (6,1)
tak, ale rzadziej niż w 10% przypadków / yes, but less than 10%	88 (35,9)
brak odpowiedzi / no response	19 (7,7)
Skracanie okresu do następnego badania profilaktycznego / Alpha Reducing the intervals between prophylactic examinations	
nie / no	67 (27,3)
tak, maksymalnie może to być 1 rok / yes, maximum no longer than 1 year	20 (8,2)
tak, maksymalnie mogą to być 2 lata / yes, maximum no longer than 2 years	6 (2,4)
tak, zawsze, ale zależy to od rodzaju niepełnosprawności / always, but it depends on the type of disability	117 (47,7)
tak, zawsze, ale zależy to od stopnia niepełnosprawności / always, but it depends on the degree of disability	42 (17,1)
brak odpowiedzi / no response	3 (1,2)

Skróty jak w tabeli 2 / Abbreviations as in Table 2.

Tabela 5. Oczekiwane działania, które pomogą w zdobywaniu wiedzy przez lekarzy smp i specjalistów bhp oraz choroby, które sprawiają najwięcej problemów w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym

Table 5. Expected actions that would help OH physicians and HS inspectors to gain necessary knowledge and diseases that cause most problems in prophylactic care of workers with disabilities

Pozycje kwestionariusza i możliwe odpowiedzi Questionnaire items and possible responses	Lekarze smp OH physicians (N = 245) n (%)	Specjaliści bhp HS specialists (N = 151) n (%)
Wiedza zdobyta podczas szkolenia zawodowego jest wystarczająca / Knowledge gained during vocational training is sufficient		
nie / no	124 (50,6)	107 (70,9)
tak / yes	75 (30,6)	35 (23,1)
brak odpowiedzi / no response	5 (2,0)	9 (6,0)

Tabela 5. Oczekiwane działania, które pomogą w zdobywaniu wiedzy przez lekarzy smp i specjalistów bhp oraz choroby, które sprawiają najwięcej problemów w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym – cd.

Table 5. Expected actions that would help OH physicians and HS inspectors to gain necessary knowledge and diseases that cause most problems in prophylactic care of workers with disabilities – cont.

Pozycje kwestionariusza i możliwe odpowiedzi Questionnaire items and possible responses	Lekarze smp OH physicians (N = 245) n (%)	Specjaliści bhp HS specialists (N = 151) n (%)
Oczekiwane formy informacji / Expected forms of information		
podręcznik / textbook	111 (45,3)	53 (35,1)
kursy i szkolenia / courses and training	151 (61,6)	74 (49,0)
strona internetowa / web page	107 (43,7)	63 (41,7)
Choroby sprawiające najwięcej problemów / Diseases involving most problems		
choroby układu krążenia / cardiovascular system diseases	64 (26,1)	5 (3,3)
nowotwory / tumors	35 (14,3)	nie pytano / not asked
padaczka / epilepsy	114 (46,5)	48 (31,8)
cukrzyca / diabetes	91 (37,1)	nie pytano / not asked
zaburzenia psychiczne / psychiatric disorders	164 (66,9)	83 (55)
choroby układu nerwowego / nervous system diseases	12 (4,9)	nie pytano / not asked
alergie / allergy	31 (12,6)	nie pytano / not asked
niedosłuch / hypoacusis	nie pytano / not asked	20 (13,2)
choroby narządu wzroku / eye diseases	nie pytano / not asked	13 (8,6)
choroby układu ruchu / motor system diseases	nie pytano / not asked	41 (27,1)

Skróty jak w tabeli 2 / Abbreviations as in Table 2.

Wśród ankietowanych 46,1% lekarzy wskazało na potrzebę opracowania standardów orzecznich w zakresie opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym, a 47,3% badanych podało, że byłoby to przydatne, ale ze względu na ogromną różnorodność przypadków jest to niemożliwe. Z kolei 4% lekarzy uznało, że jest to niepotrzebne, ponieważ specjalista medycyny pracy ma wystarczającą wiedzę do orzekania w takich przypadkach.

