

Małgorzata Okreglicka

## ZARZĄDZANIE PROCESEM POWROTU DO PRACY OSÓB CZASOWO DO NIEJ NIEZDOLNYCH

RETURN TO WORK MANAGEMENT OF PEOPLE WITH TEMPORARY DISABILITY

Przemysłowy Zakład Opieki Zdrowotnej  
przy Procter and Gamble Operations Polska Sp. z o.o., Warszawa

### STRESZCZENIE

Istnieje coraz więcej dowodów, że powrót do pracy korzystnie wpływa na zdrowie pracownika, dlatego należy podjąć działania umożliwiające mu to w optymalnych dla niego terminach. Racjonalnym narzędziem do zarządzania przypadkami czasowej niezdolności do pracy jest publikacja pt. „The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration”, opracowany przez lekarza Presleya Reeda w celu obiektywizacji orzecznictwa lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy. Adresatem przewodnika są wszystkie osoby zaangażowane w zarządzanie procesem powrotu czasowo niepełnosprawnych do pracy, a zawarte w nim wytyczne pozwolą użytkownikom zrozumieć proces powrotu do pracy i poznać miary, które mogą być zastosowane w programach zarządzania zwolnieniami lekarskimi. Med. Pr. 2011;62(4):445–452

Słowa kluczowe: czas trwania niezdolności do pracy, wytyczne do orzecznictwa, powrót do pracy, korzystne działanie na stan zdrowia, pracodawca, pracownik

### ABSTRACT

There is a large and growing body of scientific evidence that return to work usually provides significant overall health benefit, and staying off work needlessly results in poorer overall health outcomes. Thus, employers, employees (patients), and insurers all benefit from individuals returning to work in usual time periods. Disability duration guidelines can be an important tool helping the injured workers to get back on the job. The return to work process needs to be accepted by all parties (physicians, employees, employers, insurers) as defensible, fair and evidence-based. “The medical disability advisor — Workplace Guidelines for Disability Duration” by Presley Reed is the backbone of communication, understanding and measurement in case management programs, having great impact on many parties and steps during a case life cycle. Med Pr 2011;62(4):445–452

Key words: disability duration, guidelines, return to work, health benefit, employer, employee

Adres autorki: Przemysłowy Zakład Opieki Zdrowotnej przy Procter and Gamble Operations Polska sp. z o.o.,  
ul. Zabraniecka 20, 03-872 Warszawa; e-mail: okreglicka.m@gmail.com

Nadesłano: 29 marca 2011  
Zatwierdzono: 9 maja 2011

### WPROWADZENIE

Zgodnie z raportem rzecznika prasowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) z 2009 roku lekarze orzecznicy ZUS-u, na mocy Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, przeprowadzili kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy u 287,5 tys. pracowników. W wyniku kontroli 35,1 tys. osobom wydano decyzje wstrzymujące dalszą wypłatę zasiłku chorobowego, co oznacza, że 12,2% badanych uznano za zdolnych do pracy. Coroczne raporty ZUS-u potwierdzają, że tysiące pracowników przebywa na zwolnieniach lekarskich, mimo że mogliby w tym czasie pracować (1–3).

Wydaje się, że ta liczba nieuzasadnionych zwolnień lekarskich jest wyższa zwłaszcza w przypadku krótkich zwolnień lekarskich, co spowodowane jest bezwładnością systemu kontrolującego. Wynika ona z tego, że często procedura od zgłoszenia przez pracodawcę wniosku o kontrolę zwolnienia lekarskiego do jego zrealizowania przez lekarza ZUS-u trwa tyle samo, ile wystawione zwolnienie lekarskie, lub dłużej.

W związku z powyższym powstaje pytanie o przyczynę istnienia tak dużej rozbieżności między decyzją lekarza wystawiającego zaświadczenie o niezdolności do pracy a opinią lekarza orzecznika ZUS, który tę decyzję cofa. Odpowiadając na nie, należy pamiętać, że absencja chorobowa jest zjawiskiem złożonym, które zależy nie tylko od czynników zdrowotnych, ale

również społeczno-ekonomicznych, psychologicznych i kulturowych (4–11). Czynniki osobiste, społeczne, kulturowe, ekonomiczne, zawodowe i środowiskowe, które kształtują stan zdrowia indywidualnych osób lub populacji, nazywamy determinantami zdrowia (12,13).

