



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



RAPORT KOŃCOWY BADANIA EWALUACYJNEGO

OCENA POTRZEB WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO W ZAKRESIE REALIZACJI PROJEKTÓW DOTYCZĄCYCH PROFILAKTYKI W ZAKRESIE CHORÓB CYWILIZACYJNYCH I ZAWODOWYCH

WYG PSDB Sp. z o.o.

ul. Sienna 64
00-825 Warszawa

Tel: + 48 22 492 71 04
Fax: + 48 22 492 71 39



creative minds safe hands

1. SPIS TREŚCI

1. Spis treści	2
2. Wykaz skrótów	3
3. Streszczenie	4
Summary	7
4. Wprowadzenie.....	10
4.1. Kontekst badania	10
4.2. Cele i pytania badawcze.....	11
4.3. Zastosowane metody badawcze.....	13
5. Identyfikacja potrzeb realizacji programów profilaktycznych z punktu widzenia pracowników i kadry zarządzającej.....	18
5.1. Choroby zawodowe	18
5.2. Choroby cywilizacyjne.....	32
5.3. Potrzeby w zakresie programów profilaktyki zdrowia	45
6. Zdiagnozowanie potrzeb osób, które powróciły do pracy po dłuższej przerwie spowodowanej względami zdrowotnymi w kontekście uczestnictwa w programach zdrowotnych	55
7. Ocena potrzeb w odniesieniu do tworzenia programów profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania schorzeniom istotnie wpływającym na dezaktywizację zawodową.....	65
7.1. Dezaktywizacja zawodowa pracowników w województwie lubelskim	65
7.2. Modelowe programy profilaktyczne – doświadczenia europejskie	72
7.3. Działania podejmowane przez służby BHP w ramach programów zapobiegania dezaktywizacji zawodowej pracowników z przyczyn zdrowotnych	84
7.4. Działania podejmowane przez służby medycyny pracy w ramach programów zapobiegania dezaktywizacji zawodowej pracowników z przyczyn zdrowotnych	87
8. Ocena potrzeb realizacji programów profilaktycznych minimalizujących zdrowotne czynniki ryzyka zawodowego w miejscu pracy.....	92
9. Główne wnioski i rekomendacje	98
10. Załączniki.....	101
10.1. Bibliografia:	101
10.2. Spis tabel	104
10.3. Spis wykresów	105
10.4. Wykaz chorób zawodowych	106

2. WYKAZ SKRÓTÓW

BHP – bezpieczeństwo i higiena pracy

CATI – computer assisted telephone interview – wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo

CAWI – computer assisted web interview – wywiad internetowy wspomagany komputerowo – ankieta internetowa

FGI – focus group interview – zogniskowany wywiad grupowy

IDI – individual in-depth interview – indywidualny wywiad pogłębiony

IMP – Instytut Medycyny Pracy im. Nofera w Łodzi

IMW – Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

MP – lekarze medycyny pracy

PIP – Państwowa Inspekcja Pracy

PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna

POZ – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej

PP – program profilaktyczny

PPdP – program powrotu do pracy

WOMP – Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie

3. STRESZCZENIE

Cele i założenia metodyczne badania

Badanie zostało przeprowadzone na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie przez firmę WYG PSDB Sp. z o.o. Celem głównym badania jest ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących profilaktyki chorób cywilizacyjnych i zawodowych. Osiągnięcie tego celu możliwe było dzięki realizacji celów szczegółowych związanych z dokonaniem identyfikacji i diagnozy potrzeb realizacji programów profilaktycznych z punktu widzenia pracowników i kadry zarządzającej, a także potrzeb osób, które powróciły do pracy po dłuższej przerwie spowodowanej względami zdrowotnymi. Osiągnięto także cele badania dotyczące oceny potrzeb w odniesieniu do tworzenia programów profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania schorzeniom istotnie wpływającym na dezaktywizację zawodową, a także oceny potrzeb realizacji programów profilaktycznych minimalizujących zdrowotne czynniki ryzyka zawodowego w miejscu pracy. Zgodnie z zasadą triangulacji metod i perspektyw badawczych w badanie zaangażowano interdyscyplinarny zespół ekspertów, który przeprowadził analizy desk research – w głównej mierze opierając się na danych systemu statystyki publicznej oraz dostępne raporty badawcze i ewaluacyjne. Zrealizowano także badania terenowe z wykorzystaniem ilościowych metod kwestionariuszowych – CATI z 250 pracodawcami i ich pracownikami, mixed-mode design (CATI/CAWI) z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzami medycyny pracy. Dopełnieniem metodyki badania są metody jakościowe tj. IDI przeprowadzone z ekspertami w dziedzinie zdrowia publicznego i przedstawicielami sektora ochrony zdrowia oraz zogniskowany wywiad grupowy, w którym wzięli udział specjaliści bezpieczeństwa i higieny pracy.

Identyfikacja potrzeb realizacji programów profilaktycznych z punktu widzenia pracowników i kadry zarządzającej

Najczęściej występującymi chorobami zawodowymi w województwie lubelskim są choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa, przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym oraz występujące w mniejszej skali pylice płuc i obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem. Obserwowany jest przy tym systematyczny spadek orzecznictwa niemal wszystkich chorób zawodowych. Choroby zawodowe nie stanowią istotnej przyczyny dezaktywizacji zawodowej pracowników, ich wpływ na absencje chorobowe i zgony w województwie lubelskim jest marginalny. Jednocześnie dokonuje się zmiana w etiologii chorób zawodowych z przyczyn związanych z produkcją przemysłową i rolniczą (praca fizyczna) na choroby wynikające z realizacji zadań zawodowych za pomocą komputera (praca biurowa, siedząca), co przejawia się wzrostem zapadalności na choroby układu ruchu i choroby kręgosłupa. Nie wykazano związku zapadalności na choroby zawodowe z płcią, a występujące w tym zakresie konotacje mają bardziej podłoże kulturowe przejawiające się w skłonności jednej z płci do wykonywania zawodów, które tradycyjnie sklasyfikować można jako męskie lub kobiece. Nie ma również związków pomiędzy rodzajem wykonywanej pracy, a ryzykiem występowania chorób zawodowych, natomiast wpływ wieku na występowanie choroby zawodowej ma znaczenie ze względu na czas narażenia pracownika na czynniki szkodliwe. Ryzyko

wystąpienia choroby powiązanej z pracą dostrzega 34% pracowników i 33% pracodawców. Jednocześnie 47% pracowników uskarża się na objawy związane z występowaniem chorób cywilizacyjnych. Pracownicy najczęściej podają zagrożenia związane z przewlekłymi chorobami układu ruchu, chorobami obwodowego układu nerwowego, chorobami zakaźnymi lub pasożytniczymi albo ich następstwami, a także ryzyko związane z chorobami skóry. Realnym zagrożeniem dla zdrowia pracowników są choroby „parazawodowe”, uwarunkowane czynnikami genetycznymi lub cywilizacyjnymi, które wzmacniane są przez warunki panujące w środowisku pracy pracownika. Najczęstszymi przyczynami absencji chorobowej pracowników w regionie lubelskim są urazy i zatrucia, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej oraz choroby układu oddechowego i nerwowego. Natomiast w przypadku zgonów w województwie (podobnie jak i w Polsce) główną przyczyną są nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia oraz inne przyczyny zewnętrzne. Związek chorób cywilizacyjnych z wykonywaną pracą jest mniej dostrzegalny niż ma to miejsce w przypadku chorób zawodowych. Jednak 45% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (dalej POZ) oraz 50% lekarzy medycyny pracy (dalej MP) jest przekonanych o istnieniu zawodów, których wykonywanie ściśle wiąże się z zapadalnością na tego rodzaju choroby. Do chorób cywilizacyjnych, odnośnie których zaobserwowano najwyższe odsetki ryzyka zapadalności w związku z wykonywaną pracą, należą choroby kręgosłupa i narządów ruchu. Dostrzega je aż 93% pracowników oraz 83% pracodawców. Wysoki poziom zagrożenia zidentyfikowano także w odniesieniu do chorób oczu, nerwic, depresji i zaburzeń zachowania. Programy profilaktyki zdrowia powinny skupiać się w znacznej mierze na chorobach zdefiniowanych w badaniu jako choroby cywilizacyjne oraz tych, które zostały określone jako „parazawodowe”. Dotyczy to chorób układu ruchu, chorób kręgosłupa i układu kostno-stawowego, chorób oczu, otyłości, chorób układu krążenia oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Zarówno pracodawcy, jak i pracownicy uznają dobrą atmosferę w pracy, wysokie standardy wyposażenia stanowiska pracy oraz jakość procesów zarządczych i inteligencję emocjonalną kadry zarządzającej za kluczowe aspekty ograniczania negatywnego wpływu pracy na stan zdrowia pracowników. Większe szanse w tym zakresie mają te zakłady pracy, w których nacisk położony jest na budowanie relacji pomiędzy pracodawcą i kadrą zarządzającą a pracownikami. Zdrowie pracowników ma być bowiem tak samo traktowane jak inne zasoby przedsiębiorstwa, które wymagają działań zarządczych.

Diagnoza potrzeb osób, które powróciły do pracy po dłuższej przerwie spowodowanej względami zdrowotnymi, w kontekście uczestnictwa w programach zdrowotnych

Wyzwania dla pracodawców i pracowników dotyczące powrotów do pracy i adaptacji pracowników w nowej dla nich sytuacji zawodowej są istotnym, powszechnym, i do tej pory niedostrzeganym problemem dla wielu przedsiębiorców z terenu województwa. 43% badanych pracodawców miało w swojej załodze osobę, która powróciła do pracy po minimum 6 miesiącach nieobecności w pracy. Tego typu doświadczenia są udziałem wszystkich grup pracodawców, bez względu na sekcję działalności gospodarczej oraz wielkość podmiotu. Pozytywne nastawienie pracodawców stanowić powinno podstawę wdrażania skutecznych programów powrotu do pracy. Do ich realizacji powinno się

priorytetowo angażować osoby na stanowiskach bezpośrednio współpracujących z powracającym do pracy pracownikiem. Jednocześnie w dalszym ciągu należy upowszechniać wśród pracodawców tematykę programów powrotu do pracy w celu świadomego planowania działań ukierunkowanych na wsparcie pracownika w kontynuowaniu aktywności zawodowej, co jest niezbędne do pełnego wykorzystania możliwości związanych z realizacją RPO. Program powrotu do pracy powinien rozpoczynać się znacznie wcześniej niż w momencie skierowania na badania do przychodni medycyny pracy w celu zweryfikowania pracownika pod kątem przydatności do realizacji zadań zawodowych.

Ocena potrzeb w odniesieniu do tworzenia programów profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania schorzeniom istotnie wpływającym na dezaktywację zawodową

Uczestniczący w badaniu pracownicy w zdecydowanej większości deklarują pracę do emerytury (72%), a pracownicy starsi (45 lat i więcej) mają lepiej ugruntowane i pewniejsze opinie w tym zakresie. Na tle badań ogólnopolskich zarysowuje się pewna specyfika województwa lubelskiego, w którym decyzje o opuszczeniu rynku pracy powodowane są po części presją rynku. Ponieważ czynniki zdrowotne są jedną z najczęściej wymienianych przyczyn dezaktywacji zawodowej, ważnym działaniem, które może ograniczyć rezygnację z pracy w wieku okołoemerytalnym są okresowe, cykliczne przeglądy stanu zdrowia, w tym również zdrowia psychicznego ze względu na stres, który w znacznej mierze jest udziałem starszych pracowników. Wśród głównych motywów wcześniejszego przejścia na emeryturę pojawiają się także osobiste ambicje i plany, a funkcje opiekuńcze nie są tak powszechne, jak wynika to z podobnych badań o zasięgu krajowym. Ograniczanie przedwczesnej dezaktywacji zawodowej pracowników starszych umożliwia aktywne zarządzanie wiekiem. Istotnym elementem systemu zarządzania powinno być także zdrowie pracowników, traktowane jako zasób, istotny element tworzenia wartości przedsiębiorstwa. Tworzenie przyjaznych warunków pracy, dobrej atmosfery w miejscu pracy opartej na zrozumieniu wzajemnych potrzeb pracowników młodszych i starszych umożliwi ograniczenie presji rynkowej i złego samopoczucia pracowników starszych, pozwalając z drugiej strony na skuteczną wymianę wiedzy i doświadczenia z pracownikami młodszymi. Minimalizowanie fizycznych zagrożeń w miejscu pracy, choć od lat stanowi przedmiot działalności służb bezpieczeństwa i higieny pracy, w dalszym ciągu jest wyzwaniem dla organizacji procesu pracy. Dzieje się tak przede wszystkim ze względu na bagatelizowanie zadań z tego zakresu przez pracodawców i ograniczone możliwości specjalistów ds. BHP. Obowiązujące rozwiązania prawne są wystarczające, jednak wymagają bezwzględnego stosowania, co w znacznej liczbie zakładów pracy nie ma miejsca. Służby BHP powinny intensywniej współpracować z PIP i PIS, a także w mniejszym stopniu być zależne od pracodawcy.

Ocena potrzeb realizacji programów profilaktycznych minimalizujących zdrowotne czynniki ryzyka zawodowego w miejscu pracy

Realizacja programów profilaktycznych powinna uwzględniać szereg różnego rodzaju instrumentów o charakterze edukacyjnym, informacyjnym, diagnostycznym i medycznym. Programy te powinny być zakrojone szeroko, a tylko w niektórych przypadkach odnosić się do konkretnych grup zawodowych, takich jak nauczyciele, rolnicy, leśnicy i lekarze, w przypadku, których wzrasta ryzyko zapadalności na choroby zawodowe. Powinny być powiązane z promocją zdrowego stylu życia i skierowane do szerokiego grona odbiorców,

w tym także na wczesnym etapie edukacji i wychowania, a także od początku życia zawodowego. Realizowane programy zdrowotne i profilaktyczne powinny zostać zaplanowane jako narzędzie o wystarczająco długim okresie trwania, przede wszystkim ze względu na potrzebę oddziaływania na świadomość i postawy społeczeństwa. Należy dążyć przy tym do niwelowania wszelkich barier fizycznych i administracyjnych. Ponieważ czynnikiem wzmacniającym zapadalność na choroby zawodowe jest stres, w realizowanych programach profilaktyki zdrowia należy zwrócić szczególną uwagę na programy zwiększania świadomości pracodawców i kadry zarządzającej w odniesieniu do zdrowotnych skutków stresu wywołanego sytuacją w przedsiębiorstwie lub na rynku pracy.

SUMMARY

The aims and methodological assumptions of the study

The study was conducted at the request of the Marshal Office of the Lublin Province by WYG PSDB Sp. z o.o. The main aim of the study is assessment of the implementation of projects concerning prevention of occupational and civilizational diseases in Lublin Province. Achieving this aim was possible thanks to specific objectives realization connected with making identification and diagnosis of the needs in implementation of the prevention programs seen by employees and managers but also people who could not work because of health problems and they came back to work after a long break. The aims of the study about needs assessment in making prevention programs about the fight against diseases that significantly affect the professional inactivation and the needs assessment of implementation of the prevention programs that minimize occupational health risk factors in workplace were achieved. According to the rule of triangulation method and research perspectives an interdisciplinary team of experts was involved that conducted the desk research analysis – mainly based on data system of official statistics but also available research and evaluation reports. There were also made quantitative questionnaire methodology studies – CATI with 250 employers and their employees, mixed – mode design (CATI/CAWI) with primary care physicians and occupational physicians. Qualitative methods IDI made with public health experts and health sector representatives, but also focus group interview (FGI) in which specialists of health and safety took part, were the complement of the research methodology.

The identification of the needs in implementation of the prevention programs seen by employees and managers

Occupational diseases that appear the most often in Lublin province are infectious diseases or parasitic diseases and their consequences, chronic diseases of voice organ caused by excessive voice effort and appearing less often but still pneumoconiosis and permanent bilateral hearing loss of cochlear type caused by noise. There is observed systematic decrease of case low in almost all occupational diseases. However occupational diseases are not the main reason of professional inactivation of employees, their influence on illness absences and death is of minor importance in Lublin province. At the same time there is some change in etiology of occupational diseases connected with industrial and agricultural production (manual labour) on diseases caused by the professional tasks realization on

computers (working in office in sitting position) what has influence on increase in the musculoskeletal system and spine illnesses. There was no connection between occupational diseases and sex and occurring connotations are connected with culture and tendency one of sexes to professions, which can be classified as male or female. Type of work is not connected with the risk of appearing occupational diseases but age influence on appearing occupational diseases is important in view of the time the employee exposure to harmful factors. The risk of disease connected with work is seen by 34% of employees and 33% of employers. At the same time 47% of employees complain about the symptoms connected with diseases of civilization. The employees the most often say about threats connected with diseases of the musculoskeletal system, peripheral nervous system diseases, infectious or parasitic diseases and their consequences and also skin diseases. Realistic threat for employees health are diseases conditioned by genetic or civilizational factors which are strengthened by the conditions at the workplace. The most common reasons why employees are absent at work in Lublin province are injuries and poisonings, osseous – joint system diseases, musculature, connective tissue, respiratory and nervous system diseases. The main reason of death in province (the same as in Poland) is malignancy neoplasms, cardiovascular diseases and other external causes. The connection of diseases of civilization with doing work is weaker than with occupational diseases. However 45% of primary care physicians (further POZ) and 50% of occupational physicians (further MP) are convinced that there are occupations which are strictly connected with this kind of diseases. Spine and musculoskeletal system diseases are the most risky diseases of civilization connected with doing work and it is seen by 93% of employees and 83% of employers. High level of risk was identified in eyes illnesses, neuroses, depressions and abnormal behavior. Prevention programs of health should consist on these known as diseases of civilization and these that are not directly connected with doing work like spine and musculoskeletal system diseases, osseous – joint diseases, eyes illnesses, obesity, cardiovascular diseases, mental disorders and abnormal behaviour.

Both employers and employees recognize that good atmosphere at work, high standards of the equipment at the workplace, quality of management processes emotional intelligence of managers are very important aspects in reducing the negative impact of work on employees health. Better chances in this task have companies in which an effort is put on building the relationships between employer, managers and employees. Employees health should be treated in the same way as other enterprise resources which require management actions.

Diagnosis of the needs of people who returned to work after long break caused by health problems in the context of taking part in health programs

In all Lublin province there is an important, unnoticed until now and very common problem among employers and employees. It is big challenge to return and adapt in new situation. 43% of surveyed employers had in their personnel person who returned to work after at least 6 months of absence. All employers regardless of the section of economic activity have got the same kind of experience. Positive attitude of employers should be the basis for the implementation of effective programs about returning to work. People cooperating directly with those who return to work should be involved in realization of these programs. At the same time this kind of programs need to be disseminate among employers for conscious planning about support actions for employees in their active occupational work what is

necessary in full usage of possibilities connected with realization RPO. Returning to work program for employees should start much earlier than before directing research into occupational health clinic.