Rozkład występowania poszczególnych czynników związanych z posiadaniem specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy wśród lekarzy oraz z dłuższym stażem pracy wśród specjalistów ds. bhp w badanych grupach, a także wartości współczynników IS przedstawiono w tabelach 6 i 7. Wyniki analizy statystycznej wykazały,

że specjaliści medycyny pracy jako najczęstsze problemy związane z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy wskazali problemy z dostosowaniem stanowiska pracy oraz wysoką absencją chorobową. Z kolei jako schorzenie, które sprawia najwięcej trudności pracodawcy/pracownikom, wskazali zaburzenia psychiczne. Lekarze mający specjalizację w dziedzinie medycyny pracy rzadziej korzystali z konsultacji WOMP lub IMP oraz istotnie częściej zgłaszali, że zakres wiedzy zdobytej podczas szkolenia specjalizacyjnego jest niewystarczający do sprawowania opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym. Porównując dane dotyczące specjalistów ds. bhp w zależności od długości stażu zawodowego, nie uzyskano wartości istotnych statystycznie.

Tabela 6. Wyniki analizy czynników związanych z posiadaniem specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy przez lekarzy smp (analiza jednoczynnikowa)

Table 6. The analysis of factors associated with having occupational medicine specialization among OH physicians (the univariate analysis)

Pozycje kwestionariusza i możliwe odpowiedzi Questionnaire items and possible responses	Lekarze / Physicians (N = 219) n (%)		P	OR (95% CI)
	specjaliści medycyny pracy occupational health OH specialists (N = 156)	w trakcie specjalizacji under the course of specialization (N = 63)		
Najczęstsze trudności związane z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy / The most common problems related to the employment of workers with disabilities in the open market				
dostosowanie stanowiska pracy / adaptation of the workplace	80 (51,3)	19 (30,2)	0,007	2,44 (1,25–4,77)
problemy administracyjne / administrative problems	25 (16,0)	12 (19,0)	0,733	0,81 (0,36–1,86)
kontakt z Państwową Inspekcją Pracy / contact with the National Labour Inspectorate	6 (3,8)	0	–	–
trudności we współpracy z lekarzem sprawującym opiekę profilaktyczną / difficulties in cooperation with OH physician	11 (7,1)	0	–	–
brak akceptacji osoby niepełnosprawnej przez współpracowników / no acceptance of people with disabilities by co-workers	16 (10,3)	0	–	–
wysoka absencja chorobowa / high sickness absenteeism	27 (17,3)	4 (6,3)	0,05	3,09 (1,01–12,64)
Choroby sprawiające najwięcej trudności pracodawcy, pracownikom / Diseases causing the majority of problems to employers, employees				
choroby psychiczne / mental disorders	77 (49,4)	13 (20,6)	0,0001	3,75 (1,80–7,91)
niedosłuch / hypoacusis	3 (1,9)	0	–	–
choroby narządu wzroku / eye diseases	8 (5,1)	1 (1,6)	0,452	3,35 (0,41–72,93)
choroby układu ruchu / motor system diseases	14 (8,9)	5 (8,0)	0,985	1,14 (0,36–3,83)
padaczka / epilepsy	43 (27,6)	17 (26,9)	0,936	1,03 (0,51–2,10)
choroby układu krążenia / cardiovascular system diseases	5 (3,2)	0	–	–
Korzystanie z konsultacji specjalistów z wojewódzkich ośrodków medycyny pracy lub instytutu medycyny pracy / Consultations with specialists of regional centres of occupational medicine or institute of occupational medicine				
nie / no	58 (37,2)	28 (44,4)	0,398	0,74 (0,39–1,40)
tak, prawie w 100% przypadków / yes, almost 100%	6 (3,8)	5 (7,9)	0,302	0,46 (0,12–1,84)
tak, prawie w 75% przypadków / yes, almost 75%	1 (0,64)	4 (6,3)	0,024	0,10 (0,00–0,93)
tak, prawie w 50% przypadków / yes, almost 50%	5 (3,2)	4 (6,3)	0,283	0,49 (0,11–2,26)
tak, prawie w 25% przypadków / yes, almost 25%	10 (6,4)	4 (6,3)	0,626	1,01 (0,28–4,00)
tak, ale rzadziej niż w 10% przypadków / yes, but less than 10%	67 (42,9)	12 (19,0)	0,001	3,20 (1,51–6,90)

Tabela 6. Wyniki analizy czynników związanych z posiadaniem specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy przez lekarzy smp (analiza jednoczynnikowa) – cd.