Celem pracy jest wskazanie narzędzia do oceny czasowej niezdolności do pracy, które uwzględni najważniejsze determinanty zdrowia wpływające na długość zwolnień lekarskich. Zastosowanie jednego narzędzia na obu szczeblach orzeczniczych powinno przyczynić się do istotnego zwiększenia odsetka zgodnych orzeczeń. Ponadto, dalszą redukcję zwolnień lekarskich uzyskamy, angażując wszystkich partnerów biorących udział w procesie powrotu pracownika do pracy i stosując jedną platformę pojęciową dla wszystkich zainteresowanych stron.

## **STANDARDY ORZECZNICZE O CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

Obecnie lekarz podejmując decyzję o długości zwolnienia lekarskiego uwzględnia głównie medyczne kryteria oceny czasowej niezdolności do pracy, takie jak rozpoznanie, stopień zaawansowania choroby, powikłania, rodzaj zastosowanego leczenia, indywidualną odpowiedź na leki, wiek pracownika i choroby towarzyszące. Decyzja jest trudna i wymaga dużego doświadczenia lekarza, ponieważ nie ma w Polsce wytycznych, które precyzują szczegółowo długość zwolnienia lekarskiego w przypadku danej jednostki chorobowej, opracowanych w formie przepisów prawa lub (co według autora jest lepszym rozwiązaniem) w formie rekomendacji instytutów badawczych lub towarzystw naukowych.

Wydaje się, że w tej sytuacji optymalnym rozwiązaniem dla lekarzy jest zastosowanie standardów orzekania o czasowej niezdolności do pracy przedstawionych w przewodnikach, które można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej zaliczmy te, które oparte są na aktualnej wiedzy medycznej. Dla drugiej grupy źródłem wiedzy jest medycyna oparta na faktach (evidence-based medicine). W związku z tym, że współczesny pacjent chce aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia, lekarz powinien mu to umożliwić i w postępowaniu orzecznym opierać się na medycynie opartej na faktach (14). Przykładem takich przewodników wydanych drukiem są: „The official disability guidelines” opublikowany przez Work Loss Data Institute (Corpus Christi, TX), „The health management guidelines” opublikowany przez Miliam & Roberson (Seattle, WA), „The occupational medicine practice guidelines: evalu-

ation and management of common health problems and functional recovery in workers” opublikowany przez OEM Press (Beverly, MA) oraz „The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration” opublikowany przez Reed Group Ltd. (Boulder, CO) (15–18). Z kolei w formie elektronicznej dostępne są ostatni z wcześniej wymienionych i np. „The QualityFIRST guidelines” opracowany przez Institute for Healthcare Quality (Minneapolis, MN), „The InterQual guidelines” opracowany przez InterQual (Marlborough, MA) (19,20).

Autorka niniejszego artykułu ma 5-letnie doświadczenie w stosowaniu jednego z nich, tj. „The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration”, a w tym artykule chciałaby przekonać jak największą grupę lekarzy do stosowania tego narzędzia w codziennej praktyce. Przewodnik zawiera standardy orzekania o czasowej niezdolności do pracy dla ponad 10 000 nazw jednostek chorobowych i procedur medycznych, oparte na zaleceniach American College of Occupational and Environmental Medicine, oraz ich kody w klasyfikacji ICD-9 i ICD-10. Każda jednostka chorobowa i procedura jest opisana według schematu: definicja, postępowanie diagnostyczne, diagnostyka różnicowa, metody leczenia, rehabilitacja, specjaliści, którzy biorą udział w procesie leczenia, powikłania, rokowanie, czas trwania niezdolności do pracy w tabelach, ograniczenia zawodowe, które dana choroba generuje. Kolejne wydania (od pierwszego z 1997 po szóste z 2009 roku — są modyfikowane w oparciu o aktualną wiedzę medyczną. Można je zakupić w formie drukowanej (ok. 3000 stron) lub elektronicznej (21–25).