Needs assessment in relation to the creation of the prevention programs in reaction to diseases that significantly influence on occupational deactivation

Most of the employees taking part in this study declare working until the retirement (72%) but older workers (45 years and older) seem to be more sure about it. In Lublin province there is some kind of specific about leaving the labour market because of the pressure on the market. Health conditions are one of the most often mentioned factors in occupational deactivation. Periodic health examination that includes testing mental health because of stress that usually concern elderly workers is important factor that can reduce resignation from work among people who are before the retirement. People usually retire because of personal ambitions and plans and protective functions are not as common as other nationwide studies present. Reducing premature occupational deactivation among elder workers gives the possibility of active age managing. Employees health should be treated in the same way as other enterprise resources which require management actions. Creating a friendly working environment, good atmosphere at the workplace between young and experienced workers reduces the pressure on the market and bad atmosphere and allows on good knowledge and experience exchange with young employees. Although minimizing of physical injuries at the workplace is important activity for health and safety services, from many years still it is a challenge. It is because tasks in this area are underestimated by employers and specialists from health and safety services have reduced possibilities. Legal solutions are sufficient but not used at the workplace. Health and safety services should more intensively cooperate with State labour inspection (PIP) and State health control (PIS) but also they should be less dependent from the employer.

Needs assessment of the implementation of prevention programs that minimizing occupational health risk factors at the workplace

The realization of prevention programs should take many different subjects into account that will raise awareness about education, information, diagnosis and treatment. These programs should treat generally and only in some area be specified when it comes to specific occupational groups as teachers, farmers, foresters and physicians because in these groups people more often have occupational diseases. Healthy lifestyle should be connected with these programs and addressed to people in early years of education and upbringing and also from the beginning of occupational experiences. Prevention and health programs that are implemented should be planned for a long period of time to affect the consciousness and attitudes of the society and reduce physical but also administrative barriers. Stress is very strong factor in morbidity on occupational diseases that is why in implemented programs it is important to pay special attention on programs that raise employers and managers awareness with respect to stress consequences caused by the situation in the enterprise and on the labour market.

4. WPROWADZENIE

4.1. Kontekst badania

Dobry stan zdrowia społeczeństwa stanowi integralną część kapitału ludzkiego i jest istotną determinantą wzrostu gospodarczego. Z punktu widzenia jednostki dobre zdrowie jest warunkiem powodzenia materialnego. Z kolei zły stan zdrowia społeczeństwa przeważnie powoduje znaczne obciążenie gospodarki. Z jednej strony wiąże się z ponoszeniem nakładów finansowanych ze środków publicznych na leczenie, a z drugiej jest przyczyną spadku przychodów i ubożenia społeczeństwa. Pośrednie, bezpośrednie i niematerialne koszty chorób, takie jak koszty leczenia, spadek dochodów, wcześniejsza dezaktywizacja zawodowa, obciążają pracowników i ich rodziny, ale także powodują wzrost obciążenia budżetu państwa. Tracą zarówno pracodawcy jak i pracownicy. Pracodawcy ponoszą koszty absencji chorobowej pracowników oraz tracą zyski. Pracownicy otrzymują mniejsze wynagrodzenia, co przekłada się na spadek konsumpcji. Dla sektora finansów publicznych oznacza to mniejsze podatki i składki oraz ponoszenie wydatków na zasiłki chorobowe i renty.

Zgodnie z modelem czynników wpływających na zdrowie Marca Lalonda największy udział w zdrowiu społeczeństwa ma styl życia (50%). Styl życia jest czynnikiem całkowicie modyfikowalnym i ma istotny wpływ na rozwój wielu chorób. Chorobom wynikającym ze stylu życia, zwanym też chorobami cywilizacyjnymi, można w dużej mierze zapobiec, wprowadzając zmiany w stylu i środowisku życia. W Polsce najistotniejszymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych okazały się: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu, nadwaga i otyłość, nadmierne spożycie alkoholu, niskie spożycie warzyw i owoców, mała aktywność fizyczna.¹

A zatem wskazane jest wdrażanie działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób a także tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu oraz aktywizowanie JST i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia. Wszystkie te działania zostały wpisane jako prowadzące do zmniejszania nierówności w zdrowiu i stanowią nadrzędny cel Narodowego Programu Zdrowia oraz innych dokumentów strategicznych.² Strategiczne dokumenty w obszarze ochrony zdrowia publicznego leżą u podstaw formułowania polityk na różnym poziomie administracyjnym i operacyjnym. Inicjatywy w obszarze zdrowia

¹ Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne. Warszawa, marzec 2014r.

² Narodowy Program Zdrowia. Załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.

publicznego na poziomie regionalnym mają wieloletnią historię, jednak w okresie 2014 – 2020 funkcjonować będą w nieco innym wymiarze, gdyż oprócz krajowych środków publicznych przeznaczonych na finansowanie programów profilaktyki zdrowia, do realizacji działań w zakresie zdrowia publicznego zostaną zaangażowane zasoby Europejskiego Funduszu Społecznego. W Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020, w Priorytecie Inwestycyjnym *8.10 Aktywne i zdrowe starzenie się* zaplanowano do realizacji następujące typy operacji:

- programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym na poziomie krajowym i regionalnym, w tym dotyczące chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, układu oddechowego, układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, układu nerwowego, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, a także dotyczące urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych oraz chorób zakaźnych,
- upowszechnienie badań profilaktycznych w celu wykrycia chorób i rozpoczęcia leczenia,
- rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi,
- programy dla osób długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie w celu ich przekwalifikowania do innej, mniej uciążliwej dla zdrowia pracy
- programy rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy po przerwie spowodowanej względami zdrowotnymi,
- programy ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników w miejscu pracy (działania profilaktyczne na terenie zakładów pracy),
- programy zdrowotne dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej ze względów zdrowotnych, w zakresie wykraczającym poza finansowanie w ramach systemu powszechnych świadczeń zdrowotnych.³

4.2. Cele i pytania badawcze

Przygotowanie do realizacji projektów z dziedziny zdrowia publicznego wymaga w pierwszej kolejności rzetelnej diagnozy potrzeb wielu środowisk, w tym pracodawców i pracowników, dotyczącej zakresu i sposobu realizacji profilaktyki. Jest to warunek wysokiej skuteczności

³ www.npf.rpo.lubelskie.pl - dokument z dnia 8 kwietnia 2014 roku, przesłany do Komisji Europejskiej.

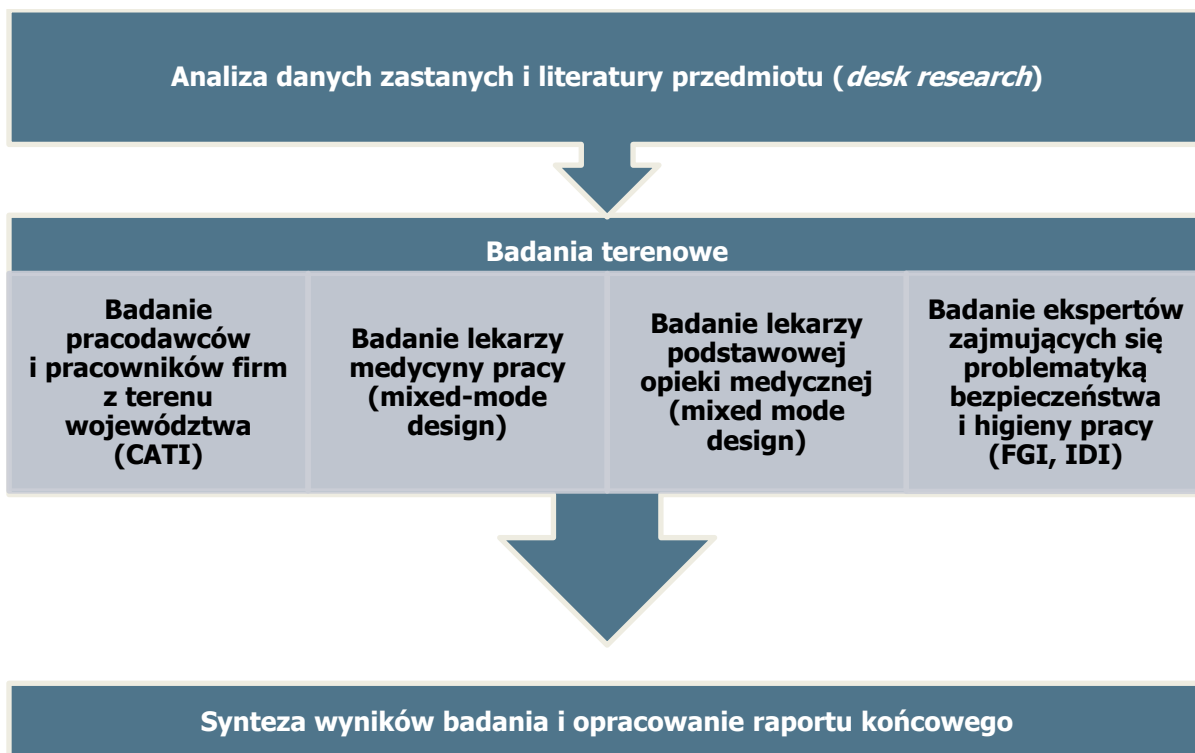
i efektywności planowanej interwencji. Niniejsze badanie stanowi odpowiedź na potrzeby informacyjne Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, a jego celem jest ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących profilaktyki chorób cywilizacyjnych i zawodowych. Cel główny badania został osiągnięty dzięki realizacji następujących celów szczegółowych oraz przyporządkowanych im pytań badawczych:

1. Identyfikacja potrzeb realizacji programów profilaktycznych z punktu widzenia pracowników i kadry zarządzającej
 - 1.1. Jakie choroby cywilizacyjne i zawodowe występują w poszczególnych grupach zawodowych?
 - 1.2. Jakie choroby cywilizacyjne i zawodowe występują w grupach wiekowych w podziale na osoby w wieku mobilnym (18-44 lata) oraz niemobilnym - mężczyźni 45-64 lata, kobiety 45-59 lat oraz w podziale na płeć?
 - 1.3. Jakie są potrzeby pracowników i kadry zarządzającej w zakresie realizacji programów profilaktycznych w podziale na grupy zawodowe, wiek i z uwzględnieniem kryterium płci?
2. Zdiagnozowanie potrzeb osób, które powróciły do pracy po dłuższej przerwie spowodowanej względami zdrowotnymi, w kontekście uczestnictwa w programach zdrowotnych
 - 2.1. W jakim zakresie należy realizować programy profilaktyczne w odniesieniu do osób, które powróciły do pracy po dłuższej przerwie spowodowanej względami zdrowotnymi, w poszczególnych grupach zawodowych?
3. Ocena potrzeb w odniesieniu do tworzenia programów profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania schorzeniom istotnie wpływającym na dezaktywizację zawodową
 - 3.1. W jaki sposób należy skutecznie realizować programy profilaktyczne w odniesieniu do osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej ze względów zdrowotnych w poszczególnych grupach zawodowych?
 - 3.2. Jakie są główne czynniki ryzyka wpływające na dezaktywizację zawodową w województwie lubelskim poszczególnych grup zawodowych, na których należałoby skupić środki z RPO w ramach PI 8.10?
 - 3.3. Jakie są w literaturze (w tym zagranicznej) modelowe programy profilaktyczne przeciwdziałające schorzeniom istotnie wpływającym na dezaktywizację zawodową?

- 3.4. Jakie interwencje w zakresie przeciwdziałania schorzeniom istotnie wpływającym na dezaktywizację zawodową należałoby zaplanować na poziomie działań wynikających z zasad BHP?
- 3.5. Jakie interwencje w zakresie przeciwdziałania schorzeniom istotnie wpływającym na dezaktywizację zawodową należałoby zaplanować w ramach zadań medycyny pracy?
4. Ocena potrzeb realizacji programów profilaktycznych minimalizujących zdrowotne czynniki ryzyka zawodowego w miejscu pracy
- 4.1. Jakie działania w zakresie programów profilaktycznych należy trafnie realizować w miejscu pracy osób pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie?

4.3. Zastosowane metody badawcze

Rysunek 1 Koncepcja badania



Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zastanych i literatury przedmiotu (desk research)

W ramach Desk research analizie poddano szereg różnego rodzaju źródeł danych statystyki publicznej, źródeł internetowych oraz publikacji nawiązujących do problematyki zdrowia publicznego, chorób zawodowych oraz programów profilaktyki zdrowia, w tym źródła obcojęzyczne. Istotne informacje pozyskano także z dokumentów związanych z programowaniem nowej perspektywy finansowej Unii Europejskiej 2014 – 2020, takich jak Umowa Partnerstwa, Krajowe strategiczne ramy polityki w obszarze ochrony zdrowia w Polsce czy dokumenty strategiczne województwa lubelskiego (przede wszystkim Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020). Materiały te pozwoliły na szerokie ujęcie problematyki, służyły opracowaniu raportu metodologicznego wraz z narzędziami, ale również wzbogaciły weryfikację problemów badawczych.

CATI z pracodawcami i pracownikami przedsiębiorstw

Technika CATI (*Computer Assisted Telephone Interview – wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo*) została wykorzystana do przeprowadzenia badania wśród przedstawicieli przedsiębiorców – pracodawców i ich pracowników wywodzących się ze wszystkich sekcji działalności gospodarczej⁴ z dodatkową warstwą wielkości podmiotu. Łącznie przeprowadzono 500 wywiadów CATI, a badaniem objęto 250 podmiotów (w tym 100 małych, 100 średnich i 50 dużych), z terenu całego województwa lubelskiego. Pracownicy reprezentowali zarówno zawody „biurowe”, jak i „fizyczne” przy czym, ze względu na ograniczoną dostępność w trakcie badania przedstawicieli tej drugiej grupy zawodów, udział pracowników biurowych i fizycznych nie jest równy, jak to zakładano przed przystąpieniem do badania.

Tabela 1 Rozkład podmiotów biorących udział w badaniu wg sekcji PDK2007

Sekcja PKD	Liczba
Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	13
Górnictwo i wydobywanie	11
Przetwórstwo przemysłowe	14
Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną....	9
Dostawa wody, gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją	13
Budownictwo	15
Handel hurtowy i detaliczny; naprawa pojazdów samochodowych włączając motocykle	15
Transport i gospodarka magazynowa	14
Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi	13

⁴ Za wyjątkiem sekcji T i U, które reprezentują przede wszystkim osoby fizyczne samodzielnie prowadzące działalność gospodarczą, podczas gdy badanie zostało skierowane do tych podmiotów gospodarczych, które spełniają jednocześnie funkcję pracodawców, tj. zatrudniają przynajmniej jednego pracownika. Dlatego też wskazane wcześniej sekcje zostały wykluczone z badania.

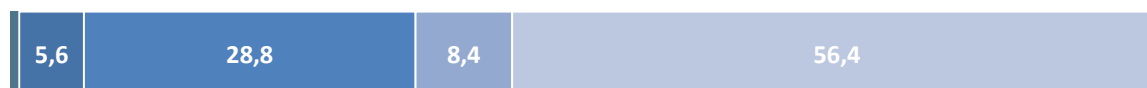
Informacja i komunikacja	13
Działalność finansowa i ubezpieczeniowa	14
Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości	14
Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna	13
Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca	13
Administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe zabezpieczenie społeczne	13
Edukacja	13
Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	14
Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją	13
Pozostała działalność usługowa	13
Ogółem	250

Źródło: Obliczenia własne

Przewaga zawodów biurowych reprezentowanych wśród respondentów badania powiązana jest z charakterem zadań wykonywanych przez pracowników fizycznych, ich dostępnością, ograniczeniami narzucanymi przez pracodawców i możliwościami udziału w badaniu prowadzonym za pośrednictwem łącza telefonicznego. Z tego tytułu wśród pracowników uczestniczących w badaniu przeważają również kobiety, które częściej niż mężczyźni wykonują zawody powiązane z różnymi formami pracy biurowej. Stanowią one niemal 75% respondentów.

Najmłodszy uczestnik badania ma 20 lat, natomiast najstarszy 71. Największą grupę osób stanowią stosunkowo młodzi pracownicy, gdyż dominanta wieku wynosi 30 lat. Większość badanych ukończyła studia wyższe (56,4%), nieco więcej niż co czwarty badany legitymuje się wykształceniem średnim zawodowym (28,8%). Mniej licznie reprezentowane są osoby z wykształceniem średnim ogólnokształcącym (8,4%) oraz zawodowym (5,6%).

Wykres 1 Poziom wykształcenia uczestników badania



,8

- Podstawowe i gimnazjalne
- Zasadnicze zawodowe
- Średni zawodowe
- Średnie ogólnokształcące
- Wyższe

Źródło: Obliczenia własne, n=250

Niespełna 30% badanej populacji wykonuje zawód przynależny do grupy „pracownicy biurowi”, natomiast „specjaliści” oraz „technicy i inny średni personel” stanowią drugą i trzecią co do liczebności grupę zawodową objętą badaniem (odpowiednio 24,8% oraz 20,8%). Najmniej licznie reprezentowane są zawody, które nie wymagają wysokich kwalifikacji tj. „pracownicy przy pracach prostych”, a także „robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy” oraz „operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń”.

Tabela 2 Struktura pracowników uczestniczących w badaniu ze względu na wielkie grupy zawodowe wg klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy

Grupa zawodów	Częstość	Procent
Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy	26	10,4
Specjaliści	62	24,8
Technicy i inny średni personel	52	20,8
Pracownicy biurowi	74	29,6
Pracownicy usług i sprzedawcy	15	6,0
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	7	2,8
Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń	11	4,4
Pracownicy przy pracach prostych	3	1,2
Ogółem	250	100,0

Źródło: Obliczenia własne

Mixed – mode design – badanie lekarzy medycyny pracy oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Zastosowana technika umożliwiła elastyczne dostosowanie narzędzi badawczych do bieżących potrzeb badania, co ściśle związane jest z dostępnością do respondentów badania tj. CAWI (*Computer-Assisted Web Interview – wywiad internetowy*) i CATI. Mieszanymi metodami wywiadów kwestionariuszowych (ankietą CAWI i wywiadem CATI) zostali objęci przedstawiciele sektora ochrony zdrowia, którzy w swojej codziennej pracy mają styczność z jednostkami chorobowymi charakterystycznymi dla grupy schorzeń o zawodowym, jak i cywilizacyjnych, w szerokim rozumieniu tego terminu, przyjętym na potrzeby badania.⁵ Łącznie mixed-mode design objęto wszystkie podmioty świadczące usługi medyczne w zakresie medycyny pracy i podstawowej opieki zdrowotnej. W wyniku przeprowadzonej ankiety CAWI i wywiadu CATI (objęto wszystkich, którzy nie odpowiedzieli na zaproszenie do udziału w badaniu CAWI) uzyskano wypełnione kwestionariusze od 46 lekarzy medycyny pracy oraz 74 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej prowadzących swoją praktykę zawodową na terenie województwa lubelskiego.