Table 6. The analysis of factors associated with having occupational medicine specialization among OH physicians (the univariate analysis) – cont.

Pozycje kwestionariusza i możliwe odpowiedzi Questionnaire items and possible responses	Lekarze / Physicians (N = 219) n (%)		P	OR (95% CI)
	specjaliści medycyny pracy occupational health OH specialists (N = 156)	w trakcie specjalizacji under the course of specialization (N = 63)		
Skracanie okresu do następnego badania profilaktycznego / Alpha Reducing the intervals between prophylactic examinations				
nie / no	35 (22,4)	27 (42,9)	0,004	0,39 (0,20–0,75)
tak, maksymalnie może to być 1 rok / yes, maximum no longer than 1 year	14 (9,0)	2 (3,2)	0,162	3,01 (0,62–13,78)
tak, maksymalnie mogą to być 2 lata / yes, maximum no longer than 2 years	4 (2,6)	1 (1,6)	0,950	1,63 (0,17–39,11)
tak, ale zależy to od rodzaju niepełnosprawności / always, but it depends on the type of disability	81 (51,9)	25 (39,7)	0,135	1,64 (0,87–3,11)
tak, ale zależy to od stopnia niepełnosprawności / always, but it depends on the degree of disability	35 (22,4)	5 (7,9)	0,020	3,36 (1,17–10,31)
Wiedza zdobyta podczas szkolenia specjalizacyjnego jest wystarczająca / / Knowledge gained during specialization is sufficient				
nie / no	95 (60,9)	22 (34,9)	0,0008	2,90 (1,51–5,60)
Oczekiwane formy informacji / Expected forms of information				
podręcznik / textbook	74 (47,4)	24 (38,1)	0,267	1,47 (0,77–2,79)
kursy i szkolenia / courses and training	98 (62,8)	38 (60,3)	0,847	1,11 (0,58–2,11)
strona internetowa / web page	66 (42,3)	34 (53,9)	0,156	0,63 (0,33–1,17)
Choroby sprawiające najwięcej problemów orzeczniczych / Diseases involving most problems				
choroby układu krążenia / cardiovascular system diseases	46 (29,5)	14 (22,2)	0,355	1,46 (0,70–3,08)
nowotwory / tumors	17 (10,9)	15 (23,8)	0,025	0,39 (0,17–0,90)
padaczka / epilepsy	71 (45,5)	36 (57,1)	0,158	0,63 (0,33–1,18)
nukrzyca / diabetes	60 (38,5)	20 (31,7)	0,435	1,34 (0,69–2,62)
zaburzenia psychiczne / mental disorders	107 (68,6)	41 (65,1)	0,732	1,17 (0,60–2,27)
alergie / allergy	19 (12,2)	8 (12,7)	0,903	0,95 (0,37–2,54)
choroby narządu ruchu / motor system diseases	6 (3,8)	1 (1,6)	0,676	2,48 (0,29–55,79)

OR – iloraz szans / odds ratio, CI – przedział ufności / confidential interval.

Inne skróty jak w tabeli 2 / Other abbreviations as in Table 2.