## **ZAWODOWE DETERMINANTY ZDROWIA W POSTĘPOWANIU ORZECZNICZYM O CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

Orzekając o czasowej niezdolności do pracy, lekarz powinien uwzględnić rodzaj wykonywanej pracy. Wyróżniamy 5 rodzajów prac: siedzącą, lekką, średnio ciężką, ciężką i bardzo ciężką. Praca siedząca wymaga siedzenia w większości wymiaru czasu, ale daje możliwość chodzenia, krótkiego stania, sporadycznego dźwigania ciężarów do 4–5 kg. Lekka praca zwykle wymaga chodzenia lub stania w większym stopniu niż praca siedząca, sporadycznego dźwigania ciężarów do 10 kg lub często do 5 kg oraz okresowego utrzymania rąk w „niewygodnych” pozycjach. Przy pracach średnio ciężkiej, ciężkiej oraz bardzo ciężkiej pracownik odpowiednio do stopnia ciężkości pracy sporadycznie dźwiga ciężary

do 25 kg, do 50 kg i powyżej 50 kg lub często do 10 kg, do 25 kg lub powyżej 25 kg albo ciągle przenosi ciężary do 5 kg, do 10 kg i powyżej 10 kg (26,27).

Ponadto, przy ocenie ciężkości prac należy oszacować stopień obciążenia statycznego. Najpowszechniejszą w Polsce metodą jego oceny jest metoda Kirschnera (tab. 1). W niektórych jednostkach chorobowych znaczenie ma sposób wykonywanej pracy, np. przy pracy wymagającej monotypowych ruchów nadgarstka pracownik z zespołem cieśni nadgarstka będzie wymagał dużo dłuższego zwolnienia lekarskiego niż pracownik zatrudniony na stanowisku, gdzie takie obciążenie nie występuje. U pacjentów ze zwolnieniami lekarskimi z powodów neurologicznych i psychiatrycznych należy zwrócić uwagę na przyjmowane leki, które mogą być przeciwwskazane w pracy przy maszynach w ruchu, pracy na wysokości czy u operatorów wózków widłowych.

Tabele czasu trwania niepełnosprawności, umieszczone w „The medical disability advisor”, uwzględniają rodzaj wykonywanej pracy oraz różne metody leczenia.

## **DETERMINANTY PSYCHOLOGICZNE, ŚRODOWISKOWE, KULTUROWE I SPOŁECZNO-EKONOMICZNE W POSTĘPOWANIU ORZECZNICZYM O CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

Na absencję chorobową mają również wpływ czynniki psychologiczne, środowiskowe i społeczno-ekonomiczne i kulturowe. Jednym z najważniejszych czynników jest motywacja pacjenta do powrotu do pracy, ponieważ warunkuje ona jego współpracę z lekarzem w procesie leczenia, tj. stosowanie się do zaleceń lekarza, chęć zrozumienia przyczyn choroby i wynikającej z niej konieczności zmiany dotychczasowego stylu życia (28–31). Z tego powodu „The medical disability advisor” adresowany jest również do pacjentów, a zawarte w nim informacje dotyczące przyczyn choroby są rozbudowane i przedstawione w sposób bardzo przejrzysty.

Należy zwrócić uwagę na to, żeby wysoka motywacja pracownika do pracy nie skutkowałą zbyt szybkim wydaniem zgody na jego powrót do pracy, ponieważ może to doprowadzić do ponownego wystąpienia

**Tabela 1.** Ocena stopnia obciążenia statycznego według Kirschnera (modyfikacja Fibigera)  
**Table 1.** Evaluation of the static load by Kirschner (modified by Fibiger)

Stopień obciążenia statycznego The degree of static load	Praca związana z trzymaniem The work related to keeping Holding-related work	Pozycje Position
Mały / Small	sporadyczne trzymanie ciężaru 5 kg lub utrzymywanie rąk w „niewygodnych” pozycjach / sporadic holding the weight of 5 kg or arms in “uncomfortable” positions	siedząca, niewymuszona; stojąca niewymuszona z możliwością okresowej zmiany na siedzącą; stojąca lub siedząca na przemian z chodzeniem / sitting, unforced, unforced standing with possible or periodic changes into sitting position, standing or the alternation of sitting and walking
Średni / Medium	konieczność okresowego trzymania ciężarów do 10 kg lub utrzymywanie rąk powyżej barków lub w innych „niewygodnych” pozycjach / periodic holding the weight up to 10 kg or arms above shoulders or in other “uncomfortable” positions	siedząca, wymuszona, niepochylona bądź nieznacznie pochylona; stojąca niewymuszona bez możliwości zmiany pozycji na siedzącą / sitting, forced, not bent, or slightly bent, standing, unforced without the possibility of changing into sitting position
Duży / Large	konieczność dłuższego trzymania ciężarów do 10 kg lub utrzymywanie rąk powyżej barków lub w innych „niewygodnych” pozycjach / the need for longer holding the weight of 10 kg or arms above shoulders or in other “uncomfortable” positions	stojąca, wymuszona, niepochylona z możliwością okresowej zmiany pozycji na siedzącą; siedząca, wymuszona, bardzo pochylona; stojąca, wymuszona, niepochylona bez możliwości zmiany pozycji na siedzącą; stojąca, wymuszona, pochylona / standing, forced, not bent, with the possibility of periodic changes into sitting position; sitting, forced, bent; standing, forced, but not bent, without changing into sitting position; standing, forced, bent
Bardzo duży / Very large	jak wyżej, gdy czas utrzymywania jest długi / as above, if the holding time is long	klęcząca, w przysiadzie i inne nienaturalne pozycje / kneeling, squatting and other unusual positions