IDI – indywidualne wywiady pogłębione z przedstawicielami instytucji zajmujących się ochroną zdrowia i działaniami w obszarze zdrowia publicznego

⁵ Więcej na temat definicji chorób cywilizacyjnych znajduje się w następnym rozdziale.

Przeprowadzono 6 wywiadów pogłębionych z przedstawicielami instytucji zajmujących się kreowaniem polityki zdrowia publicznego i związanych z ochroną zdrowia:

- przedstawicielem Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie;
- przedstawicielem Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno – Lecznicze w Lublinie;
- przedstawicielem Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie;
- przedstawicielem Instytutu Medycyny Pracy im. J.Nofera w Łodzi;
- lekarzem onkologiem oraz lekarzem kardiologiem.

FGI – zogniskowany wywiad grupowy ze specjalistami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy

W wywiadzie wzięło udział 11 uczestników, specjalistów z dziedziny BHP w ramach dużych zakładów pracy o zróżnicowanym charakterze (produkcyjne, usługowe) oraz rzeczoznawców i biegłych z listy dostępnej na stronie internetowej Państwowej Inspekcji Pracy.

5. IDENTYFIKACJA POTRZEB REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH Z PUNKTU WIDZENIA PRACOWNIKÓW I KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ

5.1. Choroby zawodowe

Choroba zawodowa jest pojęciem medyczno-prawnym. Definiowana jest jako patologia wywołana czynnikami szkodliwymi występującymi w środowisku pracy lub sposobem wykonywania pracy i jednocześnie znajdująca się w urzędowym wykazie chorób zawodowych.⁶

Tabela 3 Dynamika najczęściej występujących chorób zawodowych, w latach 2007-2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ogółem							
Polska	3285	3546	3146	2933	2562	2402	2214
lubelskie	279	297	178	118	109	95	115
pylice płuc							
Polska	701	697	634	790	705	570	577
lubelskie	23	29	19	15	17	12	11
przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym							
Polska	800	809	623	321	228	202	234
lubelskie	94	78	56	27	23	23	41
obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem							
Polska	252	240	261	331	258	218	187
lubelskie	3	3	1	0	6	4	3
choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa							
Polska	671	956	888	729	649	705	590
lubelskie	99	130	63	37	36	33	42

Źródło: stat.gov.pl⁷

⁶ Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź, www.imp.lodz.pl; lista chorób zawodowych została zawarta w załączniku do raportu

⁷ Główny Urząd Statystyczny, www.stat.gov.pl

Najczęściej występującymi chorobami zawodowymi w województwie lubelskim są choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa, przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym oraz występujące w mniejszej skali pylice płuc i obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem. Dynamikę zmian częstości orzekania chorób zawodowych w latach 2007-2013 w województwie lubelskim oraz w całym kraju ilustruje tabela 3.

W województwie lubelskim liczba orzeczonych zachorowań na choroby zakaźne lub pasożytnicze spadła w ciągu ostatnich 7 lat o ponad połowę, tj. z 99 przypadków w 2007 roku do 42 w 2013. W skali kraju występowanie tych chorób utrzymuje się na stałym poziomie, co jest ściśle powiązane z rolnictwem, a także ochroną zdrowia.⁸ W zakresie chorób narządu głosu w województwie lubelskim również obserwuje się stały spadek częstości ich występowania - w roku 2007 było ich 94, a 41 w roku 2013. Podobnie, ogółem w Polsce, spadła liczba chorób narządu głosu – z 800 w roku 2007 do 234 w roku 2013. Mimo spadku występowania tego typu schorzeń województwo lubelskie nadal należy do obszarów o największym stopniu ich występowania, razem z województwem małopolskim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim i śląskim.

Tabela 4 Dynamika występowania przewlekłych chorób narządu głosu w latach 2007-2013 w kraju i w województwach

Kraj/Województwo	przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	osoba	osoba	Osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
POLSKA	800	809	623	321	228	202	234
ŁÓDZKIE	9	16	13	11	6	6	6
MAZOWIECKIE	57	40	20	18	16	17	9
MAŁOPOLSKIE	185	124	104	34	20	14	20
ŚLĄSKIE	41	53	80	53	29	15	16
LUBELSKIE	94	78	56	27	23	23	41
PODKARPACKIE	19	8	7	4	2	6	3
PODLASKIE	11	18	11	7	2	1	2
ŚWIĘTOKRZYSKIE	32	14	17	6	4	3	4
LUBUSKIE	12	19	3	10	4	5	6
WIELKOPOLSKIE	183	268	197	79	77	78	75
ZACHODNIOPOMORSKIE	11	20	14	5	5	2	8
DOLNOŚLĄSKIE	44	50	28	19	10	11	12
OPOLSKIE	14	24	13	5	1	2	2

⁸ Analiza porównawcza dotycząca przyczyn chorób zawodowych mająca na celu określenie dynamiki zmian w tym zakresie wraz z określeniem rekomendacji dotyczących działań prewencyjnych, Pracownia Badań i Doradztwa „Re-Source” Korczyński Sarapata sp.j., na zamówienie Centrali Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych, Warszawa, wrzesień 2012

KUJAWSKO-POMORSKIE	42	44	38	28	22	10	20
POMORSKIE	40	25	18	13	5	8	5
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	6	8	4	2	2	1	5

Źródło: www.stat.gov.pl

Liczba orzeczeń zapadalności na pylicę płuc wydanych w województwie lubelskim, podobnie jak i w stosunku do pozostałych chorób, również uległa zmniejszeniu w ostatnich latach. W roku 2007 było 27 przypadków pylicy, natomiast w roku 2013 już tylko 11. Mimo tak drastycznego spadku wskaźnika Lubelszczyzna należy do grupy regionów o najwyższym poziomie zapadalności na pylice płuc. Schorzenia z tej grupy są często orzekane w związku z funkcjonowaniem zakładów przemysłowych - Kopalni Węgla Kamiennego Bogdanka oraz Zakładów Azotowych Puławy SA. Do tej grupy regionów o dużej skali występowania pylic należą również województwa: dolnośląskie, małopolskie, mazowieckie, świętokrzyskie, wielkopolskie.

Tabela 5 Dynamika występowania pylic płuc w latach 2007 - 2013 w kraju i w województwach

Kraj/Województwo	pylice płuc						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
POLSKA	701	697	634	790	705	570	577
ŁÓDZKIE	13	7	5	10	7	5	6
MAZOWIECKIE	47	29	36	45	21	25	28
MAŁOPOLSKIE	38	34	41	37	27	41	29
ŚLĄSKIE	485	469	415	615	543	399	388
LUBELSKIE	23	29	19	15	17	12	11
PODKARPACKIE	1	4	2	0	2	0	4
PODLASKIE	1	1	0	0	0	0	0
ŚWIĘTOKRZYSKIE	15	14	24	11	25	25	29
LUBUSKIE	1	1	1	0	0	3	1
WIELKOPOLSKIE	9	23	19	11	11	18	9
ZACHODNIOPOMORSKIE	0	0	3	1	0	0	1
DOLNOŚLĄSKIE	63	83	63	37	40	39	68
OPOLSKIE	1	0	3	2	2	0	1
KUJAWSKO-POMORSKIE	1	1	0	3	3	1	0
POMORSKIE	2	1	3	2	5	2	2
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	0	1	0	1	1	0	0

Źródło: stat.gov.pl

W skali ogólnopolskiej największy poziom zachorowalności na choroby zawodowe odnotowuje się w następujących obszarach: przetwórstwo przemysłowe, ze szczególnym uwzględnieniem produkcji z pozostałych mineralnych surowców niemetalicznych oraz

produkcji metali; górnictwo i wydobywanie, ze szczególnym uwzględnieniem wydobywania węgla kamiennego i brunatnego; budownictwo; edukacja.^{9 10 11 12 13}

Opisane powyżej zmiany w liczbie orzekanych przypadków chorób zawodowych w latach 2007-2013 w województwie lubelskim oraz w całym kraju powiązane są przede wszystkim z czynnikiem administracyjnym, przejawiającym się w zaostrzeniu orzecznictwa. Wiele zagrożeń występujących w miejscu pracy zostało także wyeliminowanych dzięki postępującemu rozwojowi technologii produkcji w zakładach przemysłowych. Niewątpliwie zmiany te wynikają także z ograniczania produkcji rolniczej. Niemałe znaczenie mają również zmiany w charakterze wytwarzanych dóbr, a co za tym idzie, w strukturze podmiotów gospodarczych, z coraz większą dominacją usługowych. Ten aspekt podkreśla jedna z rozmówczyń pogłębionych wywiadów indywidualnych:

(...) na przestrzeni ostatnich 50-ciu lat główną chorobą zawodową była choroba wibracyjna i narządu słuchu. Spowodowane były oczywiście brakiem ochronników, brakiem wiedzy na ten temat. Choroby wibracyjne dominowały w zakładach takich jak fabryka samochodów ciężarowych w Lublinie oraz produkcja śmigłowców w Świdniku. (..) od mniej więcej kilkunastu lat, spektrum chorób zawodowych się bardzo zmieniło.

[Ekspert 6, WOMP]

Wiąże się to także z coraz bardziej rygorystycznym przestrzeganiem standardów produkcji oraz przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, zwłaszcza w zakładach produkcyjnych z kapitałem zagranicznym. Zmieniają się także nawyki i styl życia społeczeństwa, a lepiej prosperujące zakłady pracy wykorzystują różnego rodzaju instrumenty finansowe (np. ZFŚS) i pozapłacowe składniki wynagrodzenia do propagowania zdrowego stylu życia swoich pracowników. Tego typu podejście oparte o zasady społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw nie jest rozpropagowane, tym bardziej, że, jak podkreślają rozmówcy w wywiadach indywidualnych, przewaga niewielkich, „biednych” zakładów pracy, nie sprzyja rozwojowi kultury inicjowania lub udziału programów skierowanych na profilaktykę zdrowia pracowników.¹⁴ Uczestniczący w badaniu pracodawcy potwierdzają, że problem zapadalności

⁹ U.Wilczyńska, N.Szeszenia-Dąbrowska, W.Szymczak, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2007r., Medycyna Pracy 2008;59(2):113-122

¹⁰ U.Wilczyńska, N.Szeszenia-Dąbrowska, W.Szymczak, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2008r., Medycyna Pracy 2009;60(3):167-178

¹¹ U.Wilczyńska, N.Szeszenia-Dąbrowska, W.Sobala, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2009r., Medycyna Pracy 2010;61(4):369-379

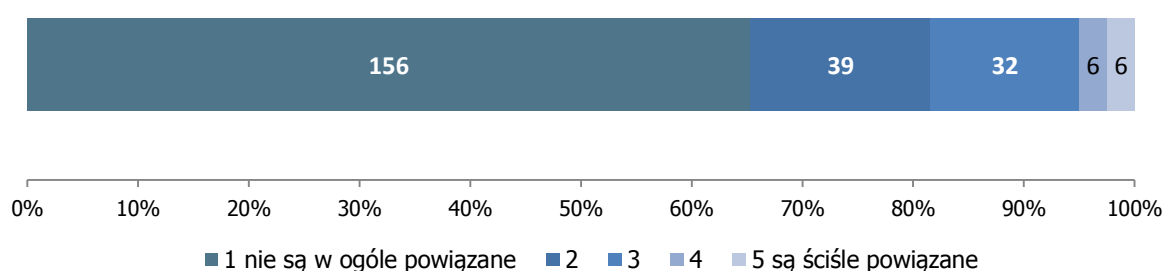
¹² U.Wilczyńska, N.Szeszenia-Dąbrowska, W.Sobala, D. Drożdż, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2010r., Medycyna Pracy 2011;62(4):347-357

¹³ U.Wilczyńska, W. Sobala, N.Szeszenia-Dąbrowska, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2012r., Medycyna Pracy 2013;64(3):317-326

¹⁴ Ekspert 6, WOMP.

na choroby zawodowe nie jest powszechny. Jedynie 15 przyznaje, że kiedykolwiek w ich zakładzie pracy doszło do orzeczenia choroby z grupy zawodowych (6%), a jedynie połowa z tych przypadków (8) miała miejsce w ciągu 12 miesięcy przed dniem przeprowadzenia badania. W celu ukazania rozbieżności pomiędzy orzecznictwem chorób zawodowych a ich faktycznym występowaniem, zapytano pracodawców, czy wiedzą o zapadalności swoich pracowników na choroby, które mogą być zakwalifikowane jako zawodowe. Znotowano takich przypadków (wg wiedzy pracodawców) niemal dwukrotnie więcej, bo aż 28. W populacji pracowników uczestniczących w badaniu 18 osób (w tym 13 kobiet) potwierdziło występowanie jednostek chorobowych należących do kategorii chorób zawodowych, jednak żadna z tych osób nie uczestniczyła w postępowaniu przed orzecznikiem w celu uznania wystąpienia choroby zawodowej. Nie potwierdzono statystycznie istniejących związków pomiędzy płcią, wiekiem oraz rodzajem wykonywanej pracy z faktycznym wystąpieniem schorzenia przynależnego do grupy chorób zawodowych. Pomimo nielicznych przypadków zapadalności na choroby, wobec których możliwe jest orzeczenie chorób zawodowych, niespełna 18% pracodawców przyznaje, że występuje związek chorób zawodowych z nieobecnością pracowników przebywających na zwolnieniach chorobowych (ocena 3, 4, 5), choć ścisły związek dostrzega ledwie 6 pracodawców. Świadczy to mimo wszystko o marginalnym charakterze problemów pracodawców wynikających z występowania jednostek chorobowych z grupy należącej do chorób zawodowych.

Wykres 2 Wpływ chorób zawodowych na absencje chorobowe pracowników



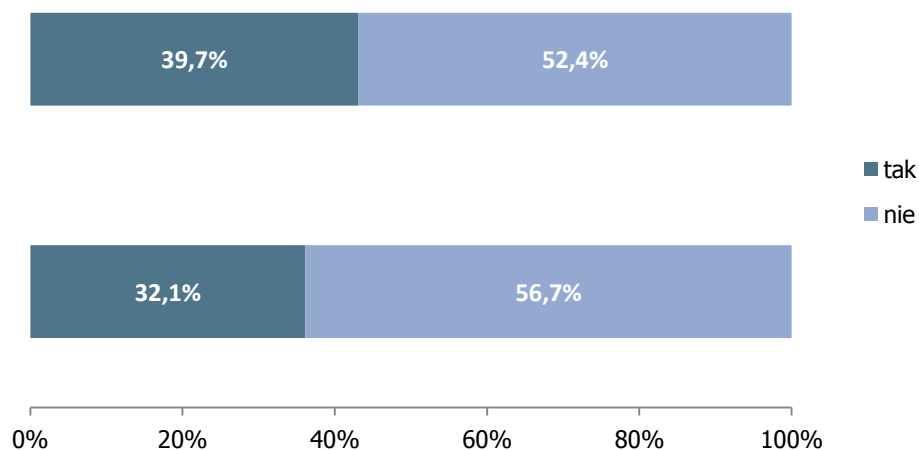
Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=239

Innym aspektem analizy występowania chorób zawodowych w Polsce jest ich uwarunkowanie płciowe. W opracowaniu wykonanym na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych stwierdzono, że:¹⁵

¹⁵ Analiza porównawcza dotycząca przyczyn chorób zawodowych mająca na celu określenie dynamiki zmian w tym zakresie wraz z określeniem rekomendacji dotyczących działań prewencyjnych, Pracownia Badań i Doradztwa

- pylice płuc najczęściej występują u mężczyzn (np. na 570 przypadków orzeczonych w 2012 roku, stwierdzono 549 wśród mężczyzn oraz 21 wśród kobiet),
- przewlekle choroby narządu głosu są orzekane głównie u kobiet (np. na 202 przypadki w roku 2012, orzeczono 32 wśród mężczyzn oraz 170 wśród kobiet),
- choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa są w mniejszym stopniu uwarunkowane płcią (np. na 705 przypadków w 2012 roku stwierdzono 417 wśród mężczyzn oraz 288 wśród kobiet),
- ubytek słuchu dotyczy głównie mężczyzn (np. 218 przypadków w 2012 roku, w tym 216 wśród mężczyzn oraz 2 wśród kobiet).

Wykres 3 Ryzyko wystąpienia choroby zawodowej mężczyzn (górny wykres) i kobiet (dolny wykres) w związku z wykonywaną pracą



Źródło: Obliczenia własne, n=224, nie uwzględniono odpowiedzi „nie wiem” (26 respondentów)

Pomimo tego, że nie stwierdzono związku płci z identyfikacją przez pracowników ryzyka wystąpienia choroby zawodowej, analizy występowania zagrożeń poszczególnych chorób zawodowych wykazują ich istotny statystycznie związek z płcią respondentów. Kobiety częściej niż mężczyźni wskazują na zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi lub pasożytniczymi (23% kobiet i jedynie 8% mężczyzn), z chorobami skóry (22% kobiet i 4% mężczyzn), a także zagrożenia związane z występowaniem alergicznego nieżytu nosa (17%

„Re-Source” Korczyński Sarapata sp.j., na zamówienie Centrali Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych, Warszawa, wrzesień, 2012. U. Wilczyńska, W. Sobala, N. Szeszenia-Dąbrowska, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2012r., Medycyna Pracy 2013;64(3):317-326

kobiet i 8% mężczyzn). Choroby te częściej są także wykazywane przez lekarzy, jako typowe dla kobiet, a w przypadku chorób narządu głosu niemal tylko i wyłącznie wskazuje się na kobiety.¹⁶ Mężczyźni częściej odczuwają zagrożenia związane z obustronnym trwałym ubytkiem słuchu (24% mężczyzn i 10% kobiet), wystąpieniem nowotworów złośliwych (odpowiednio 20% i 3%), dwa razy częściej upatrują ryzyka zachorowań na astmę oskrzelową (16% i 8%) oraz wskazują na występowanie w związku z ich pracą zawodową zagrożeń dot. chorób opłucnej lub osierdzia (12% i 2%). Wśród chorób zawodowych typowych dla mężczyzn lekarze wskazują właśnie wskazane wcześniej schorzenia oraz zespół wibracyjny, pylice płuc i zatrucia. W opiniach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny pracy schorzeniem, które dotyka w równym stopniu kobiety co mężczyzn są przewlekłe choroby układu ruchu.¹⁷ Należy podkreślić, że związek zapadalności na choroby zawodowe z płcią należy przede wszystkim upatrywać nie w uwarunkowaniach biologicznych, lecz w skłonności jednej z płci do wykonywania zawodów oraz zatrudnienia w branżach, które tradycyjnie sklasyfikować można jako męskie lub kobiece. Co charakterystyczne, w przeprowadzonym badaniu mężczyźni znacznie częściej niż kobiety wykonują pracę mającą fizyczny charakter (35% badanych mężczyzn i jedynie 8% badanych kobiet). Nie potwierdzono występowania związku pomiędzy rodzajem wykonywanej pracy, a ryzykiem występowania chorób zawodowych.