Tabela 7. Wyniki analizy czynników związanych z dłuższym stażem pracy specjalistów ds. bhp (analiza jednoczynnikowa)
Table 7. The analysis of factors associated with longer seniority of health and safety specialists (the univariate analysis)

Pozycje kwestionariusza i możliwe odpowiedzi Questionnaire items and possible responses	Specjaliści bhp z określonym stażem pracy HS specialists with determined seniority (N = 151) n (%)		p	OR (95% CI)
	≥ 10 lat / years (N = 78)	< 10 lat / years (N = 73)		
	Najczęstsze trudności związane z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych / The most common problems related to the employment of disabled workers in the open market			
dostosowanie stanowiska pracy / adaptation of the workplace	55 (70,5)	56 (76,7)	0,498	0,73 (0,33–1,60)
problemy administracyjne / administrative problems	20 (25,6)	18 (24,7)	0,961	1,05 (0,47–2,34)
kontakt z Państwową Inspekcją Pracy / contact with the National Labour Inspectorate	12 (15,4)	4 (5,5)	0,892	0,80 (0,24–2,61)
trudności we współpracy z lekarzem smp / difficulties in cooperation with OH physician	7 (9,0)	8 (11,0)	0,096	3,14 (0,88–12,21)
brak akceptacji osoby niepełnosprawnej przez współpracowników / no acceptance of disabled people by co-workers	10 (12,8)	13 (17,8)	0,531	0,68 (0,25–1,80)
wysoka absencja chorobowa / high sickness absenteeism	15 (19,2)	15 (20,5)	0,998	0,92 (0,38–2,20)
Choroby sprawiające najwięcej problemów pracodawcy/pracownikom / Diseases causing the majority of problems to employers/employees				
choroby psychiczne / mental disorders	39 (50,0)	44 (60,3)	0,269	0,66 (0,33–1,32)
niedosłuch / hypoacusis	6 (7,7)	14 (19,2)	0,066	0,35 (0,11–1,06)
choroby narządu wzroku / eye diseases	5 (6,4)	8 (11,0)	0,480	0,56 (0,15–2,00)
choroby układu ruchu / motor system diseases	22 (28,2)	19 (26,0)	0,906	1,12 (0,51–2,44)
padaczka / epilepsy	25 (32,1)	23 (31,5)	0,918	1,03 (0,49–2,15)
choroby układu krążenia / cardiovascular system diseases	2 (2,6)	3 (4,1)	0,673	0,61 (0,07–4,69)
Wiedza zdobyta podczas szkolenia zawodowego jest wystarczająca / Knowledge gained during vocational training is sufficient				
nie / no	56 (67,0)	54 (74,0)	0,906	0,90 (0,41–1,95)
tak / yes	20 (25,6)	15 (20,5)	0,583	1,33 (0,58–3,06)
Oczekiwane formu informacji / Expected forms of information				
podręcznik / textbook	27 (34,6)	26 (35,6)	0,966	0,96 (0,46–1,97)
kursy i szkolenia / courses and training	58 (74,4)	58 (79,5)	0,58	0,75 (0,33–1,71)
strona internetowa / web page	29 (37,2)	34 (46,6)	0,315	0,68 (0,34–1,37)

Skróty jak w tabeli 2 i 6 / Abbreviations as in Table 2 and 6.

OMÓWIENIE

Liczba osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności z roku na rok jest coraz większa (9). Ostatnie pełne dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2002 r., zgodnie z którym w naszym kraju było blisko 5,5 mln osób niepełnosprawnych (10).

Sytuacja społeczno-ekonomiczna poszczególnych grup ludności, w tym osób niepełnosprawnych, jest pochodną ich sytuacji na rynku pracy. Wyniki Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności Polski wskazują na poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy w ciągu ostatnich lat. W latach 2007–2009 odnotowano wzrost współczynnika aktywności zawodowej i wskaźnika zatrudnienia oraz spadek stopy bezrobocia osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (9). Mimo nieznacznej tendencji wzrostowej sytuacja zawodowa osób niepełnosprawnych jest nadal trudna – w Polsce jest najwyższa w Europie stopa bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych i relatywnie niska aktywność zawodowa (w porównaniu do krajów Unii Europejskiej).