niepełnosprawności i w ostateczności do wydłużenia zwolnienia lekarskiego (32).

Na motywację pacjenta wpływają jego osobnicze cechy, ale również środowisko pracy, do którego ma wrócić. Przyjazne środowisko pracy to dobra współpraca z pracownikami, programy wsparcia organizowane przez pracodawcę, wysoka kultura i stabilizacja pracy. LaRocco i wsp. udowodnili, że wsparcie społeczne, czyli pomoc udzielana przez innych ludzi ze środowiska pracy, redukowało negatywny wpływ napięcia i stresu pracy na zdrowie (za: 33). Wyniki powyższych badań zainspirowały House'a do przeprowadzenia badania, w którym potwierdził, że stres w pracy jest bezpośrednio związany ze zdrowiem, a wsparcie modyfikuje te relacje na trzy sposoby — redukuje poziom postrzeganego stresu pracy, sprzyja lepszemu samopoczuciu oraz redukuje negatywny wpływ stresu na zdrowie (za: 33).

Podatność na absencję chorobową zwiększają zaburzenia w społecznym środowisku pracy, takie jak zachwianie więzi z organizacją, negatywne postawy wobec pracy, konflikty w pracy oraz brak zaufania do pracodawcy. Ponadto, lęk przed powrotem do pracy jest spowodowany utratą kontaktu z pracą i rutyną pracy, a pogłębia go obawa przed negatywnym odbiorem przez współpracowników i szefa (34–40). W związku z powyższym pracodawca w celu uzyskania korzystnych warunków dla zdrowia pracownika powinien stworzyć przyjazne środowisko pracy, a informacja zawarta w „The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration” pozwoli specjalistom współpracującym z pracodawcą dostosować stanowisko pracy do potrzeb pracownika, który powróci do pracy.

### **MINIMALNY, OPTIMALNY I MAKSYMALNY OKRES ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO**

„The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration”, opracowany przez Reeda w celu obiektywizacji orzecznictwa lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, jest racjonalnym narzędziem do zarządzania przypadkami czasowej niezdolności do pracy (25). Przewodnik, żeby był użyteczny, musi uwzględniać wszystkie czynniki, które znacząco wpływają na czasową niezdolność do pracy. Jeżeli ustalane są normy dla długości zwolnienia lekarskiego w danej jednostce chorobowej, to muszą być uwzględnione różnice związane z różnymi rodzajami terapii, stopniem ciężkości choroby, rodzajem wykonywanej pracy, zależności między rodzajem restrykcji, które generuje choroba, a sposobem wykonywania pracy itp.

W „The Medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration” okres niezdolności do pracy podzielony jest na trzy części: od minimalnego czasu, po którym pacjent powinien wrócić do pracy, aż do czasu maksymalnego. Wartości te stanowią kolejne etapy prowadzące do pełnego wyzdrowienia. Jeżeli w tym okresie nie uzyska się pełnego wyzdrowienia pacjenta, to lekarz powinien dokonać ponownej oceny przypadku, z uwzględnieniem powikłań i chorób towarzyszących.

W związku z powyższym lekarz, określając długość zwolnienia lekarskiego, musi przeanalizować czasową niepełnosprawność pracownika do wykonywania pracy zawodowej spowodowaną chorobą z którejś z 3 kategorii:

- I kategoria — niepełnosprawność wynikająca z choroby pracownika, która uniemożliwia wykonywanie przez pracownika pracy zawodowej i stanowi podstawę do wydania zwolnienia lekarskiego na okres minimalny,
- II kategoria — niepełnosprawność wynikająca z choroby pracownika, która ogranicza zdolność do wykonywania przez pracownika pracy zawodowej i stanowi podstawę do wydłużenia okresu zwolnienia lekarskiego powyżej okresu minimalnego,
- III kategoria — niepełnosprawność wynikająca z choroby pracownika, która utrudnia wykonywanie przez niego pracy zawodowej i stanowi podstawę do wydłużenia zwolnienia lekarskiego powyżej okresu optymalnego.