Kolejnym kryterium występowania chorób zawodowych jest zróżnicowanie branżowe. Pylice występują najczęściej w górnictwie, przetwórstwie przemysłowym i budownictwie. Najpopularniejszym wariantem pylicy płuc w Polsce są pylice górników kopalń węgla. Dwie pozostałe kategorie pylic to pylice krzemowa i azbestowa. Pylicę krzemową wywołuje wdychanie krzemionki krystalicznej, co oznacza, że największe ryzyko zachorowalności dotyczy pracowników przemysłu ceramicznego, kamieniarskiego, pracowników kamieniołomów, a także górników i hutników. Pylica azbestowa stanowi rezultat wdychania azbestu. Mimo że obserwuje się spadek występowania tego rodzaju pylic, nadal stanowi to problem zdrowotny. Rzadziej stwierdzanymi pylicami są pylice spawaczy czy pylico-gruźlice. Ryzyko zachorowania na pylice wzrasta wraz z wydłużaniem się wieku osoby pracującej, dlatego najwięcej przypadków stwierdza się u osób powyżej 60 lat. Jest to związane z etiologią pylic płuc, w której kluczowe znaczenie dla rozwoju choroby ma okres narażenia na długotrwałe wdychanie szkodliwych pyłów.¹⁸

¹⁶ Badanie CAWI/CATI z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej

¹⁷ Odsetek lekarzy medycyny pracy i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wskazujących przewlekłe choroby układu ruchu jest niemal równy i wynosi ok. 55% wskazań obu grup lekarzy

¹⁸ Analiza porównawcza dotycząca przyczyn chorób zawodowych mająca na celu określenie dynamiki zmian w tym zakresie wraz z określeniem rekomendacji dotyczących działań prewencyjnych, Pracownia Badań i Doradztwa „Re-Source” Korczyński Sarapata sp.j., na zamówienie Centrali Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych, Warszawa,

Choroby zakaźne lub pasożytnicze najczęściej występują w opiece zdrowotnej oraz leśnictwie, rolnictwie, łowiectwie, rybactwie. Ze względu na liczbę zdiagnozowanych przypadków chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw jednostkę tę należy traktować jako jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób zawodowych w Polsce. Trzema najczęściej diagnozowanymi rodzajami chorób zakaźnych lub pasożytniczych o podłożu zawodowym są borelioza, wirusowe zapalenie wątroby, głównie typu C, oraz gruźlica. Borelioza występuje przede wszystkim w leśnictwie, natomiast wirusowe zapalenie wątroby głównie w opiece zdrowotnej. Zachorowalności na gruźlicę nie można powiązać z jakimkolwiek zawodem, a choroba ta w ostatnich latach dosyć mocno się rozprzestrzeniła, co jest zaskakujące ze względu na obecny styl życia ludności i dostęp do podstawowych dóbr, w tym powszechny system ochrony zdrowia.¹⁹ Do grupy ryzyka w schorzeniach kojarzonych z wykonywaniem zawodów w sektorze ochrony zdrowia należą zarówno mężczyźni jak i kobiety, specjaliści nauk przyrodniczych i ochrony zdrowia, średni personel w zakresie nauk biologicznych ochrony zdrowia. Kluczowymi czynnikami wpływającymi na rozwój chorób zawodowych są: kontakt z substancjami chemicznymi o właściwościach uczulających, kontakt z osobami zakażonymi, nieprzestrzeganie procedur bezpieczeństwa obowiązujących pracowników służby zdrowia mających kontakt z osobami zakażonymi. Rozwój tych chorób nie wynika z czasu ekspozycji na czynnik patogenny, jak ma to miejsce w przypadku chorób narządu głosu, ale raczej z faktu jednorazowego, incydentalnego kontaktu z czynnikiem wywołującym chorobę. Jednak grupą ryzyka szczególnie narażoną na wystąpienie chorób zakaźnych i pasożytniczych są osoby z w wieku 40 - 49 lat oraz 50 - 59 lat.²⁰

Przewlekłe choroby narządu głosu najczęściej występują w edukacji. Do grupy ryzyka należą głównie kobiety, przedstawiciele wielkiej grupy zawodów –specjaliści²¹ o długim stażu pracy. Kluczowymi czynnikami ryzyka są: długotrwała ekspozycja na czynnik szkodliwy²², brak aktywności w zakresie ćwiczeń obniżających ryzyko wystąpienia choroby i łagodzących skutki nadmiernego obciążenia narządu głosu. Co ciekawe, występowanie tej choroby powiązane jest przede wszystkim z nauczaniem w szkołach powszechnych – podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. W mniejszym stopniu dotyczy to np. nauczycieli akademickich czy innych grup zawodowych, dla których głos stanowi główne narzędzie pracy

wrzesień, 2012. U. Wilczyńska, W. Sobala, N. Szeszenia-Dąbrowska, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2012r., *Medycyna Pracy* 2013;64(3):317-326

¹⁹ Ekspert 6, WOMP

²⁰ Analiza porównawcza dotycząca przyczyn chorób zawodowych...

²¹ Zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy

²² Należy jednak podkreślić, że w samej definicji choroby zawodowej wymaga się dla stwierdzenia zawodowego charakteru choroby długotrwałej, tj. minimum 15-letniej ekspozycji na czynnik szkodliwy

(np. aktorzy, śpiewacy, piosenkarze).²³ Jakkolwiek grupa zawodowa nauczycieli jest stosunkowo liczna, to eksperci biorący udział w badaniu podkreślają, że choroby narządów głosu traktowane są niemal jak „przywilej” przynależny zapisami Karty Nauczyciela, a także wskazują na zaniechania nauczycieli w doskonaleniu swoich umiejętności w zakresie emisji głosu, co może stanowić główne źródło występowania schorzeń tego rodzaju.²⁴ Grupą wiekową, w której najczęściej występują te schorzenia, są osoby w wieku 45-59 lat. Drugą pod względem liczby stwierdzonych przypadków grupą osób są pracownicy powyżej 60 roku życia. Okres narażenia na czynnik szkodliwy przekracza 20 lat. Przypadki zachorowań na tę jednostkę chorobową w sytuacji krótszego narażenia są bardzo nieliczne. Najkrótszy okres narażenia na czynnik szkodliwy, który stwierdzono w przypadku orzeczonej choroby, wyniósł w odniesieniu do przewlekłych chorób narządu głosu 10-14 lat.²⁵

Zapadalność na choroby zawodowe w oparciu o statystykę orzecznictwa nie jest wysoka w stosunku do ogólnej liczby pracujących, jednak ryzyko wystąpienia choroby, która może mieć związek z wykonywaniem pracy, dostrzega 34% badanych pracowników oraz 33% pracodawców. Pracownicy najczęściej podają zagrożenia związane z przewlekłymi chorobami układu ruchu, co wiąże się ze wskazanymi wcześniej zmianami w procesach produkcji i coraz większym udziałem pracowników w zawodach opierających się na siedzącym sposobie wykonywania pracy, o charakterze biurowym. Te zagrożenia dostrzegane są również przez ekspertów biorących udział w badaniach jakościowych, którzy różnego rodzaju pracowników biurowych, a także inne zawody, szczególnie mocno związane z pracą przy komputerze, wskazują jako najbardziej narażone na występowanie schorzeń, których źródłem są warunki i sposób wykonywanej pracy.

Częściej u pracowników umysłowych, ze względu na współczesny charakter pracy, który cechuje się siedzącym sposobem wykonywania pracy, bardzo często przy monitorach, przy presji czasu, przy takich, a nie innych relacjach międzyludzkich w miejscu pracy, mamy inne schorzenia. Choroby układu krążenia, nerwice, choroby narządu ruchu, natomiast przy pracy fizycznej też występują choroby narządu ruchu czy krążenia, ale one zwykle są zawinione przez czynniki fizyczne, np. ciężką pracę.

[Ekspert 1, IMP]

²³ Zarówno lekarze medycyny pracy, jak i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku zagrożeń chorób narządu głosu wskazują w ogromnej większości tylko i wyłącznie nauczycieli; rzadko w opiniach lekarzy pojawiają się nauczyciele akademicki czy aktorzy lub śpiewacy

²⁴ Ekspert 1,IMP: *U nauczycieli jest ten problem, ponieważ w kształceniu pedagogów w Polsce nie praktykuje się zajęć z emisji głosu, a to by rozwiązywało w moim przekonaniu problem, ale on jest również natury behawioralnej i takiej psychospołecznej*; Ekspert 6, WOMP: *...bo oni nie chcą chyba tej emisji głosu po to, żeby mieć tę chorobę zawodową rozpoznaną i mieć ten dodatek do pensji czy emerytury... Bo na przestrzeni lat ja specjalnie zadałam takie pytanie na zjeździe lekarzy medycyny pracy, czy rozpoznali chociaż raz chorobę zawodową u tych, którzy pracują głosem, aktorzy, różni prelegenci, wykładowcy, dotyczy to zarówno nauczycieli szkolnych jak i akademickich, oni uważają, że im się to po prostu przynależy*

²⁵ Analiza porównawcza dotycząca...

Występowanie chorób układu ruchu ma także źródło w zmianach w budowie ciała, wysokim wzrostem pracowników oraz otyłością i nadwagą:

Natomiast wydaje mi się, że w tej chwili, jeśli chodzi o województwo lubelskie [...] jeśli chodzi o liczbę osób zgłaszających problemy, to są one związane z chorobami układu kręgosłupa, w ogóle chorobami układu ruchu [...] jest to na pewno związane z otyłością i ze wzrostem...

[Ekspert 6, WOMP]

Pracodawcy także dostrzegają ryzyko związane z występowaniem tej grupy chorób, jednak określają je przede wszystkim jako niskie (31%) oraz średnie (17%), a tylko dwóch respondentów wskazało na bardzo wysokie ryzyko wynikające z realizacji zadań zawodowych (łącznie ryzyko dostrzega 58% badanych przedsiębiorców).

Drugim najczęściej wybieranym schorzeniem, w odniesieniu do którego pracownicy deklarują ryzyko wystąpienia, są przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego. 25% pracowników oraz 38% pracodawców dostrzega zagrożenia zapadalności w ramach tej grupy chorób. Jednak podobnie, jak ma to miejsce w przypadku chorób układu ruchu, w tym przypadku także pracodawcy wskazują na niskie (17%) i średnie (15%) ryzyko związane z pracą. Jedynie trzech pracodawców uznaje to ryzyko za bardzo wysokie. Niespełna co piąty badany pracownik oraz co drugi pracodawca wskazują na ryzyko dotyczące chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw. Tutaj także dominuje opinia o niskim (19%) oraz średnim (14%) poziomie ryzyka wystąpienia choroby. Równie licznie pracownicy identyfikują ryzyko wystąpienia chorób skóry (16% pracowników) wskazane na trzecim miejscu. Ryzyko to dostrzega wyższy niż ma to miejsce w przypadku pracowników odsetek pracodawców, bowiem 45% deklarujących występowanie ryzyka chorób zawodowych podaje, że są one powiązane właśnie z chorobami skóry. Przy czym dominują tutaj opinie o niskim poziomie ryzyka (30%). Tylko co dziesiąty pracodawca wskazuje na średnie ryzyko dotyczące tej grupy chorób. Na uwagę zasługują także: alergiczny nieżyt nosa i obustronny trwały ubytek słuchu (oba schorzenia wskazuje 14% pracowników) oraz przewlekłe choroby narządu głosu (13% badanych). Pracodawcy najwyraźniej wskazują brak ryzyka wystąpienia chorób zawodowych w odniesieniu do tych, które mają ściśle branżowe konotacje – tj. właśnie chorób narządu głosu (65% pracodawców wskazało na brak ryzyka) oraz pylic płuc (64%). W pierwszym przypadku na występowanie ryzyka wskazują przede wszystkim pracodawcy sektora edukacji, natomiast w drugim prowadzący działalność w sekcjach rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo oraz zakłady zajmujące się górnictwem i wydobywaniem. Są to w zasadzie jedyne schorzenia, co do których można orzec ich ścisły

związek z wykonywanym zawodem. W badaniu pracodawców nie zidentyfikowano chorób zawodowych, odnośnie których występuje znaczny odsetek odpowiedzi świadczących o wysokim i bardzo wysokim ryzyku wystąpienia. Charakterystyczne jest jednak to, że pracodawcy znacznie częściej niż pracownicy wskazują na występowanie ryzyka chorób zawodowych, nawet jeżeli poziom tego ryzyka określany jest jako niski. Różnice te wynikają najprawdopodobniej z poziomu wiedzy i świadomości dot. występujących zagrożeń, który w wielu grupach pracowników jest bardzo niski, a zagrożenia występujące w miejscu pracy bagatelizowane.²⁶

Wykres 4 Ryzyko wystąpienia choroby zawodowej w opinii pracowników



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracowników n=85

Odpowiedzi pracowników wskazujące na występowanie ryzyka chorób zawodowych nie są powiązane z płcią, wiekiem lub rodzajem wykonywanej pracy (fizyczna, biurowa). Wiek może mieć znaczenie jedynie ze względu na czas ekspozycji na czynniki powodujące wystąpienie chorób zawodowych, dlatego część z tych chorób obserwuje się u pracowników w wieku niemobilnym. Dotyczy to przede wszystkim chorób układu ruchu, obustronnego trwałego ubytku słuchu, chorób obwodowego układu nerwowego, chorób narządu głosu oraz pylic płuc.²⁷ Wiek jest istotny także w stosunku do chorób nowotworowych, których niejednokrotnie okres inkubacji może być długotrwały, a tym samym wykrywane są częściej

²⁶ Np. w rolnictwie; Ekspert 2,IMP; badanie FGI

²⁷ Choroby wskazywane przez lekarzy medycyny pracy oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jako typowe dla osób w wieku niemobilnym; wśród chorób typowych dla osób w wieku mobilnym wymieniane są także: alergiczny nieżyt nosa, choroby zakaźne lub pasożytnicze oraz choroby skóry

u osób starszych. Do takich chorób należą także choroby układu krążenia.²⁸ Jednocześnie podkreślano, że w odniesieniu do osób młodych coraz częściej występują problemy z układem kostno-szkieletowym, w tym przede wszystkim schorzenia kręgosłupa. Wynikają one głównie z siedzącego trybu życia, i jako takie należą do chorób z grypy cywilizacyjnych. Rodzaj wykonywanej pracy w jakimś stopniu wpływa na występowanie konkretnych schorzeń, jednak nie jest głównym czynnikiem determinującym ich powstawanie, tak jak to ma miejsce w coraz częściej pojawiających się schorzeniach układu ruchu, chorobach kręgosłupa, w których stałe obciążenie poszczególnych partii mięśni może powodować dolegliwości.²⁹ Choroby układu ruchu wg lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i lekarzy medycyny pracy są wskazywane zarówno jako typowe dla prac o charakterze biurowym, jak i fizycznym, z przewagą tej drugiej grupy (82% wskazań dla pracy o fizycznym charakterze oraz 57% wskazań dla prac biurowych). Przy czym coraz częściej, na co już wskazano powyżej, choroby zawodowe dotyczą osób wykonujących prace kwalifikowane do umysłowych. W głównej mierze zarówno w pracach biurowych, jak i fizycznych, związane jest to z wykonywaniem pracy w pozycji siedzącej – pracy przy komputerze, kierowania pojazdami mechanicznymi oraz maszynami ciężkimi.³⁰

Wśród uczestniczących w badaniu ekspertów dominują opinie, że samo zagrożenie wynika przede wszystkim z wykorzystywanej technologii, środków ochrony osobistej, ze sposobu organizacji pracy i miejsca pracy, a nie jej charakteru lub rodzaju. Istotne znaczenie może mieć tutaj świadomość pracowników odnośnie do występujących zagrożeń. Bardzo ważne jest również podejście kadry zarządzającej i właścicieli przedsiębiorstw do ograniczania zagrożeń wynikających ze stanowiska pracy oraz podejście do przestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Sytuacja w tym zakresie jest bardzo zróżnicowana. Dostrzegają oni jednocześnie związek występowania różnego rodzaju chorób zawodowych i cywilizacyjnych z wykonywaniem pracy. W pierwszym rzędzie jednak należy zwracać uwagę nie na wpływ zawodu na występowanie choroby zawodowej, a jednak na relację samego stanowiska pracy z zapadalnością na choroby zawodowe.

W wielu przypadkach osoba wykonywująca ten sam zawód, wykonuje go w różnych warunkach higienicznych zakładu pracy i stanowiska pracy, można być spawaczem, który praktycznie pracuje w sytuacji braku narażeń, i spawaczem pracującym na stanowisku będącym źródłem znacznego ryzyka. Uzależnione jest to od (stosowanej) technologii, środków ochrony osobistej i zbiorowej. (...) Sytuacja jest niezmiernie zróżnicowana,

²⁸ Ekspert 5, onkolog

²⁹ Np. lekarz stomatolog, informatyk, pracownik biurowy, ekspert 6, WOMP

³⁰ Ekspert 6, WOMP

w zależności od wielkości zakładu, woli pracodawcy, relacji z pracownikami i ich przedstawicielami....

[Ekspert 1, IMP]

W kontekście tej wypowiedzi pojawia się termin chorób „parazawodowych”, tj. takich, które mogą być uwarunkowane czynnikami genetycznymi lub cywilizacyjnymi, jednak ich występowanie (lub ryzyko zapadalności) może być wzmacniane przez warunki panujące w środowisku pracy pracownika – fizyczne, chemiczne, biologiczne, jak również o charakterze psychospołecznym. Są to choroby, które *nie mają etiologii zawodowej, ale zaostrzają się dramatycznie w sytuacji narażenia w miejscu pracy na czynniki szkodliwe i uciążliwe*.³¹ Zapadalność na choroby zawodowe może być też wzmacniana zachowaniami pracowników związanymi z ich stylem życia (np. palenie papierosów, niezdrowe odżywianie). Sytuacja komplikuje się w przypadku nakładania się wielu czynników sprzyjających chorobom zawodowym.³² Jednocześnie 96% lekarzy medycyny pracy (44 osoby) i 85% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest zdania, że występują choroby zawodowe, których zapadalność jest ściśle powiązana z wykonywanym zawodem. Najczęściej wskazywane są przez nich zawody i schorzenia, które już wcześniej scharakteryzowano poprzez ukazanie bezpośredniego związku choroby z zawodem, czyli nauczyciele (z chorobą narządu głosu), górnicy (pylice), leśnicy (choroby zakaźne i pasożytnicze) oraz piekarze (astma oskrzelowa).³³ Licznie w opiniach lekarzy pojawiają się również przewlekłe choroby układu ruchu, przy czym wskazywane są w tym przypadku różne zawody, głównie powiązane z pracą fizyczną, ale także kierowcy, pracownicy biurowi czy rolnicy. Żaden z przywołanych zawodów jednak nie dominuje w tym zestawieniu. Do chorób o ścisłej konotacji zawodowej lekarze zaliczają także zespół wibracyjny.