Jeśli uwzględnimy trendy i procedury stosowane w innych krajach europejskich, jednym z priorytetów polskiej polityki wobec osób niepełnosprawnych jest ich rehabilitacja zawodowa i społeczna (11). Osoby niepełnosprawne na skutek choroby najczęściej nie tracą zdolności do pracy. Zachowują umiejętność wykonywania wielu czynności, a część z tych czynności po ich zidentyfikowaniu i usprawnieniu może stanowić podstawę do podjęcia szkolenia, a następnie pracy zawodowej. Zwiększenie zatrudnienia jest kluczowym obszarem w przewyżnianiu dyskryminacji osób niepełnosprawnych, w którym istotną rolę powinni odgrywać lekarze sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracującymi. Niestety, specjaliści medycyny pracy często są nadmiernie ostrożni i wydają negatywne orzeczenia tylko dlatego, że pacjent ma orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Takie bariery w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na poziomie służby medycyny pracy w dużym stopniu mogą wynikać z braku wytycznych w tym zakresie oraz braku wiedzy lekarzy w zakresie zagadnień dotyczących orzekania o zdolności do pracy u osób niepełnosprawnych.

Niniejsze badanie miało na celu ocenę istnienia barier w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na poziomie opieki profilaktycznej nad pracownikiem. Wyniki badania wykazały niewystarczającą znajomość aktów prawnych regulujących warunki zatrudnia-

nia pracowników z orzeczonym stopniem niepełnosprawności zarówno wśród lekarzy smp, jak i specjalistów bhp.

Czas pracy pracowników niepełnosprawnych określa Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (12). Do dnia 31 grudnia 2011 r. obowiązywały przepisy, zgodnie z którymi czas pracy osoby niepełnosprawnej z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności nie mógł przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo. W przypadku osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności czas pracy nie mógł przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Wyniki badania wykazały, że jedynie około połowa ankietowanych w obu grupach знаła czas pracy osoby niepełnosprawnej z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, natomiast prawidłowo czas pracy pracownika ze znacznym stopniem niepełnosprawności podało odpowiednio 46,5% lekarzy i 35,1% inspektorów bhp.

Od 1 stycznia 2012 r. – zgodnie z Ustawą z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (13) – podniesiono maksymalną dobową normę czasu pracy osób niepełnosprawnych do 8 godzin dziennie, a tygodniową do 40 godzin. Oznacza to, że dla wszystkich osób niepełnosprawnych niezależnie od stopnia niepełnosprawności maksymalna dobową i tygodniową normą czasu pracy jest taka sama. Z kolei w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności dobowy i tygodniowy czas pracy może zostać skrócony do 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo, kiedy lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą wyda zaświadczenie o celowości stosowania skróconej normy czasu pracy.

Analiza przeprowadzonego badania wykazała również, że przeważająca część badanych (90,2% lekarzy i 98% specjalistów bhp) nie zna przepisów prawnych regulujących kwestie zatrudniania osób niepełnosprawnych w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej. Tylko 24 (9,8%) badanych lekarzy i 3 (2%) badanych inspektorów prawidłowo podało i uzasadniło, w jakich przypadkach pracownik z orzeczonym umiarkowanym bądź znacznym stopniem niepełnosprawności może pracować w godzinach nadliczbowych i porze nocnej. Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabi-

litacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (12) zaliczenie do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności nie wyklucza możliwości zatrudnienia tej osoby w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych. Dotyczy to osób zatrudnionych przy ochronie obiektów, kiedy na wniosek osoby zatrudnionej lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników (lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą) wyrazi na to zgodę.

W Polsce nadal funkcjonuje przekonanie, że osoby z orzeczoną stopniem niepełnosprawności powinny szukać zatrudnienia wyłącznie w zakładach pracy chronionej. W badanych grupach 77,1% lekarzy i 67% inspektorów bhp miało wiedzę dotyczącą możliwości zatrudniania osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy. Tylko 12,7% lekarzy i 0,7% specjalistów bhp wiedziało jednak, że konieczne jest w tym celu uzyskanie pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy o przystosowaniu przez pracodawcę stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Od 31 marca 2010 r. – zgodnie z Ustawą z dnia 8 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (14) – pracodawca nie musi już starać się o taką opinię. Nadal ma obowiązek przystosowania stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej, ale rola Państwowej Inspekcji Pracy ogranicza się już tylko do sprawowania kontroli nad poprawnym wypełnieniem tego obowiązku przez zatrudniającego.