### **Minimalny (konieczny) okres zwolnienia lekarskiego**

Podstawą do orzeczenia niezdolności do pracy są ograniczenia zdrowotne spowodowane niepełnosprawnością, które mogą stanowić zagrożenie dla jednostki lub dla innych osób (np. współpracowników, społeczeństwa itp.). W tych przypadkach lekarz szacuje ryzyko zdrowotne wystąpienia dolegliwości u pracownika, które uniemożliwiają wykonywanie pracy (np. stany hipoglikemii u kierowcy lub pilota), mimo że sam pracownik może uważać, że jest zdolny do działania. Innym przykładem są choroby zakaźne, w których przypadku pracownik w okresie zakaźności charakterystycznym dla danej jednostki chorobowej musi zostać w domu lub szpitalu. Ten okres zwolnienia lekarskiego można określić jako konieczny i tzw. minimalny okres zwolnienia lekarskiego, które lekarz leczący musi wydać pracownikowi.



### **Optymalny okres zwolnienia lekarskiego**

W większości przypadków najkorzystniejszym okresem powrotu do pracy jest okres drugi, który określony jest w wyżej wymienionym przewodniku w oparciu o dane statystyczne dla średniej populacyjnej w ramach zmierzonych standardów, opracowanych przez Reeda i wsp. Ponieważ okres zwolnienia lekarskiego dla tego okresu koreluje z rodzajem wykonywanej pracy, w celu ustalenia optymalnego czasu powrotu pracownika do pracy zalecana jest współpraca lekarza prowadzącego z lekarzem medycyny pracy sprawującym opiekę nad zakładem pracy, w którym zatrudniony jest pracownik (41). Przekazanie przez lekarza specjalistę precyzyjnej informacji o rozpoznaniu i stopniu czasowej niepełnosprawności pozwoli lekarzowi medycyny pracy dostosować warunki pracy do potrzeb pracownika (42). Na przykład po urazie mięśnia dwugłowego ramienia pracownik nie może wrócić do pracy przy dźwiganii ciężarów do czasu uzyskania wystarczającej siły mięśniowej, ale może wykonywać prace biurowe, pod warunkiem, że praca nie koliduje z jego leczeniem. Powrót pracownika, który nie ma znaczących powikłań ani chorób współistniejących w tym przedziale czasu, świadczy o prawidłowym i skutecznym leczeniu przez lekarza.

### **Maksymalny okres zwolnienia lekarskiego**

Najbardziej trudny do określenia jest okres zwolnienia lekarskiego, kiedy pacjent nie ma już objawów choroby uniemożliwiających lub ograniczających wykonywanie pracy, ale nadal ma objawy, które utrudniają mu jej wykonywanie. Zdolność tolerowania objawów przez chorego (np. ból lub zmęczenie) jest zagadnieniem wieloaspektowym, dlatego powoduje trudności w zbieraniu i interpretacji danych dotyczących tego zagadnienia. W tym czasie nadal na zwolnieniu lekarskim będą przebywać osoby, które mają poważne choroby współistniejące, u których wystąpiły powikłania, nieprawidłowo leczone, z niezwykle niską tolerancją objawów, symulujące objawy oraz osoby, które nie powrócą na swoje stanowiska, ponieważ w wyniku choroby na stałe utracą zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy. Precyzyjna informacja od lekarza prowadzącego pozwoli lekarzowi medycyny pracy znaleźć nowe stanowisko pracy dla pracownika. Omówiony wyżej czas zwolnienia jest też przedmiotem zainteresowania lekarzy ZUS-u oraz pracodawców, którzy analizują go w celu odpowiedzi na pytanie, czy nie doszło do błędów w procesie leczenia lub nadużycia okresu zwolnienia lekarskiego.

### **„THE MEDICAL DISABILITY ADVISOR — WORKPLACE GUIDELINES FOR DISABILITY DURATION” JAKO NARZĘDZIE DO SKRACANIA OKRESU OPTYMALNEGO I MAKSYMALNEGO ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO**

W celu przekonania pracownika, żeby powrócił do pracy przed zakończeniem okresu optymalnego do powrotu do pracy, kiedy nie są jeszcze przywrócone do stanu wyjściowego funkcje człowieka uszkodzone przez chorobę, lekarz prowadzący i lekarz medycyny pracy muszą udzielić wyczerpującej informacji pracownikowi, często obalić mity o szkodliwości pracy i przedstawić jasny plan postępowania.