³¹ Ekspert 1, IMP

³² Ekspert 3, kardiolog

³³ Jednocześnie należy podkreślić, że właśnie te choroby oraz przedstawiciele wskazanych dla nich zawodów kojarzą się lekarzom medycyny pracy oraz lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej w pierwszej kolejności z chorobami zawodowymi, które występują w ścisłym związku z wykonywanym zawodem

Wykres 5 Grupy zawodowe narażone na występowanie chorób zawodowych (wielkie grupy zawodów)



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców, n=130

Pracodawcy uczestniczący w badaniu zostali także poproszeni o wskazanie konkretnych zawodów, które wg nich są narażone na występowanie chorób zawodowych (6-cyfrowy kod zawodu wg klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy). Ich wskazania nie wykazują koncentracji na specyficznych zawodach. Najczęściej zwraca się uwagę na zagrożenia wobec zawodów, dla których charakterystyczne są choroby zakaźne i pasożytnicze tj. w ochronie zdrowia: lekarze (8 wskazań), pielęgniarki (5 wskazań) oraz szczególnie w leśnictwie: technik leśnik (6 wskazań) i inżynier leśnictwa (4 wskazania). Inne zawody, które wg. pracodawców zagrożone są schorzeniami o zawodowym rodowodzie, to: fryzjer (4), operator urządzeń oczyszczania ścieków (4), piekarz (3), pozostali pracownicy obsługi biurowej (3).

5.2. Choroby cywilizacyjne

Choroby cywilizacyjne, nazywane także chorobami stylu życia, są wywoływane przez czynniki o charakterze genetycznym i behawioralnym oraz związane są z dostępnością i jakością opieki zdrowotnej. Postęp technologiczny i dynamicznie zmieniające się warunki życia społeczeństwa wpływają na styl życia, co przekłada się na powstawanie wielu chorób, którym można zapobiec. W Polsce obok takich przyczyn jak ciąża, poród, połów, urazy, zatrucia, są najczęstszą przyczyną absencji chorobowej pracowników oraz zgonów. Mają tym samym konsekwencje ekonomiczne, stanowiąc istotną barierę w realizacji celów oraz wykonywaniu zadań dla wielu przedsiębiorstw. Bariery te w równej mierze dostrzegane są przez przedsiębiorców małych, średnich, jak i dużych, co z założenia nie jest takie oczywiste ze względu na znaczenie ograniczonych zasobów i stosowaną często w małych podmiotach wielozadaniowość. Zaskakujące może być tutaj nastawienie pracodawców dużych, którzy w równym stopniu uskarżają się na problemy wynikające z absencji chorobowej, co przedstawiciele małych i średnich przedsiębiorstw. Tłumaczyć to można wysoką specjalizacją stanowisk pracy, ich produktywnością i efektywnością realizowanych procesów produkcji lub usług. W efekcie pracownicy nie są w stanie w pełni realizować zadań osób, które są nieobecne w pracy, a zatem niemal każda absencja chorobowa powoduje istotne problemy dla przedsiębiorstwa. Skutkuje to niejednokrotnie stosowaniem w zakładach pracy rozwiązań ukierunkowanych na obniżenie absencji chorobowej polegających na premiowaniu pracowników z niską absencją chorobową lub wykorzystywaniu obowiązkowych limitów urlopów wypoczynkowych w przypadku choroby.³⁴

W mojej firmie na koniec roku jedna miesięczna pensja (przeznaczana jest) dla pracowników, jeśli chorują do 4 dni w ciągu roku (...) i w związku z tym choruje tylko ten, który musi iść na zwolnienie, no i ewentualnie gdy ma wypadek przy pracy....

[FGI, RS]

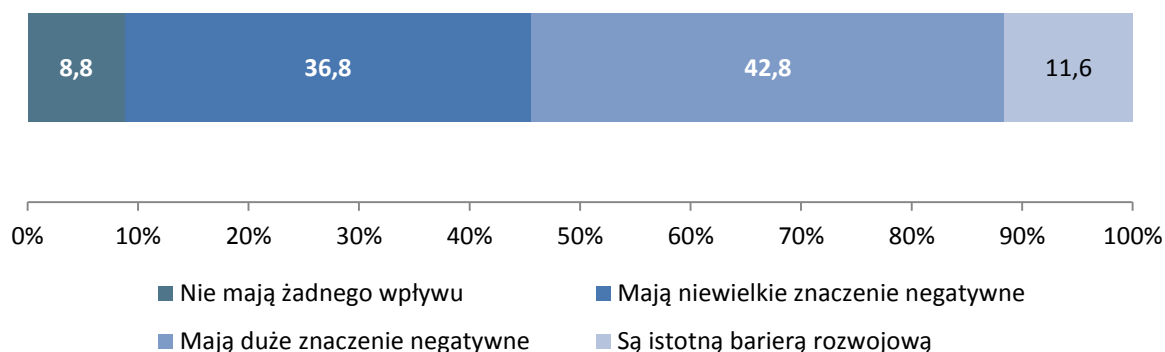
Tego typu „strategie” zapobiegania nadmiernej absencji chorobowej są możliwe do realizacji ze względu na występowanie w województwie lubelskim tzw. rynku pracy „pracodawcy”, charakteryzującego się nadmiarem siły roboczej w stosunku do miejsc pracy, co pozwala pracodawcom „dyktować warunki” funkcjonowania pracownika pod presją konkurencji ze strony wolnych zasobów pracy. Sytuacja na rynku pracy ma również znaczenie dla kształtowania świadomości i postaw prozdrowotnych pracowników. Silny rynek pracodawcy z niskim poziomem płac, jak to ma miejsce w wielu zakładach pracy w województwie, sprzyja funkcjonowaniu społecznych mechanizmów ograniczania zjawiska absencji

³⁴ Badanie FGI

chorobowej, a choroba ma ścisłe konotacje ekonomiczne. Dla osób pracujących o niskich dochodach, pomniejszenie wynagrodzenia z tytułu choroby o 20% negatywnie wpływa na możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb rodziny, może zachwiać również statusem ekonomicznym i pogłębiać i tak trudną sytuację ekonomiczną. Zwyczajnie bowiem „nie stać” tych pracowników nie tylko na leczenie, ale także na obniżenie miesięcznych dochodów z tytułu pracy.³⁵

Uczestnicy indywidualnych wywiadów pogłębionych podkreślają postawę pracodawców traktujących zakład pracy jak miejsce, w którym zachodzą procesy produkcji dóbr i usług, a nie w którym „umacnia się zdrowie” pracowników.³⁶

Wykres 6 Wpływ absencji chorobowych na realizację celów i zadań w firmie



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców, n=239

W roku 2013, w województwie lubelskim:

- ogólna liczba dni absencji chorobowej wynosiła 8 910,3 tys. dni, tj. 4,17% ogólnej liczby dni absencji chorobowej w całym kraju,
- liczba zaświadczeń lekarskich wynosiła 714,2 tys., 4,12% ogólnej liczby zaświadczeń w całym kraju,
- przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wynosiła 12,48 dni. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w kraju wynosiła 12,31 dni.³⁷

Przyczyny absencji chorobowej wg grup schorzeń zostały zaprezentowane w Tabeli 4.

³⁵ Badanie FGI, MS

³⁶ Ekspert 1, IMP

³⁷ Absencja chorobowa w 2013 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2014

Tabela 6 Absencja chorobowa kobiet i mężczyzn ogółem w 2013 r.

Przyczyny absencji chorobowej	Liczba dni absencji chorobowej w kraju	Liczba dni absencji chorobowej w woj. lubelskim	Udział liczby dni absencji chorobowej w woj. lubelskim w liczbie dni absencji chorobowej w kraju
Ciąża, poród, połóg	38 562,4	1 712,1	4,42%
Urazy, zatrucia	31 288,5	1 525,3	4,87%
Choroby układu oddechowego	29 543,3	1 229,3	4,16%
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	29 251,8	1 066,8	3,65%
Choroby układu nerwowego	18 368,1	861,3	4,69%
Choroby układu krążenia	12 513,0	511,0	4,08%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	15 618,5	452,1	2,89
Choroby układu trawiennego	8 677,7	352,5	4,06
Nowotwory	7 474,3	291,1	3,89

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Absencja chorobowa w 2012 roku” ZUS, Warszawa 2014³⁸

W zależności od płci przedstawiony powyżej „ranking” kształtuje się nieco odmiennie. W skali kraju wśród mężczyzn do chorób powodujących największą absencję należą:

- urazy i zatrucia - 31 tys. dni,
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej – 16 tys. dni,
- choroby układu oddechowego – 14,6 tys. dni,
- choroby układu nerwowego – 10 tys. dni.

Do chorób będących przyczyną niższej absencji chorobowej (poniżej 10 tys. dni) należą:

- choroby układu krążenia – 8,5 tys. dni,
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 6,3 tys. dni,
- choroby układu trawiennego – 5,3 tys. dni.

Najrzadszą przyczyną absencji chorobowej wśród mężczyzn są nowotwory - 2,8 tys. dni absencji chorobowej w skali kraju.³⁹

³⁸ Ibidem

³⁹ Ibidem

Natomiast w przypadku kobiet do chorób powodujących największą absencję chorobową należą:

- ciąża, poród i połóg – 38,5 tys. dni,
- choroby układu oddechowego – 15 tys. dni,
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej – 12,8 tys. dni.

Do chorób będących przyczyną niższej absencji chorobowej (poniżej 10 tys. dni) należą:

- urazy i zatrucia – 9,8 tys. dni,
- choroby psychiczne i zaburzenia zachowania – 9,3 tys. dni,
- choroby układu nerwowego – 8 tys. dni.

Najmniejsza skala absencji chorobowej w grupie kobiet występuje w przypadku nowotworów – 4,6 tys. dni absencji chorobowej, oraz w przypadku chorób układu trawiennego – 3,4 tys. dni absencji chorobowej.⁴⁰

Występują także zauważalne różnice w absencji chorobowej w zależności od grupy wiekowej⁴¹. Ciąża, poród i połóg dotyczy kobiet głównie w wieku 20-39 lat. Urazy i zatrucia oraz choroby układu oddechowego są przyczyną absencji chorobowej głównie w grupie osób pomiędzy 20 a 59 rokiem życia. Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej występują najczęściej w grupie wiekowej 50-59 lat, ale w dużym stopniu są przyczyną absencji chorobowej także w grupach wiekowych 30-49 lat. Choroby układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz choroby układu trawiennego są przyczyną absencji chorobowej głównie w grupie osób 30 – 59 lat. Choroby układu krążenia oraz nowotwory są przyczyną absencji chorobowej przede wszystkim w przedziale wiekowym 50-59 lat i również mają duży wpływ w grupie 40-49 lat. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania dotyczą niemal wszystkich grup wiekowych, tj. w zakresie 20-59 lat. Choroby układu trawiennego są przyczyną absencji chorobowej głównie w grupie 30-59 lat. Nowotwory są przyczyną absencji chorobowej głównie w grupie 40-59 lat. Oznacza to, że najmniejsza absencja chorobowa występuje w grupie 20-29 lat. Grupami wiekowymi szczególnie narażonymi na pobyt na zwolnieniach lekarskich są

⁴⁰ Ibidem

⁴¹ Ibidem

przedziały: 40-59 lat i w nieco mniejszym stopniu 30-39 lat. A zatem działania prewencyjne i informacyjne należy kierować do wszystkich grup wiekowych.

Odmienne od rankingu jednostek chorobowych powodujących największą absencję chorobową kształtuje się ranking schorzeń będących przyczyną największej chorobowości hospitalizowanej. W tym przypadku najistotniejszą przyczyną hospitalizacji są choroby układu krążenia, przyczyny zewnętrzne oraz choroby układu kostno-stawowego. Jedynie nowotwory złośliwe są podobnie jak w przypadku absencji chorobowej najrzadszą przyczyną częstości leczenia szpitalnego.

Tabela 7 Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18 – 64 lat

Grupa chorób	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców - Polska	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców – woj. lubelskie
Choroby układu krążenia	1330,9	1576,9
Przyczyny zewnętrzne	922,2	1122,0
Choroby układu kostno – stawowego	756,3	1001,8
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	667,8	723,8
Choroby układu oddechowego	535,4	646,5
Nowotwory złośliwe	534,5	428,1

Źródło: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne. Załącznik nr 2, Warszawa, marzec 2014 r.

W województwie lubelskim, w niemal wszystkich grupach chorób współczynniki standaryzowane chorobowości hospitalizowanej⁴² są wyższe niż średnia w kraju. Wyjątek stanowią nowotwory złośliwe, gdzie współczynnik ten jest mniejszy. Oznacza to, że należałoby dokonać pogłębionych analiz, pozwalających określić, jakie przyczyny w województwie lubelskim prowadzą do większej skali hospitalizacji z wymienionych powodów w porównaniu do danych ogólnokrajowych.

Poza analizą danych dotyczących absencji chorobowej i chorobowości hospitalizowanej ważnych informacji dostarczają także dane na temat przyczyn zgonów w Polsce. Najczęstszymi przyczynami zgonów w województwie lubelskim (podobnie jak i w Polsce) są nowotwory złośliwe. Drugą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia a trzecią przyczyną zewnętrzne. Żadna z powyżej wskazanych jednostek chorobowych nie jest ściśle

⁴² Chorobowość hospitalizowana informuje o hospitalizacji ludności wg typów chorób leczonych w szpitalach publicznych i niepublicznych w Polsce. Dane zbierane są w ramach programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej i przetwarzane przez Instytut Zdrowia Publicznego. Obejmują one również wielokrotne hospitalizacje tych samych osób (ok. 10% przypadków). Współczynnik, w którym wyeliminowano różnice wynikające z odmiennej struktury wewnętrznej porównywanych populacji (wiek, płeć, status społeczno - ekonomiczny). Standaryzacja współczynników polega na obliczeniu nowych "teoretycznych" współczynników przy założeniu, że struktury porównywanych populacji odpowiadają strukturze populacji przyjętej umownie za wzór, standard. Obliczone w ten sposób współczynniki standaryzowane są porównywalne między sobą.

powiązana ze środowiskiem pracy. Wynika to z oceny ryzyka wystąpienia choroby w związku z wykonywaną pracą, którego brak lub niski poziom wskazuje większość pracodawców i pracowników. W przypadku nowotworów złośliwych uważa tak 73% pracodawców. Tylko 8% pracowników dostrzega zagrożenia wystąpienia schorzeń należących do tej grupy chorób zawodowych. Brak lub niskie ryzyko zapadalności na choroby układu krążenia wskazuje 69% pracodawców oraz 57% pracowników. Najmniejszy udział w przyczynach zgonów mają choroby układu oddechowego oraz kostno-stawowego, stanowiące z kolei poważną przyczynę absencji chorobowej. W przypadku chorób układu oddechowego jedynie co dziesiąty pracownik wskazuje na występowanie ryzyka w stopniu średnim, wysokim lub bardzo wysokim (przy czym bardzo wysokie ryzyko zapadalności zostało oznaczone tylko przez jednego respondenta). Podobne wyniki zostały zaobserwowane w badaniu pracodawców, z których jedynie 9% respondentów dostrzega ryzyko wystąpienia chorób układu oddechowego w związku z wykonywaną w przedsiębiorstwie pracą. Na brak ryzyka wskazuje 60% pracodawców i 68% pracowników. Nieco inne opinie dotyczą ryzyka wystąpienia chorób układu kostno-stawowego. Na średnim, wysokim i bardzo wysokim poziomie dostrzega je 20% pracowników i 29% pracodawców. W tym przypadku opinie na temat braku ryzyka reprezentuje 43% pracowników i 45% pracodawców.

Tabela 8 Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18 – 64 lat

Grupa chorób	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców - Polska	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców – woj. lubelskie
Nowotwory złośliwe	122,1	112,5
Choroby układu krążenia	106,1	133,9
Przyczyny zewnętrzne	64,2	65,9
Choroby układu oddechowego	14,5	13,8
Choroby układu kostno-stawowego	0,8	0,5

Źródło: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne. Załącznik nr 2, Warszawa, marzec 2014 r.

Choroby układu krążenia są drugą przyczyną zgonów w grupie 25-44 lata - 7,1% przyczyn i 45-64 lat – 30%. Nowotwory złośliwe są najczęstszą przyczyną zgonów w grupie 45-65 lat – 34,8%. Również duży odsetek przyczyn zgonów stanowią w grupie 25-44 lata – 14,7%. Choroby układu oddechowego są w podobnym stopniu przyczyną zgonów we wszystkich grupach wiekowych, tj. w grupie 15-24 lata i 25-44 lata – 2,8%, oraz w grupie 45-64 lata – 3,6%. Choroby układu trawiennego jako przyczyna zgonów najbardziej nasilają się w grupie wiekowej 25-44 lata – 9%. Przyczyny zewnętrzne – dotyczą przede wszystkim osób młodych.