Według ankietowanych najczęstsze trudności związane z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy wynikają z konieczności dostosowania stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb pracownika, a także z problemów administracyjnych. Wyniki analizy statystycznej wykazały, że lekarze mający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny pracy podczas przeprowadzania badań profilaktycznych znacznie rzadziej korzystają z konsultacji WOMP lub IMP. Należy to tłumaczyć nabytym w trakcie praktyki doświadczeniem i wynikającą z niego większą swobodą w podejmowaniu decyzji.

Mimo że częstotliwości badań profilaktycznych u osób niepełnosprawnych nie regulują żadne odrębne przepisy, ponad 75% ankietowanych lekarzy deklaruje, iż skraca obligatoryjnie okres do następnego badania tylko z powodu posiadania przez pracownika orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Wśród lekarzy sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami panuje błędne przekonanie, że częstotliwość badań jest uzależniona od stopnia niepełnosprawności

i pracownik z orzeczoną stopniem niepełnosprawności powinien mieć wykonywane badania nie rzadziej niż co roku (15). Wyniki analizy statystycznej wykazały, że lekarze mający specjalizację w dziedzinie medycyny pracy częściej odpowiadali, iż częstotliwość badań profilaktycznych jest uzależniona od stopnia niepełnosprawności. Wynika to z braku wiedzy specjalistów w tej dziedzinie, ponieważ program szkolenia specjalizacyjnego dopiero od niedawna zawiera tematykę dotyczącą niepełnosprawności.

W badaniu ankietowym 30,6% lekarzy i 23,1% inspektorów bhp podało, że zakres wiedzy zdobytej podczas szkolenia zawodowego jest wystarczający do sprawowania opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym. Z innej strony analiza uzyskanych wyników nie wykazała lepszej znajomości zagadnień w tej dziedzinie wśród tych osób.

Wyniki niniejszego badania wykazały, że najwięcej problemów w codziennej praktyce lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi sprawiają kolejno: zaburzenia psychiczne, padaczka i cukrzyca.

Zaburzenia psychiczne stały się jedną z najpowszechniejszych przyczyn absencji chorobowej osób pracujących i głównym problemem zdrowotnym społeczeństw krajów rozwiniętych (16). W Stanach Zjednoczonych oszacowano, że odsetek osób niepracujących z zaburzeniami psychicznymi jest większy niż w jakiegokolwiek innej grupie osób niepełnosprawnych i wynosi 70–90% (17). W Europie tylko 10–20% chorych na schizofrenię jest aktywnych zawodowo (18). Tymczasem wiele osób z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi jest w pełni zdolnych do podjęcia pracy. Objawy będące powodem ograniczeń w zatrudnieniu to przede wszystkim: zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji uwagi, defekt sfery emocjonalnej, zmiany osobowości, zła tolerancja napięcia emocjonalnego, trudności w podejmowaniu decyzji, zmniejszona produktywność i zwiększona ilość popełnianych błędów w pracy. U chorych z zaburzeniami psychicznymi przeciwwskazana jest m.in. ciężka praca fizyczna, praca na wysokości, przy niebezpiecznych maszynach w ruchu, praca w dużym napięciu nerwowym i związana z dużą odpowiedzialnością, praca w kontakcie z czynnikami neurotoksycznymi oraz kierowanie pojazdami silnikowymi (19).

W prezentowanym badaniu 46,5% lekarzy i 31,8% specjalistów bhp wskazało padaczkę jako kolejne schorzenie wśród sprawujących najwięcej problemów w opiece profilaktycznej nad pracownikiem z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.