Zdolność tolerowania objawów, które towarzyszą chorobie i chęć powrotu do pracy w celu uzyskania korzyści z pracy (dochody, poczucie własnej wartości, korzyści dla zdrowia, satysfakcja z pracy itp.) jest polem działania nie tylko dla lekarzy, ale także pracodawców i pracowników. Wiele przeszkód utrudniających pracownikowi szybki powrót do pracy można uniknąć poprzez identyfikowanie barier oraz konstruktywne zarządzanie problemem. Dostosowanie warunków pracy do niepełnosprawności pracownika — skrócenie czasu pracy w zakładzie pracy, dodatkowe przerwy w pracy, umożliwienie świadczenia pracy w domu, dostosowanie godzin pracy do potrzeb rehabilitacji lub diagnostyki, zmiana lokalizacji miejsca wykonywania pracy, niepełny etat, zmiana sprzętu, sprzęt wspomagający, zmiana zadań do wykonania, zmiana stanowiska na inne — często pozwala na wcześniejszy powrót pracownika do pracy (43–45). Warto spotkać się z chorym i wspólnie sporządzić plan działań, które pozwolą pracownikowi stopniowo włączyć się w procesy pracy w swoim zakładzie pracy. Pracodawca kontaktując się z pracownikiem jeszcze w czasie trwania zwolnienia lekarskiego, pokazuje, że praca, którą on wykonuje jest ważna dla przedsiębiorstwa i z tego powodu wszystkim zależy, żeby do niej wrócił. Pracodawca może zaoferować pomoc w rozwiązaniu problemów osobistych lub spotkanie z menadżerem w celu czasowej modyfikacji obowiązków pracownika do czasu pełnego powrotu do zdrowia (46–48).

Ponieważ dobra komunikacja między partnerami jest podstawowym warunkiem efektywności procesu, niezbędne wydaje się wprowadzenie jednej platformy pojęciowej dla lekarzy, pracowników i pracodawców, która pozwoli im rozmawiać „jednym językiem”. Innym niezbędnym warunkiem porozumienia się pracodawcy i pracownika jest zasada wzajemnego szacunku

i zaufania. Wytyczne zawarte w „The medical disability advisor — workplace guidelines for disability” nie mogą być narzędziem do zmuszania pracownika do powrotu do pracy wcześniej, niż wymaga tego proces leczniczy, ponieważ wówczas rola tego narzędzia w zarządzaniu zwolnieniami lekarskimi będzie negatywna.

Nowoczesna medycyna skracza okres czasowej niezdolności do pracy. Jest to szczególnie zauważalne w przypadku chirurgii małoinwazyjnej (np. operacja laparoskopowa zamiast otwierania jamy brzusznej, artroskopia zamiast otwierania stawu kolanowego itp.). Z tego powodu co 3–4 lata dane są aktualizowane w kolejnych wydaniach przewodnika.

## PODSUMOWANIE

Absencja chorobowa jest dużym problemem społecznym skutkującym kosztami finansowymi dla państwa, pracodawcy i pracownika. W związku z powyższym ważne jest wypracowanie zintegrowanego systemu zarządzania czasową niezdolnością do pracy, którą autorka niniejszego artykułu rozumie jako wykorzystywanie wiedzy w kształtowaniu determinant zdrowia, które wpływają na skrócenie czasu powrotu pracownika do pracy.

W celu zapewnienia dobrej komunikacji między partnerami autorka proponuje zastosować standardy orzekania o czasowej niezdolności do pracy zawarte w „The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration” opracowane przez Reeda. Przewodnik umożliwi lekarzom różnych specjalizacji wymianę doświadczeń w zakresie czasu zwolnienia pracownika od obowiązku wykonywania pracy z powodu choroby lub urazu i ułatwi, mimo istnienia wielu zmiennych, określenie czasu trwania zwolnienia lekarskiego oraz czasu koniecznego do pełnego wyzdrowienia pracownika. Równocześnie standardy zawarte w „The medical disability advisor” usprawnią proces weryfikacji zwolnień lekarskich przez lekarzy orzeczników ZUS-u.