Są najczęstszą przyczyną zgonów w populacji osób w wieku 15 - 24 i 25 - 44 lata – odpowiednio 69,2% i 37,1%.⁴³

Związek chorób cywilizacyjnych z wykonywaną pracą nie jest oczywisty, nawet jest mniej dostrzegalny niż ma to miejsce w przypadku chorób zawodowych. Jednak 45% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (dalej POZ) oraz 50% lekarzy medycyny pracy (dalej MP) jest przekonanych o istnieniu zawodów, których wykonywanie ściśle wiąże się z zapadalnością na choroby cywilizacyjne ujęte w przeprowadzonym badaniu. Są to przede wszystkim choroby kręgosłupa i narządu ruchu oraz choroby układu kostno-stawowego. W obu przypadkach dotyczy to grupy pracowników biurowych oraz przedstawicieli innych zawodów charakteryzujących się wykonywaniem czynności zawodowej w biurze, jak również różnego rodzaju pracowników fizycznych i rolników. Opinie lekarzy potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych wśród pracodawców i pracowników. Bowiem do chorób cywilizacyjnych, odnośnie których zaobserwowano najwyższe odsetki ryzyka zapadalności w związku z wykonywaną pracą, należą choroby kręgosłupa i narządów ruchu. Dostrzega je aż 93% pracowników oraz 83% pracodawców, przy czym pracownicy zdecydowanie częściej wybierali odpowiedzi wskazujące na wysokie i bardzo wysokie ryzyko wystąpienia jednostki chorobowej (odpowiednio 28,8% i 16,8%). W przypadku pracodawców odsetki te wynoszą odpowiednio 10% i 6,4%. Z analizy wyników badań jakościowych wnioskuje się, że zagrożenia zapadalności na schorzenia tego typu powiązane są z nieprzestrzeganiem przez pracowników zasad bezpieczeństwa i higieny pracy przed komputerem, niewłaściwą ergonomią miejsca pracy oraz przestarzałe normy, które są niedostosowane do warunków fizycznych pracowników.⁴⁴

Innymi schorzeniami, których ryzyko wystąpienia oceniane jest stosunkowo wysoko, są choroby oczu identyfikowane przez 91% pracowników i 76% pracodawców. Pracownicy w tym przypadku częściej wykazują średnie, wysokie i bardzo wysokie ryzyko, podczas gdy pracodawcy identyfikują je głównie jako niskie. Na ryzyko nerwic, depresji oraz innych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zwraca uwagę 69% pracowników i 57% pracodawców. Ta grupa chorób potencjalnie stanowi silne zagrożenie dla zdrowia pracowników, szczególnie w sektorze oświaty (nauczyciele), ale także w medycynie (lekarze, pielęgniarki). O coraz powszechniejszym problemie dotyczącym stresogennych czynników w środowisku pracy świadczą także wypowiedzi ekspertów oraz specjalistów ds. BHP biorących udział w wywiadzie grupowym, wskazujące istotny udział stresu w zapadalności

⁴³ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod redakcją B.Wojtyniaka, P.Goryńskiego, B.Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012

⁴⁴ Ekspert 6, WOMP

różnych jednostek chorobowych, a także w odniesieniu do wypalenia zawodowego. Stres ma w tych wypowiedziach dwojakie znaczenie – z jednej strony jako czynnik osłabiający organizm, z drugiej zaś jako powód niedostrzegania negatywnych objawów stanów chorobowych.⁴⁵

Tabela 9 Ryzyko wystąpienia chorób cywilizacyjnych wg opinii pracodawców (PD) oraz pracowników (PR)

	Brak ryzyka		Niskie ryzyko		Średnie ryzyko		Wysokie ryzyko		Bardzo wysokie ryzyko	
	PD	PR	PD	PR	PD	PR	PD	PR	PD	PR
Cukrzyca	56,4	68,0	16,0	9,2	8,4	10,0	1,6	1,6	0,8	0,4
Choroby kręgosłupa i narządów ruchu	14,8	6,0	30,8	17,6	35,6	31,6	10,0	26,8	6,4	16,8
Żylaki kończyn dolnych	30,0	28,0	37,2	16,8	17,6	26,0	5,2	17,2	3,6	8,4
Choroby układu krążenia	38,8	33,2	30,0	23,6	14,8	27,2	5,2	7,2	1,6	4,0
Otyłość	50,0	33,6	22,4	22,8	13,6	21,6	7,2	12,0	0,8	7,2
Nadwaga	49,2	33,2	21,6	24,4	14,4	19,6	7,6	12,0	1,2	6,8
Nerwice, depresje, inne zaburzenia psychiczne i zabuczenia zachowania	36,8	27,6	32,0	26,4	15,6	21,6	6,4	12,8	3,2	8,4
Choroby oczu	20,0	7,6	33,6	12,8	28,4	26,4	10,8	32,4	3,6	19,6
Syndrom chronicznego zmęczenia	36,0	24,4	30,8	26,4	20,0	25,2	5,6	17,6	1,6	4,0
Bóle głowy, migreny	42,0	30,0	27,2	23,6	16,0	27,6	6,4	12,4	1,2	3,6
Choroby układu oddechowego	59,6	68,0	25,6	18,4	6,4	4,2	2,4	4,0	0,4	0,4
Choroby układu nerwowego	50,8	33,2	25,2	33,6	11,2	18,8	4,0	8,0	1,6	2,8
Urazy i zatrucia	54,8	72,0	26,0	14,8	13,2	4,4	1,2	3,2	0,0	0,4
Choroby układu kostno-stawowego, mięśni i tkanki łącznej	45,2	43,2	26,0	23,2	16,8	20,4	3,2	7,2	0,8	1,6

Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=250, badanie pracowników n=250

(...) i nadciśnienie i choroba niedokrwienna serca, to są schorzenia, na które bardzo znamienne wpływa stres, a ten stres w wielu zawodach jest elementem występującym na co dzień (...)

Jeżeli weźmiemy pod uwagę nauczyciela, to przyczyny leżące po stronie stresu na pewno są wyraźne. Generalnie nauczyciele prowadzą prozdrowotny tryb życia. Tak więc nie kwestia cukrzycy, nie kwestia otyłości, tylko kwestia nadciśnienia stanowi częsty problem zdrowotny tej grupy zawodowej.

[Ekspert 3, kardiolog]

(...) otyłość, jak i stres leżą u podstaw chorób cywilizacyjnych - nadciśnienia, cukrzycy.

[Ekspert 6, WOMP]

⁴⁵ Badanie FGI, Ekspert 3, kardiolog

Jednak warto podkreślić, że stres jest w opinii ekspertów szczególnie groźny w powiązaniu z brakiem aktywności fizycznej, używkami i niewłaściwym sposobem odżywiania:

Wszyscy mówią, że zawały to choroba dyrektorska, czyli tych którzy zajmują wysokie stanowiska. Osoby te nie prowadzą zdrowego trybu życia. Mało się ruszają, nie biegają, nieregularnie się odżywiają (...) To samo dotyczy np. chirurgów oraz innych osób, które działają w stresie. Chirurgzy działając w dużym stresie, jednocześnie też nieregularnie się odżywiają, nieregularnie śpią, czyli wszystko to co jest najgorsze (...).

[Ekspert 2, IMW]

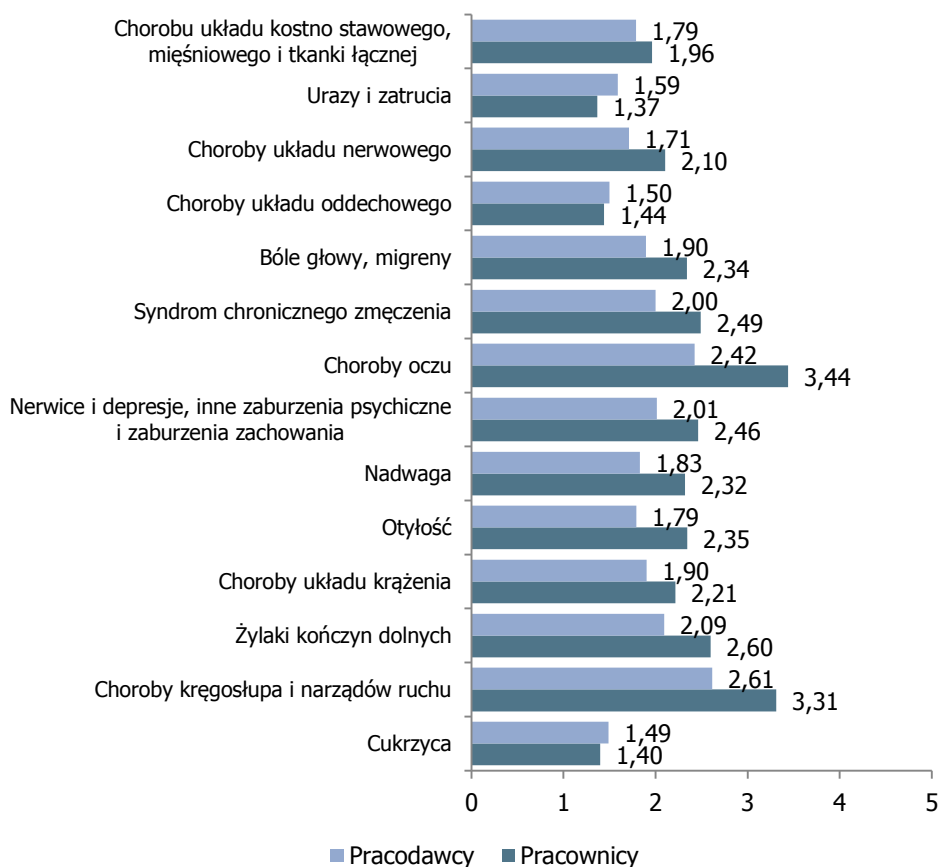
Stres oprócz schorzeń kręgosłupa i otyłości jest wskazywany jako istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego Lubelszczyzny. Badanie przeprowadzone wśród pracodawców i pracowników ukazuje również inne jednostki chorobowe, na które należy zwrócić uwagę. 68% respondentów z grupy pracowników uważa, że w ich środowisku pracy występuje ryzyko występowania żyłaków kończyn dolnych. Podobnie uważają także pracodawcy – 64%. W przypadku otyłości, nadwagi i chorób układu krążenia zanotowano wśród pracowników podobne opinie (odpowiednio 64%, 63% i 62%). Różnice w tych wypowiedziach dotyczą jedynie stopnia ryzyka, które dla nieco więcej niż co dziesiątego pracownika w przypadku otyłości i nadwagi jest wysokie. Natomiast w przypadku chorób układu krążenia jest ono oceniane w głównej mierze jako niskie i średnie. Zaprezentowane na Wykresie 7 dane uśrednionych ocen ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych w związku z wykonywaną pracą ukazują, że pracodawcy są nieco bardziej ostrożni w szacowaniu tego ryzyka niż pracownicy. Jedynie w trzech przypadkach (urazy i zatrucia, choroby układu oddechowego oraz cukrzyca) średnie oceny pracodawców nieznacznie przewyższają te wskazane przez pracowników.

Na opinie pracowników dotyczące stopnia zagrożenia ryzykiem istotnie statystycznie wpływa płeć oraz rodzaj wykonywanej pracy. Nie jest to jednak reguła dotycząca wszystkich chorób cywilizacyjnych. W przypadku płci związek taki zaobserwowano w odniesieniu do cukrzycy, chorób kręgosłupa i narządów ruchu oraz żyłaków kończyn dolnych. Kobiety częściej oceniają brak ryzyka w odniesieniu do cukrzycy (78%), uznają bardziej zdecydowanie ryzyko wystąpienia chorób kręgosłupa (więcej odpowiedzi dot. średniego i bardzo wysokiego ryzyka), a także większy odsetek kobiet dostrzega ryzyko wystąpienia żyłaków kończyn dolnych (różnica 25 pp). Łącznie 76% kobiet i 54% mężczyzn wskazuje na ryzyko wystąpienia tego schorzenia. Co piąty mężczyzna uznaje występowanie ryzyka cukrzycy na poziomie średnim (co 17 kobieta). Mężczyźni częściej też uważają, że ryzyko chorób kręgosłupa jest na niskim poziomie, a także 46% respondentów-mężczyzn wskazuje na brak ryzyka żyłaków kończyn dolnych (22% kobiet). Natomiast lekarze POZ oraz lekarze MP

wyraźnie wskazują na bóle głowy i migreny, syndrom chronicznego zmęczenia oraz nerwice i depresje, jako dolegliwości typowe dla kobiet. Choroby układu oddechowego, urazy i zatrucia oraz choroby układu krążenia są natomiast częściej wskazywane jako typowe dla mężczyzn niż dla kobiet.

Charakter wykonywanej pracy ma związek z odczuwaniem przez pracowników ryzyka wystąpienia chorób oczu, układu oddechowego, chorób układu kostno-stawowego oraz różnego rodzaju urazów i zatruc. Ryzyko chorób oczu częściej wskazują osoby wykonujące prace o charakterze biurowym (95% vs 68% pracowników fizycznych). Udziałem tych osób są też większe odsetki odpowiedzi dotyczące ryzyka wystąpienia chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (różnica 11pp), przy czym częściej oceniają one średni i wysoki poziom ryzyka, podczas gdy pracownicy wykonujący prace fizyczne – niski. Choroby układu oddechowego są natomiast częściej postrzegane jako zagrożenie dla pracowników fizycznych niż biurowych (odpowiednio 40% i 26%). Dla tej grupy pracowników bardziej charakterystyczne jest także ryzyko wystąpienia urazów i zatruc (49% i 18% w przypadku pracowników biurowych). Odczuwanie zagrożeń chorobami cywilizacyjnymi jest podobnie oceniane przez lekarzy POZ i MP. Przy czym, w przypadku chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, znacznie częściej wskazują oni na pracowników fizycznych niż biurowych. Niezbyt silnie związanym ze środowiskiem pracy, a coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym ludności, jest cukrzyca. Co ciekawe, według badanych lekarzy wszystkie wykazane wyżej schorzenia są określane jako typowe dla osób w wieku mobilnym. Spośród wszystkich chorób cywilizacyjnych jeszcze nerwice i depresje, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są łączone z pracownikami do 44 roku życia. Pozostałe choroby cywilizacyjne częściej wskazuje się jako typowe dla osób w wieku niemobilnym.

Wykres 7 Średnie ocen ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych w związku z wykonywaną pracą – porównanie opinii pracodawców i pracowników



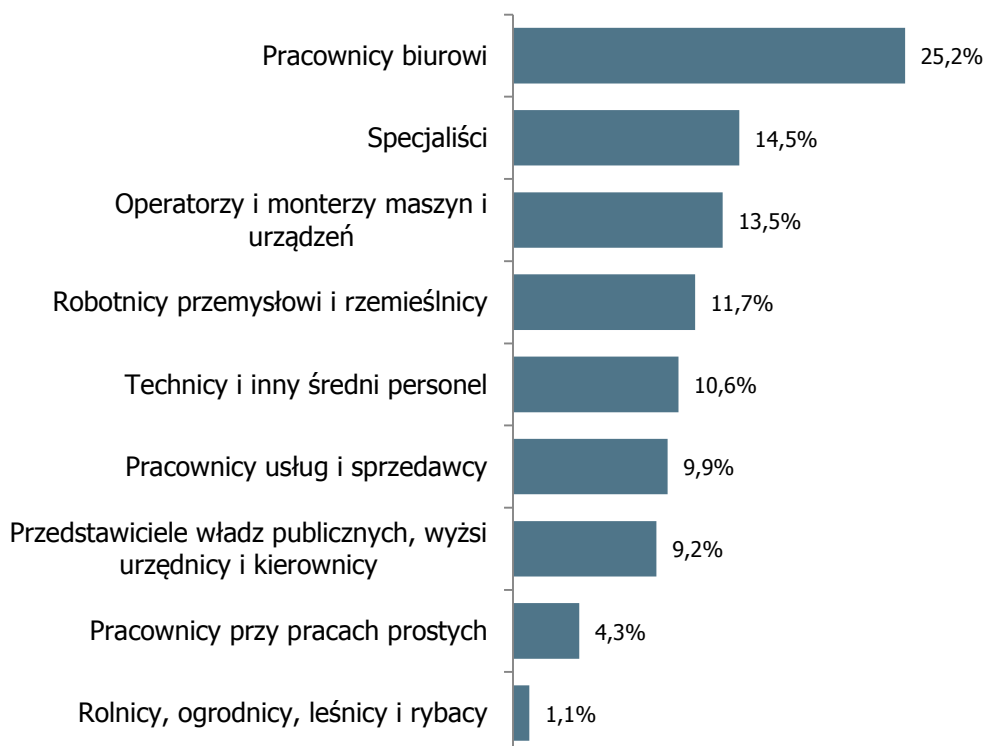
Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=250, badanie pracowników n=250

Do grup zawodowych najbardziej narażonych na ryzyko zapadalności na choroby cywilizacyjne należą przedstawiciele różnego rodzaju zawodów związanych z pracą biurową, a także o dużym narażeniu na czynniki stresogenne.

Wśród wskazanych przez pracodawców zawodów narażonych na występowanie jednej z chorób cywilizacyjnych występuje 133 różnych zawodów wg 6-cyfrowej klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy. Zasadniczo tylko jeden zawód został wskazany przez większą grupę respondentów, jako szczególnie narażony na czynniki związane z tą grupą chorób, są to pozostali pracownicy obsługi biurowej (kod 411090) – 22% wskazań (61). Na drugim miejscu znalazł się kierowca samochodu ciężarowego (833203) – 4% wskazań (10), na trzecim – górnik eksploatacji podziemnej (811101) oraz księgowy (331301) – po 3% wskazań (9), dalej – kucharz (512001) oraz lekarz (221101) – po 2% wskazań (7). Wśród zawodów, które są zagrożone chorobami cywilizacyjnymi znalazły się m.in.: kierowca ciągnika rolniczego (834101), sprzedawca (522301), technik informatyk

(351203), technik prac biurowych (411004), wyższy urzędnik państwowy (111201), cukiernik (751201), dyrektor finansowy (112006), kierowca autobusu (833101), nauczyciel przedszkola (234201), prezes (112017), strażak (541101), chemik (211301), dyrektor generalny (112007), a także nauczyciele i pedagodzy różnych specjalności.

Wykres 8 Zawody narażone na wystąpienie chorób cywilizacyjnych (wielkie grupy zawodów)



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=250

Analizując stan zdrowotny pracowników z terenu województwa lubelskiego trzeba zwrócić uwagę na dosyć negatywną ocenę stanu własnego zdrowia. O ile odsetek osób określających swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, wynosi 88%, to w innym pytaniu respondenci wywodzący się z grupy pracowników wykazują, że nieco ponad 42% wszystkich badanych odczuwało w ciągu ostatnich 6 miesięcy umiarkowane lub poważne ograniczenie zdolności do wykonywania pracy zawodowej (w zdecydowanej większości, bo 39% dotyczy umiarkowanego ograniczenia). Objawy chorób cywilizacyjnych są udziałem blisko 47% pracowników uczestniczących w badaniu i stanowią tym samym problem społeczny o znacznie większej skali niż choroby zawodowe. Przeprowadzone analizy statystyczne nie wykazały związków pomiędzy ich występowaniem a płcią, wykształceniem oraz zawodem. Pomimo tego że wyniki badania wskazują na wyraźnie zarysowujący się i coraz bardziej

istotny problem osób wykonujących prace biurowe oraz prace związane z obsługą komputera, to w przypadku zmiennej dot. występowania chorób cywilizacyjnych nie zachodzi także związek z rodzajem wykonywanej pracy (fizyczna – biurowa). Jedynie w przypadku wieku zaobserwowano istotną statystycznie zależność, zarówno w odniesieniu do odczucia stanu zdrowia jak i faktu wystąpienia objawów chorób cywilizacyjnych. Jednak wynika ona przede wszystkim z charakterystyki chorób mających przewlekły charakter oraz momentu ich diagnozowania w cyklu życia człowieka przypadającego w większości na okres, w którym dolegliwości wywołane chorobą są bardzo silne, a więc u osób starszych. Także profilaktyczne i diagnostyczne programy zdrowotne kierowane są do grup wiekowych szczególnego ryzyka, które przynależą do osób w wieku niemobilnym. W badaniach jakościowych podkreślano związek ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa z poziomem życia, a więc zamożnością i wykształceniem. Trudno jest ocenić wpływ tych czynników, gdyż wzajemnie się przenikają. Jakkolwiek niemal wszyscy rozmówcy wskazywali na stopniową poprawę, jeżeli chodzi o inicjatywy prozdrowotne. Związane jest to zarówno z modą na „zdrowy styl życia”, jak i z finansowaniem ze środków własnych różnego rodzaju badań profilaktycznych. Kluczowe znaczenie ma też dostępność infrastruktury medycznej, ośrodków świadczących płatne i bezpłatne usługi medyczne. Bariery w tym zakresie często są przyczyną rezygnacji z podejmowania działań prozdrowotnych.⁴⁶

Jeżeli przyjąć, że zgon przed dożyciem wieku 70 lat jest przedwczesnym, to jego fakt powoduje utratę takiej liczby potencjalnych lat życia (PYLL – Potential Years of Life Lost) jaka wynika z różnicy między wiekiem zgonu a 70. rokiem życia. Na przykład mężczyzna, który zmarł w 2010 r. w wieku 20 lat utracił 50 lat potencjalnego dalszego trwania życia a kobieta, która zmarła w wieku 65 lat utraciła 5 lat. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie, niż w wieku starszym.⁴⁷ Zaprezentowane dane pokazują najczęstsze choroby będące przyczyną absencji chorobowej, chorobowości hospitalizowanej i umieralności. Jednak wpływ tych chorób na skalę wymienionych zjawisk jest inny:

- nowotwory, będące najczęstszą przyczyną zgonów, najrzadziej przyczyniają się do absencji chorobowej i chorobowości hospitalizowanej,
- choroby układu krążenia są pierwszą przyczyną chorobowości hospitalizowanej i drugą przyczyną zgonów, a dopiero szóstą absencji chorobowej,

⁴⁶ Ekspert 1, IMP

⁴⁷ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod redakcją B.Wojtyniaka, P.Goryńskiego, B. Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012

- ciążę, porody, połogi są najczęstszą przyczyną absencji chorobowej, jednak trudno to uznać za zjawisko negatywne, któremu należy zapobiegać.
- urazy, zatrucia są drugą przyczyną absencji chorobowej i nie występują wśród najczęstszych przyczyn chorobowości hospitalizowanej i zgonów.