W grupie chorych na padaczkę odsetek osób niepracujących zawodowo jest wyjątkowo wysoki (20). W badaniu Elwesa i wsp. (21) bezrobotnych było 59% osób z czynną padaczką. Z kolei w grupie, w której stwierdzono dodatkowe zaburzenia neurologiczne lub psychiatryczne, oraz w grupie niewykwalifikowanych robotników odsetek bezrobotnych sięgał odpowiednio: 79% i 77%. Według Dasgupta i wsp. częstotliwość wypadków i absencji chorobowej oraz wydajność pracy wśród pracowników z rozpoznaną padaczką nie różnią się od tych w populacji generalnej (22). Jedynie niewielka część chorych jest w znacznym stopniu niepełnosprawna z powodu częstych napadów oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i wymaga pracy w warunkach chronionych.

Ograniczenia w zatrudnieniu chorych na padaczkę wynikają przede wszystkim z konieczności zapewnienia bezpieczeństwa choremu i jego otoczeniu w przypadku nagłej utraty świadomości. Przeciwwskazana jest więc m.in. praca na wysokości, praca przy obsłudze maszyn grożących urazem, prowadzenie pojazdów silnikowych, praca w pobliżu zbiorników wodnych, źródeł ognia i chemikaliów oraz praca związana z posługiwaniem się bronią. Dodatkowo pracownicy, u których istnieje ryzyko nagłej utraty świadomości, nie powinni pracować na stanowisku jednoosobowym (23).

Wśród chorób sprawiających najwięcej trudności w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym 37% ankietowanych lekarzy wskazało cukrzycę.

Tuniceli i wsp. wykazali, że cukrzyca w istotny sposób zmniejsza prawdopodobieństwo zatrudnienia oraz skutkuje zmniejszoną produktywnością i niższymi zarobkami (24). Zgodnie ze stanowiskiem Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (American Diabetes Association – ADA) „każdy pacjent z cukrzycą leczony insuliną lub innymi lekami powinien mieć prawo do zatrudnienia zgodnie ze swoim wykształceniem”. Ograniczenia w wykonywaniu pracy przez chorego na cukrzycę są niewielkie i związane głównie z ryzykiem hipoglikemii podczas insulinoterapii. Kluczowym elementem przy orzekaniu o zdolności do pracy jest więc ocena ryzyka wystąpienia hipoglikemii.

Według wytycznych ADA pojedynczy epizod ciężkiej hipoglikemii nie jest czynnikiem dyskwalifikującym pracownika. Powtarzające się epizody hipoglikemii (zwłaszcza takie, których przyczyny nie udaje się wyjaśnić) mogą oznaczać, że pacjent nie powinien wykonywać pracy, w której zaburzenia świadomości mogą skutkować zagrożeniem dla życia i zdrowia jego samego

lub otoczenia (25). Zatrudniając chorego na cukrzycę, należy dążyć do stworzenia pracownikowi możliwości unikania ciężkiej hipoglikemii – poprzez np. dodatkowe przerwy i wydzielone miejsce do wykonania pomiaru glikemii, przyjęcia leków czy spożycia posiłku (25).

Wyniki niniejszego badania wskazują na potrzebę opracowania standardów w zakresie opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym. Opracowanie wytycznych niewątpliwie ujednoczyłoby system orzecznictwa w naszym kraju. Należy jednak pamiętać, że nie wszystkie przypadki osób niepełnosprawnych chcących podjąć pracę można ująć w określone schematy. Najlepszym rozwiązaniem jest więc odpowiednie kształcenie zawodowe lekarzy smp oraz specjalistów bhp w zakresie zagadnień dotyczących opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym – żeby w indywidualnych przypadkach mogli oni podejmować właściwe decyzje.

WNIOSKI

1. Brak wystarczającej wiedzy lekarzy sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami i specjalistów bhp na temat zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych stanowi dodatkową barierę w aktywizacji zawodowej tej grupy pracowników.
2. Najwięcej problemów w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym sprawiają zaburzenia psychiczne, padaczka i cukrzyca.
3. Konieczne jest podjęcie działań mających na celu poprawę systemu kształcenia zawodowego lekarzy i specjalistów bhp w zakresie zagadnień dotyczących opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Walusiak-Skorupa J., Krawczyk P., Wągrowaska-Koski E.: Opieka nad pracownikiem niepełnosprawnym – problemy lekarza służby medycyny pracy [cytowany 15 maja 2012]. Adres: <http://www.pracaizdrowie.com.pl/content/view/622/6/>
2. Sirvastava S., Chamberlain M.: Factors determining job retention and return to work for disabled employees: a questionnaire study of opinions of disabled people's organization in the UK. *J. Rehabil. Med.* 2005;37:17–22
3. Merrill R.N., Pransky G., Hathaway J., Scott D.: Illness and the workplace. A study of physicians and employers. *J. Fam. Pract.* 1990;31:51–59