Adresatem ww. przewodnika są wszystkie osoby zaangażowane w zarządzanie procesem powrotu czasowo niezdolnych do pracy, a zawarte w nim wytyczne pozwolą użytkownikom zrozumieć proces powrotu do pracy i poznać miary, które mogą być zastosowane w programach zarządzania. Dobra współpraca pracownika z lekarzem prowadzącym, lekarzem medycyny pracy oraz pracodawcą zapewni mu szybki powrót do pracy.

Podsumowując, „The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration” może mieć zastosowanie zarówno statystyczne, badawcze, kliniczne, edukacyjne, jak i społeczne. W związku z powyższym zasadne byłoby przygotowanie polskiej wersji wyżej wymienionego przewodnika i udostępnienie go lekarzom orzekającym.

## PIŚMIENICTWO

1. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. DzU z 1999 r. nr 60, poz. 636
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich. DzU z 1999 r. nr 65, poz. 743
3. Przybylski P.: ZUS skontrolował zwolnienia lekarskie [cytowany 2 maja 2010]. Komunikat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 26 lutego 2010. Adres: <http://www.zus.pl/default.asp?id=1&p=1&idk=1420>
4. Jethon Z.: Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. PZWL, Warszawa 1997
5. Szubert Z., Szeszenia-Dąbrowska N., Sobala W.: Wpływ przeobrażeń systemowych na absencję chorobową w zakładzie pracy. Część 2. Przyczyny niezdolności do pracy osób odchodzących z zatrudnienia. Med. Pr. 1998;49(6):517–525
6. Szubert Z., Sobala W.: Niektóre uwarunkowania absencji chorobowej osób powyżej 45 roku życia. Med. Pr. 2007;58(5):375–392
7. Tuomi K., Ilmarinen J., Jahkola A., Katajarinne L., Tulkki A.: Work ability index. W: Rautaoja S. [red.]. Occupational Health Care no. 19. Institute of Occupational Health, Helsinki 1994
8. Tuomi K., Ilmarinen J., Martikainen R., Aalto L., Klockars M.: Aging, work, life-style and work ability among finnish municipal workers in 1981–1992. Scand. J. Work. Environ. Health 1997;23 Supl. 1:58–65
9. Barański B., Boczkowski A.: Społeczno-demograficzne uwarunkowania samooceny stanu zdrowia i występowania dolegliwości zdrowotnych w populacji pracujących w dużym zakładzie pracy. Med. Pr. 2009;60(4):289–301
10. Potocka A.: Co wiemy o psychospołecznych zagrożeniach w środowisku pracy? Część I. Rozważania teoretyczne. Med. Pr. 2010;61(3):341–352
11. Potocka A., Merez-Kot D.: Co wiemy o psychospołecznych zagrożeniach w środowisku pracy? Część II. Badania świadomości pracowników. Med. Pr. 2010;61(4):393–411