Wszystkie wymienione w tym rozdziale grupy chorób wskazują obszary, które powinna cechować największa aktywność w odniesieniu do działań prewencyjnych i informacyjnych. Mimo że najmniej narażoną na choroby jest grupa wiekowa 20-29 lat, to jednak także do niej należy kierować interwencje zdrowotne, mające na celu wczesne zapobieganie chorobom zawodowym i cywilizacyjnym.

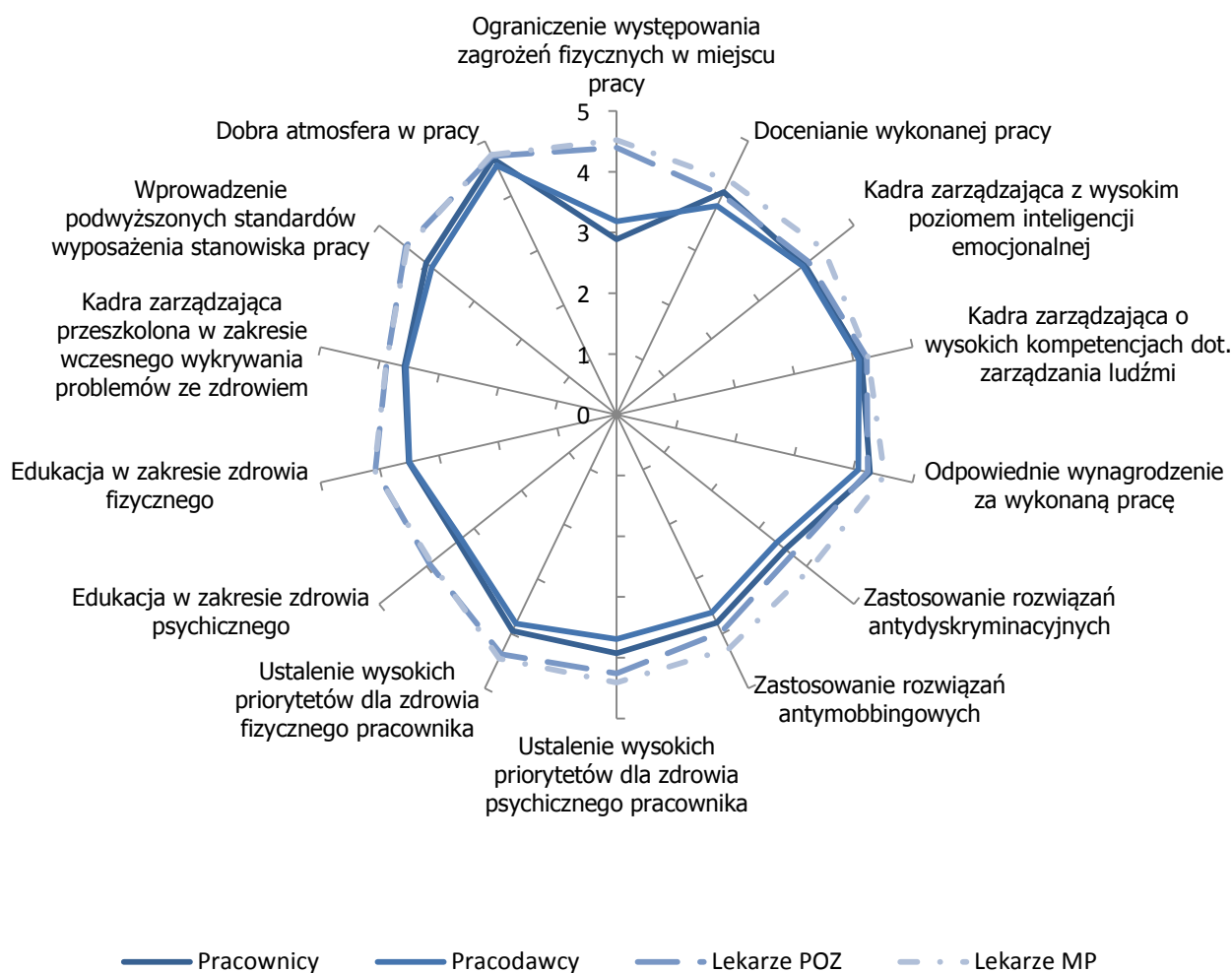
5.3. Potrzeby w zakresie programów profilaktyki zdrowia

W podejściu do identyfikacji potrzeb związanych z realizacją programów profilaktyki zdrowia przyjęto założenia, że nie jest możliwe całkowite ograniczenie negatywnych czynników miejsca pracy na stan zdrowia pracownika. Przykładem jest chociażby stres, który wzmacnia negatywne oddziaływania pracy i „towarzyszy” wielu schorzeniom. Poproszono więc pracowników i pracodawców, by określili, jaki sposób organizacji pracy sprzyja ograniczeniu negatywnego wpływu pracy i miejsca pracy na zdrowie pracowników. Co ciekawe, obie grupy respondentów podobnie oceniają czynniki z tym związane.

Średnie ocen pracowników w odniesieniu do niemal każdego ze wskazanych czynników są nieco wyższe niż menedżerów, za wyjątkiem doceniania zaangażowania pracowników i wykonanej pracy, odnośnie do którego pracownicy przywiązują większą wagę oraz działań zorientowanych na ograniczenia zagrożeń fizycznych w miejscu pracy, któremu pracodawcy nadają większe znaczenie. W przypadku tego drugiego aspektu opinie pracodawców i pracowników są znacznie niższe niż wskazania lekarzy medycyny pracy i podstawowej opieki zdrowotnej. Wydaje się że, jak to już podano wcześniej, tak pracodawcy, jak i pracownicy, nie są wystarczająco świadomi znaczenia ograniczania zagrożeń fizycznych w miejscu pracy. Specjaliści zajmujący się BHP upatrują przyczyn takiego stanu rzeczy często w niewystarczającej wiedzy, szczególnie wśród młodych pracowników lub rutynie przejawiającej się w nadmiernej nonszalancji w wykonywaniu zadań zawodowych, co z kolei charakteryzować ma pracowników starszych stażem. Zarówno pracodawcy, jak i pracownicy najniżej oceniają czynniki związane z edukacją w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz sam fakt udziału w szkoleniach związanych z wykrywaniem problemów ze zdrowiem.

Zdecydowanie wyżej oceniane są wysokie standardy wyposażenia stanowiska pracy, kompetencje kadry zarządzającej w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi, aspekt płacowy pracy oraz inteligencja emocjonalna kierownictwa zakładu pracy.

Wykres 9 Ocena czynników ograniczających negatywny wpływ pracy i miejsca pracy na zdrowie pracownika

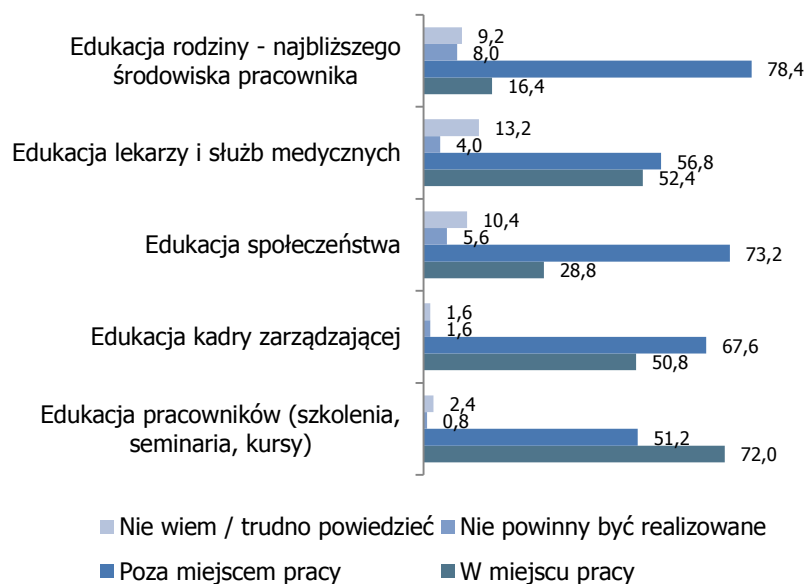


Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=250, badanie pracowników n=250, badanie lekarzy POZ n=74, badanie lekarzy MP n=46

Najwyżej oceniana jest, i to przez wszystkie grupy badanych respondentów, dobra atmosfera w miejscu pracy - wymiar społeczny pracy przejawiający się w wysokiej jakości relacjach między pracownikami, ale także, a może w głównej mierze pomiędzy pracownikami, kadra zarządzającą i pracodawcą. Świadczy to o znamiennej roli, jaką odgrywiają pracodawcy i kadra zarządzająca w odniesieniu do stanu zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników.

O tej roli wspomniano już we wcześniejszych częściach opracowania, wskazując na postawy pracodawców, stawiających wymagania pracownikom w wypełnianiu standardów pracy eliminujących ryzyko wystąpienia chorób zawodowych i wypadków przy pracy. Jak widać, ich oddziaływanie ma istotne znaczenie także na grupę chorób określanych w ramach badania, jako choroby cywilizacyjne.

Wykres 10 Opinie na temat potrzeb i sposobów realizacji edukacyjnych instrumentów programów profilaktycznych (%)

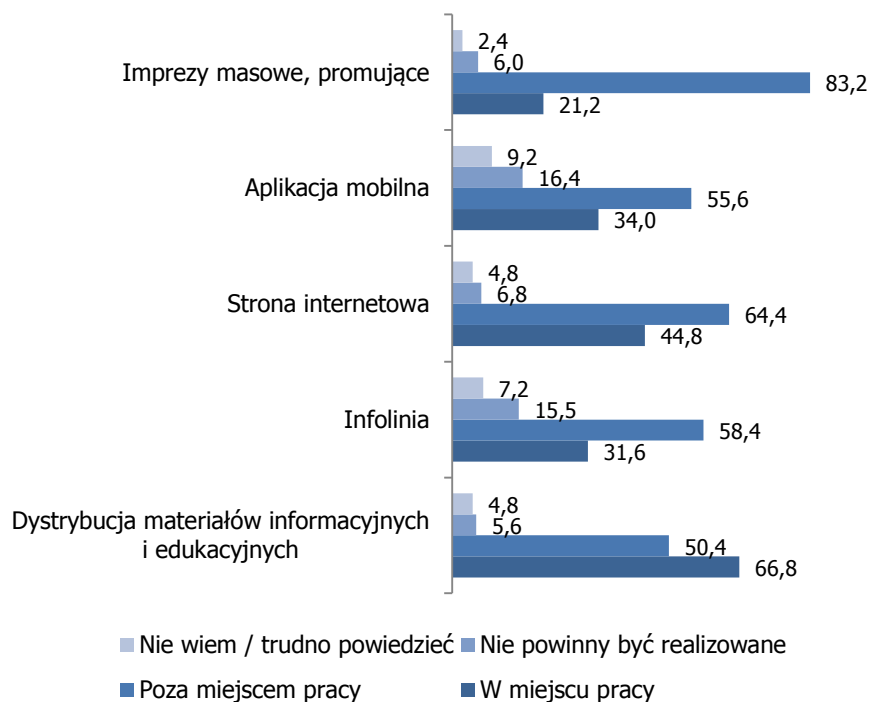


Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=250

Wspomniano wyżej, że edukacja w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego znajduje relatywnie niższe uznanie pracodawców i pracowników w ograniczaniu negatywnego oddziaływania miejsca pracy. Nie oznacza to jednak, że panuje zgoda co do eliminowania instrumentów edukacyjnych z realizacji programów profilaktycznych. Powinny być one realizowane i to zarówno w miejscu pracy, jak i poza miejscem pracy. Co ciekawe, większy odsetek pracodawców wskazuje na potrzeby edukacji menedżerów poza zakładem pracy. Podobnie jest w przypadku programów edukacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa, choć tutaj część pracodawców dopuszcza ich realizację również w miejscu pracy. Jeżeli programy mają zawierać instrumenty edukacyjne skierowane do najbliższego środowiska pracownika, w tym również w zakresie chorób zawodowych, to zdecydowanie powinny one być wykorzystywane poza miejscem pracy, najprawdopodobniej także bez znaczącego udziału pracodawcy. W przypadku tego typu instrumentów zaobserwowano także najwyższy

odsetek pracodawców, którzy są przeciwni ich realizacji w ramach programu profilaktyki zdrowia. Jest to jednak niewielki odsetek badanej populacji (8%).

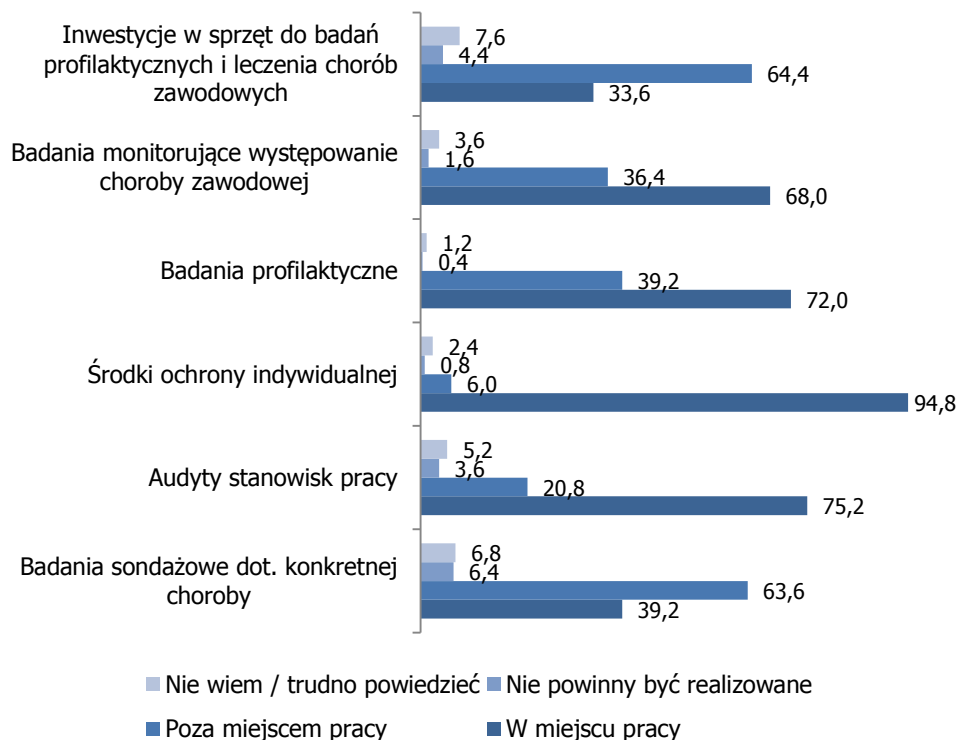
Wykres 11 Opinie na temat potrzeb i sposobów dotarcia do grup docelowych w ramach programów profilaktyki zdrowia (%)



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=250

Wykorzystanie ICT w implementacji profilaktyki zdrowia także uzyskuje akceptację pracodawców, jednak nie powinno mieć miejsca w zakładzie pracy. Spory odsetek pracodawców także uważa, że niektóre proponowane instrumenty nie powinny być w ogóle wykorzystywane – dotyczy to infolinii (15%) oraz aplikacji mobilnych (16,4%), co w tym ostatnim przypadku może nieco zaskakiwać ze względu na rosnącą popularność tego typu narzędzi wspomagających sportowy/zdrowy styl życia (np. funkcje pomiaru tętna w aparatach telefonicznych typu „smartfon”, aplikacje do organizacji treningów i rywalizacji w różnych dyscyplinach sportowych, dietetyczne i wspomagające analizy pomiarów wagi). Dla porównania funkcjonowanie strony internetowej negowane jest jedynie przez 7% pracodawców, natomiast 45% uważa, że może być dostępna w miejscu pracy lub poza nim (64%).