4. Beaumont D.: The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occup. Med. (Lond.)* 2003;53:248–252
5. Sawney P., Challenor J.: Poor communication between health professionals is a barrier to rehabilitation. *Occup. Med.* 2003;53:246–248
6. Anema J.R., van der Giezen A.M., Buijs P.C., van Mechelen W.: Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return to work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3–4 months. *Occup. Environ. Med.* 2002;59:729–733
7. Buijs P., van Amstel R., van Dijk F.: Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occup. Environ. Med.* 1999;56:709–713
8. Pransky G., Katz J.N., Benjamin K., Hummelstein J.: Improving the physician role in evaluating work ability: a survey of primary care practitioners. *Disabil. Rehabil.* 2002;24:867–874
9. Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych: Niepełnosprawność w liczbach. Rynek Pracy [cytowany 10 lutego 2012]. Adres: <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosc-w-liczbach-/rynek-pracy>
10. Główny Urząd Statystyczny: Roczniki statystyczne 2002, 2004 [cytowany 10 lutego 2012]. Adres: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/osoby_niepelnosprawne_oraz_ich_gospodarstwa_domowe_cz_2_gospodarstwa_domowe.pdf
11. Centrum Badań i Rozwoju Kształcenia: Raport o sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce [cytowany 10 lutego 2012]. Adres: http://www.bezuprzedzen.org/doc/raport_sytuacja_niepelnosprawnych.pdf
12. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. *DzU* z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm.
13. Ustawa z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. *DzU* z 2010 r. nr 226, poz. 1475
14. Ustawa z dnia 8 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. *DzU* z 2010 r. nr 40, poz. 223
15. Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., Krawczyk-Szulc P., Rybacki M., Wągrowaska-Koski E.: Opieka profilaktyczna nad pracownikiem niepełnosprawnym – problem współczesnej medycyny pracy? *Med. Pr.* 2011;62(2): 175–186
16. Cohidon C., Imbernon E., Goldberg M.: Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am. J. Ind. Med.* 2009;52:141–152
17. Gabriel P.: Mental health in the workplace: situation analysis United States. ILO Publications, Geneva 2000
18. Catty J., Lissouba P., White S., Becker T., Drake R.E., Fioritti A.: Predictors of employment for people with severe mental illness: Results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2008;192(3): 224–231
19. Henderson M., Harvey S.B., Overland S., Mykletun A., Hotopf M.: Work and common psychiatric disorders. *J. R. Soc. Med.* 2011;104:198–207
20. Jennum P., Gyllenberg J., Kjellberg J.: The social and economic consequences of epilepsy: A controlled national study. *Epilepsia* 2011;52(5):949–956
21. Elwes R.D.C., Marshall J., Beattie A., Newman P.K.: Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1991;54:200–203
22. Dasgupta A.K., Saunders M., Dick D.J.: Epilepsy in the British Steel Corporation: An evaluation of sickness, accident and work records. *Br. J. Ind. Med.* 1982;39: 145–148
23. Wągrowaska-Koski E., Walusiak J., Wdówik P. [red.]: Kryteria kwalifikujące do niepełnosprawności oraz procedury postępowania. Materiały szkoleniowe dla lekarzy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2006, ss. 144–149
24. Tunceli K., Bradley C.J., Nerenz D., Williams L.K., Pledevall M., Elston Lafata J.: The impact of diabetes and employment and work productivity. *Diabetes Care* 2005;28(11):2662–2667
25. American Diabetes Association: Diabetes and employment. *Diabetes Care* 2009;32(Supl. 1):S80–S84