12. Makowiec-Dąbrowska T., Koszada-Włodarczyk W., Bortkiewicz A., Gadzicka E., Siedlecka J., Józwiak Z. i wsp.: Zawodowe i pozazawodowe determinanty zdolności do pracy. *Med. Pr.* 2008;59(1):9–24
13. Makowiec-Dąbrowska T., Strusińska E., Bazylewicz-Walczak B., Radwan-Włodarczyk Z., Koszada-Włodarczyk W.: Zdolność do pracy — nowe podejście do sposobu oceny. *Med. Pr.* 2000;51(4):317–333
14. Prezzia Ch., Denniston P.: The use of evidence-based duration guidelines. *J. Work. Compens.* 2001;10(4):1–8
15. Work Loss Data Institute: The official disability guidelines. Sixth edition. Work Loss Data Institute, Corpus Christi 2001
16. Bruckman R.Z., Rasmussen H.: The health management guidelines. Volume 7. Workers Compensations Miliman & Roberson, Seattle 1996
17. Harris J.S.: The occupational medicine practice guidelines: Evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers. OEM Health Information Press, Beverly Farms 1997
18. Reed P.: The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration. Wyd. 4. The Reed Group Ltd., Boulder 2001
19. Institute for Healthcare Quality: The qualityFIRST clinical reference guidelines. Institute, Minneapolis 1992–2000
20. InterQual Products Group: The indication for workers compensation clinical management: Injury Management. HBO&Co., Marlborough 2000
21. Reed P.: The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration. Wyd. 1. The Reed Group Ltd., Boulder 1991
22. Reed P.: The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration. Second edition. The Reed Group Ltd., Boulder 1994
23. Reed P.: The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration. Wyd. 3. The Reed Group Ltd., Boulder 1997
24. Reed P.: The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration. Wyd. 5. The Reed Group Ltd., Boulder 2004
25. Reed P.: The medical disability advisor — workplace guidelines for disability duration. Wyd. 6. The Reed Group Ltd., Boulder 2009
26. Indulski J.: Higiena pracy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999
27. Konarska M.: Ocena obciążenia wysiłkiem fizycznym pracowników starszych. Centralny Instytut Ochrony Pracy — Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2007
28. Puchalski K.: Działania prozdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników średnich i dużych przedsiębiorstw. *Med. Pr.* 2004;55(3):233–242
29. Puchalski K.: Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw. *Med. Pr.* 2004;55(5):417–424
30. Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L.: Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999
31. Myerscough P.R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001
32. Talmage J.B., Melhorn J.M.: A physician's guide to return to work. AMA Press, Chicago 2005
33. Garczarek A., Turczyn-Jabłońska K.: Wsparcie społeczne a praca. *Lek. Med. Pr.* 2006;4:10–14
34. Dudek B., Waszkowska M., Merecz D., Hanke W.: Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999
35. Merecz D., Mościcka A., Drabek M., Koniarek J.: Predykatory zdrowia psychicznego i zdolności do pracy pracowników zatrudnionych na stanowiskach wykonawczych. *Med. Pr.* 2004;55(5):425–433
36. Koradecka D. [red.]: Nauka o pracy — bezpieczeństwo, higiena, ergonomia. Tom 5. Czynniki psychologiczne i społeczne. Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa 2000
37. Waszkowska M., Merecz D., Drabek M.: Programy prewencji stresu zawodowego — strategie, techniki, ocena skuteczności. Cz. I. Narodowe i międzynarodowe działania na rzecz przeciwdziałania stresowi w miejscu pracy. *Med. Pr.* 2009;60(6):523–529
38. Waszkowska M., Merecz D., Drabek M.: Programy prewencji stresu zawodowego — strategie, techniki, ocena skuteczności. Cz. II. Prewencja stresu zawodowego na poziomie organizacji. *Med. Pr.* 2010;61(2):191–204
39. Widerszal-Bazyl M., Łuczak A., Konarska M., Cieślak R., Żołnierczyk-Zreda D.: Bezpieczeństwo i ochrona człowieka w środowisku pracy. Stres w pracy. Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa 2002
40. Radkiewicz P., Widerszal-Bazyl M.: Next-study group: Psychometric properties of Work Ability Index in the light of comparative survey study. W: Costa G., Goedhard W.J.A., Ilmarinen J.: International Congress Series. Tom 1280. Assessment and promotion of work ability, health and well-being of ageing workers. Proceedings of the 2nd International Symposium on Work Ability, 18–20 października 2004; Verona, Italy. Elsevier, Verona 2005, ss. 304–309
41. Boczkowski A.: Medycyna pracy w systemie ochrony zdrowia pracujących: ewolucja kształcenia specjalistycznego. *Med. Pr.* 2007;58(5):457–466

42. Wągrowaska-Koski E., Rybacki M.: Identyfikacja najczęściej występujących problemów w orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych na podstawie działalności ekspertyzowej przychodni chorób zawodowych w latach 2005–2007. *Med. Pr.* 2010;61(1):23–33
43. Wągrowaska-Koski E., Walusiak J., Wdówik P.: Nowe kryteria kwalifikujące do niepełnosprawności oraz procedury postępowania — propozycje zmian, materiały szkoleniowe dla lekarzy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2006
44. Wągrowaska-Koski E., Walusiak J., Marczyńska-Wdówik A., Wdówik P.: Nowe kryteria kwalifikujące do niepełnosprawności oraz procedury postępowania — propozycje zmian, materiały szkoleniowe dla doradców zawodowych. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2006
45. Waddell G.A., Burton A.K.: *Is work good for your health and wellbeing?* The Stationery Office, London 2006
46. Widerszal-Bazyl M.: Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym — ramowe podejście europejskie. Wskazania dla pracodawców i reprezentantów pracowników. Centralny Instytut Ochrony Pracy — Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2009
47. Marczyńska A.: *Jak promować zdrowie w miejscu pracy. Program radzenia sobie ze stresem.* Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1998
48. Gólc M.: *Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy.* Państwowa Inspekcja Pracy. Główny Inspektorat Pracy, Warszawa 2007