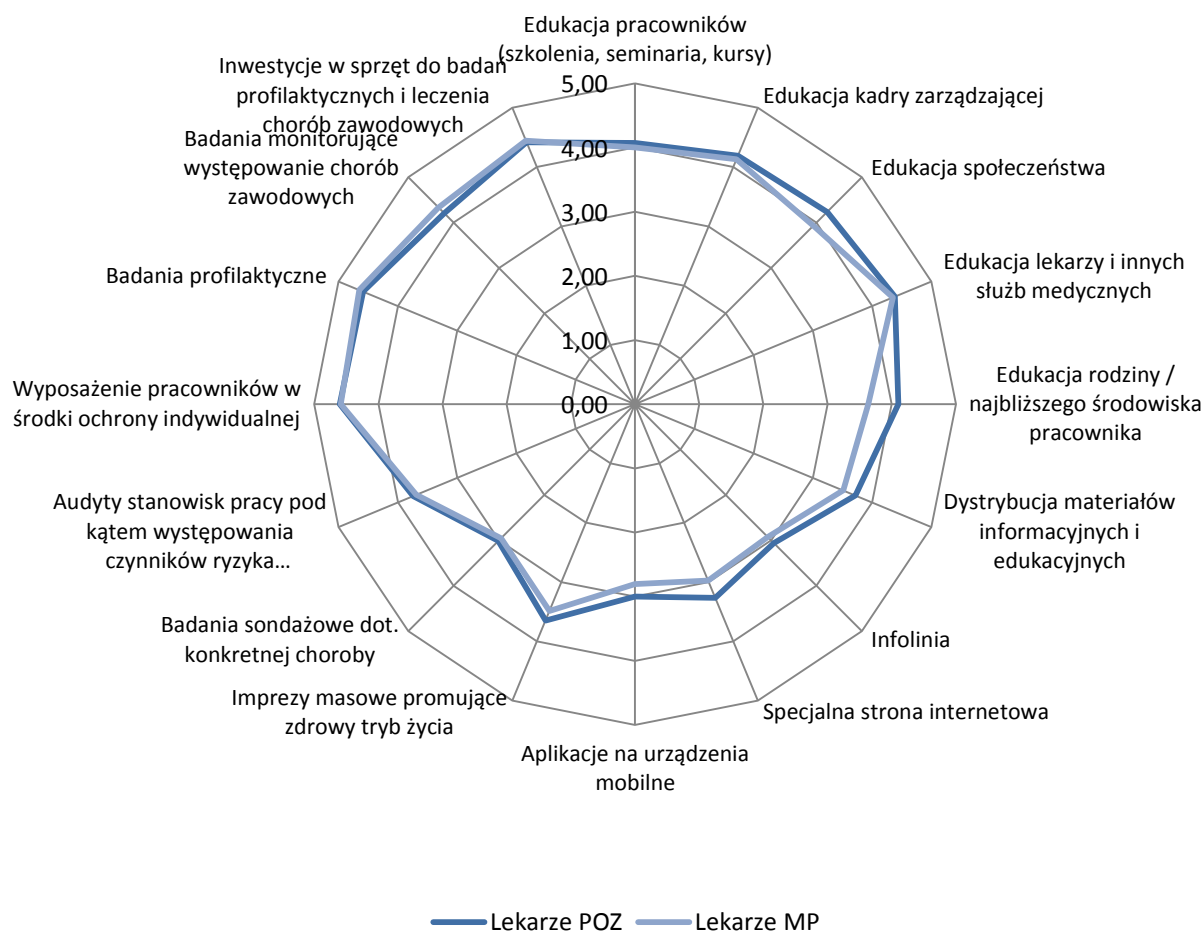
Wykres 12 Opinie na temat potrzeb i sposobów realizacji instrumentów o charakterze zapobiegawczym i medycznym (%)



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=250

Instrumenty związane bezpośrednio z profilaktyką chorób realizowane powinny być przede wszystkim w miejscu pracy, choć spory odsetek pracodawców widzi realizację badań profilaktycznych poza miejscem pracy, ze względu na ich uciążliwość dla realizacji zadań zawodowych. Na uwagę zasługuje fakt uznania przez 37% uczestników badania potrzeby realizacji inwestycji w sprzęt do profilaktyki i leczenia chorób zawodowych w miejscu pracy. Być może jest to wynik doświadczeń związanych z funkcjonowaniem przyzakładowych przychodni lekarskich. Jednak w chwili obecnej, wraz z przemianami w dziedzinie chorób zawodowych w kierunku prac opartych na siedzącym trybie życia i coraz liczniejszych schorzeń układu kostno-stawowego oraz układu ruchu, inwestycje te mogłyby polegać na tworzeniu sal fitness lub gabinetów masażu.

Wykres 13 Ocena skuteczności instrumentów programu profilaktyki zdrowia chorób zawodowych i cywilizacyjnych

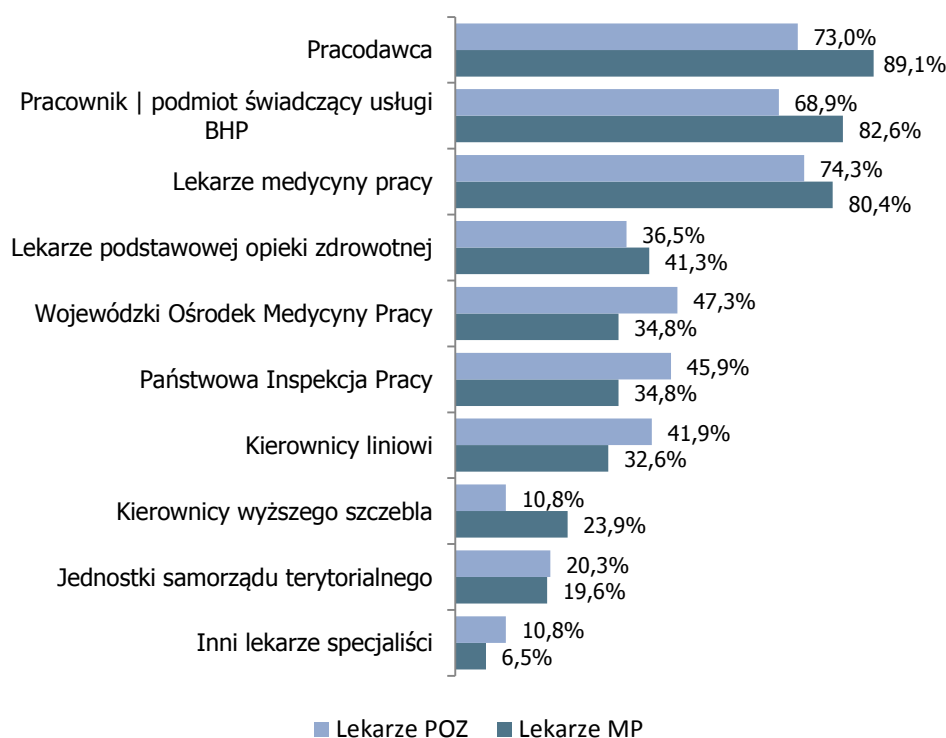


Źródło: Obliczenia własne, badanie lekarzy POZ n=74, badanie lekarzy MP n=46

Do najbardziej skutecznych narzędzi realizacji programów profilaktyki chorób zawodowych i cywilizacyjnych należą badania profilaktyczne (poza obowiązkowymi badaniami pracowników) oraz odpowiednie wyposażenie pracowników w środki ochrony indywidualnej (odpowiednio średnie ocen 4,62 i 4,59). Najniżej oceniana jest skuteczność instrumentów, w przypadku których nie dostrzega się bezpośredniego przełożenia na stan zdrowia, tj. badań sondażowych na temat chorób oraz różnego rodzaju narzędzi komunikacji, masowego upowszechniania wiedzy, takich jak infolinia, strona internetowa, czy aplikacje mobilne (oceny oscylują w okolicach dostatecznej lub nieco poniżej). Zdecydowanie wyżej oceniono dystrybucję różnego rodzaju materiałów informacyjnych i edukacyjnych (3,62) oraz bezpośrednie działania edukacyjne – zarówno skierowane do pracodawców i pracowników, jak i ogółu społeczeństwa (średnie ocen od 3,87 dla edukacji rodziny i najbliższego

środowiska do 4,37 w przypadku edukacji lekarzy i innych służb medycznych). Stosunkowo wysokie oceny skuteczności edukacji lekarzy i służb medycznych wskazują na znaczne potrzeby w tym zakresie, a należy podkreślić, że w dużej mierze powinno to dotyczyć lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w tym także w zakresie identyfikacji ryzyka chorób i ich wczesnych objawów w trakcie standardowych badań wykonywanych podczas wizyty pacjenta w gabinecie lekarskim. W przypadku lekarzy medycyny pracy eksperci z dziedziny BHP postulują natomiast większą wrażliwość w rozpoznawaniu chorób i wykrywaniu zagrożeń dla schorzeń spoza grupy chorób zawodowych, co mogłoby się przejawiać w skierowaniu pracownika na dodatkowe badania lekarskie.⁴⁸

Wykres 14 Struktura podmiotów w programach profilaktyki zdrowia w miejscu pracy



Źródło: Obliczenia własne, badanie lekarzy MP n=46, badanie lekarzy POZ n=74

Fundamentem realizacji programów profilaktyki zdrowia w miejscu pracy powinna być ścisła, wzajemna współpraca trzech głównych podmiotów – świadomego zagrożenia pracodawcy, traktującego zdrowie pracowników jako zasób, którym należy i trzeba zarządzać; - aktywnych i odpowiedzialnych służb bezpieczeństwa i higieny pracy o wysokich kompetencjach, stanowiących niejako łącznik pomiędzy pracownikami i pracodawcą; -

⁴⁸ FGI

lekarzy medycyny pracy podchodzących do pracownika z należytą uwagą, tworzących klimat zaufania i diagnozujących inne, także pozazawodowe zagrożenia związane ze stanem zdrowia pracowników. Pracodawca rozumiany tutaj jest szerzej, albowiem działa poprzez kadrę kierowniczą na różnych szczeblach zarządzania. Wskazany powyżej „trójkąt współpracy” podejmować winien także kooperację z Państwową Inspekcją Pracy, na co wskazywali szczególnie uczestniczący w wywiadzie grupowym specjaliści i rzeczoznawcy BHP. Współpraca ta powinna być rozszerzana na Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, a także lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Niewielki odsetek respondentów wywodzących się ze służb medycznych uważa, że w realizację tego typu programów należy angażować jednostki samorządu terytorialnego.

Najczęściej występującymi chorobami zawodowymi w województwie lubelskim są choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa, przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym oraz występujące w mniejszej skali pylice płuc i obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem. Obserwowany jest przy tym systematyczny spadek orzecznictwa niemal wszystkich chorób zawodowych. W 2013 roku liczba orzeczonych chorób zmniejszyła się niemal o 60% w stosunku do danych z 2007 r. W skali ogólnopolskiej największy poziom zachorowalności na choroby zawodowe odnotowuje się w następujących obszarach: przetwórstwo przemysłowe, ze szczególnym uwzględnieniem produkcji z pozostałych mineralnych surowców niemetalicznych oraz produkcji metali; górnictwo i wydobywanie, ze szczególnym uwzględnieniem wydobywania węgla kamiennego i brunatnego; budownictwo; edukacja. Uczestniczący w badaniu pracodawcy potwierdzają, że problem zapadalności na choroby zawodowe nie jest powszechny. Jedynie 15 przyznaje, że kiedykolwiek w ich zakładzie pracy doszło do orzeczenia choroby z grupy zawodowych (6%). Pomimo tego, że zidentyfikowano choroby zawodowe, na które częściej zapadają kobiety (np. choroby narządu głosu) oraz mężczyźni (np. pylice płuc, zespół wibracyjny), to związek zapadalności na choroby zawodowe z płcią należy przede wszystkim upatrywać nie w uwarunkowaniach biologicznych, lecz w skłonności jednej z płci do wykonywania zawodów oraz zatrudnienia w branżach, które tradycyjnie sklasyfikować można jako męskie lub kobiece. Zapadalność na choroby zawodowe w oparciu o statystykę orzecznictwa nie jest wysoka w stosunku do ogólnej liczby pracujących, jednak ryzyko wystąpienia choroby, która może mieć związek z wykonywaniem pracy, dostrzega 34% badanych pracowników oraz 33% pracodawców. Pracownicy najczęściej podają zagrożenia związane z przewlekłymi chorobami układu ruchu, chorobami obwodowego układu nerwowego, chorobami zakaźnymi lub pasożytniczymi albo ich

następstwami, a także ryzyko związane z chorobami skóry. W przeprowadzonym badaniu nie potwierdzono występowania związku pomiędzy płcią, rodzajem wykonywanej pracy, a ryzykiem występowania chorób zawodowych, natomiast wpływ wieku na występowanie choroby zawodowej ma znaczenie ze względu na długotrwałe oddziaływanie czynników szkodliwych w środowisku pracy, co niejednokrotnie jest warunkiem zaliczenia schorzenia do grupy chorób zawodowych. Realnym zagrożeniem dla zdrowia pracowników mogą być natomiast choroby nazwane przez jednego z ekspertów biorących udział w badaniu, chorobami „parazawodowymi”, które mogą być uwarunkowane czynnikami genetycznymi lub cywilizacyjnymi, jednak ich występowanie (lub ryzyko zapadalności) może być wzmacniane przez warunki panujące w środowisku pracy pracownika – fizyczne, chemiczne, biologiczne, jak również o charakterze psychospołecznym. Ryzyko zachorowania w tym przypadku rośnie wraz z nakładaniem się różnego rodzaju pośrednich i bezpośrednich czynników chorobotwórczych.

Najczęstszymi przyczynami absencji chorobowej pracowników w regionie lubelskim są urazy i zatrucia, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej oraz choroby układu oddechowego i nerwowego. Natomiast w przypadku zgonów w województwie (podobnie jak i w Polsce) główną przyczyną są nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia oraz inne przyczyny zewnętrzne. Żadna z powyżej wskazanych jednostek chorobowych nie jest ściśle powiązana ze środowiskiem pracy. Związek chorób cywilizacyjnych z wykonywaną pracą nie jest oczywisty, nawet jest mniej dostrzegalny niż ma to miejsce w przypadku chorób zawodowych. Jednak 45% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (dalej POZ) oraz 50% lekarzy medycyny pracy (dalej MP) jest przekonanych o istnieniu zawodów, których wykonywanie ściśle wiąże się z zapadalnością na choroby cywilizacyjne ujęte w przeprowadzonym badaniu. Do chorób cywilizacyjnych, odnośnie których zaobserwowano najwyższe odsetki ryzyka zapadalności w związku z wykonywaną pracą, należą choroby kręgosłupa i narządów ruchu. Dostrzega je aż 93% pracowników oraz 83% pracodawców. Wysoki poziom zagrożenia zidentyfikowano także w odniesieniu do chorób oczu, nerwic, depresji i zaburzeń zachowania.

Ograniczenie negatywnego wpływu miejsca pracy na stan zdrowia pracownika jest możliwe w zakładach pracy, w których kładzie się nacisk na budowanie relacji pomiędzy pracodawcą i kadrą zarządzającą a pracownikami. Wytworzenie dobrej atmosfery w pracy ma tutaj decydujące znaczenie. Wiążą się z tym inne aspekty wysoko oceniane zarówno przez pracodawców i pracowników oraz uczestniczących w badaniu lekarzy: godziwe

wynagrodzenie za pracę i docenianie pracy przez pracowników, wysokie kompetencje zarządzania zasobami ludzkimi i inteligencja emocjonalna kadry zarządzającej, podwyższone standardy wyposażenia stanowiska pracy oraz priorytetowe traktowanie zdrowia fizycznego i psychicznego pracowników. Zdrowie pracowników ma być bowiem tak samo traktowane jak inne zasoby przedsiębiorstwa, które wymagają działań zarządczych. Realizacja programów profilaktycznych powinna uwzględniać szereg różnego rodzaju instrumentów o charakterze edukacyjnym, informacyjnym, diagnostycznym i medycznym, bez względu na to, w jakim środowisku mają być one wdrażane. Charakterystyczne jest jednomyślne podejście wszystkich badanych grup respondentów – od pracowników po lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – do instrumentów nastawionych na masowego odbiorcę, wykorzystujących rozwiązania ICT – tj. aplikacji mobilnych, stron internetowych oraz infolinii. Niskie oceny skuteczności tych rozwiązań oraz brak jednoznacznej opinii pracodawców i pracowników dotyczących potrzeb ich uwzględniania w programach profilaktyki zdrowia sugerują, że nie należy nadmiernie koncentrować się na realizacji tego rodzaju przedsięwzięć, a tym bardziej w oderwaniu od uznawanych za skuteczne i potrzebne badań profilaktycznych czy usprawnień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Za skuteczniejsze i bardziej potrzebne uznawane są bowiem tradycyjne formy upowszechniania wiedzy, związane z dystrybucją materiałów informacyjnych i edukacyjnych oraz różne formy edukacji bezpośredniej. Są one uznawane przez lekarzy za najbardziej trafne instrumenty zmniejszania ryzyka zachorowalności w przypadku osób pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie. A ich adresatem powinni być przede wszystkim pracownicy i kadra zarządzająca.⁴⁹

⁴⁹ Szkolenia, seminaria i kursy dla pracowników jako najbardziej trafne w warunkach szkodliwych dla zdrowia uznaje 89% lekarzy POZ oraz 80% lekarzy MP, natomiast edukacja kadry zarządzającej powinna być realizowana zdaniem 45% lekarzy POZ i 54% lekarzy MP; trzecim uznawanym za najbardziej trafne narzędzie jest wyposażenie w środki ochrony indywidualnej wskazywane na pierwszym miejscu przez lekarzy MP – 80% - oraz na drugim miejscu przez lekarzy POZ – 82%

6. ZDIAGNOZOWANIE POTRZEB OSÓB, KTÓRE POWRÓCIŁY DO PRACY PO DŁUŻSZEJ PRZERWIE SPOWODOWANEJ WZGLĘDAMI ZDROWOTNYMI W KONTEKŚCIE UCZESTNICTWA W PROGRAMACH ZDROWOTNYCH

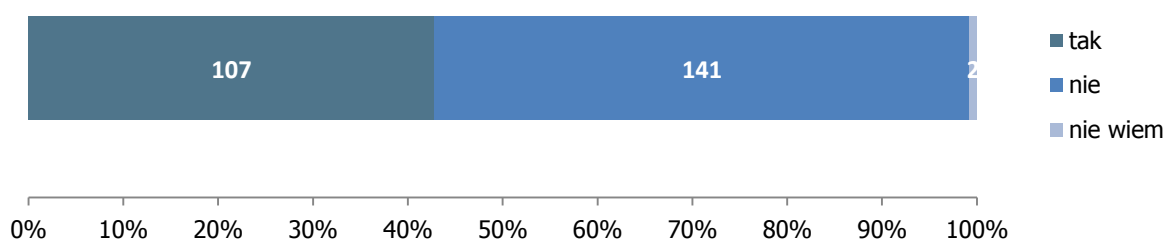
Długotrwała niezdolność do pracy, zarówno w przypadku chorób zawodowych jak i cywilizacyjnych, często wiąże się z utratą zatrudnienia. Pracownik chory postrzegany jest przez pracodawcę jako źródło problemów i dodatkowych obciążeń finansowych. Wysokie koszty, jakie dla pracodawcy niesie zatrudnienie pracownika, są po części uzasadnieniem niechęci do zatrudniania osób z często powtarzającą się bądź długotrwałą absencją w pracy spowodowaną złym stanem zdrowia. Z drugiej strony im dłużej pracownik przebywa na zwolnieniu lekarskim, tym wyższe generuje koszty związane ze spadkiem produktywności, z potrzebą uzupełnienia jego pracy przez innych w ramach nadgodzin a także kosztami zastąpienia i wyszkolenia zastępcy na czas nieobecności chorego pracownika. Dlatego ważne jest zwrócenie uwagi na korzyści odnoszone przez pracowników oraz społeczeństwo, jakie wynikają z aktywizacji zawodowej po długiej absencji chorobowej. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera zwraca uwagę na następujące obszary:⁵⁰

- korzyści zdrowotne
 - poprawa/przyspieszenie efektów leczenia i rehabilitacji medycznej,
 - chęć utrzymania zdrowia na poziomie umożliwiającym podjęcie i utrzymanie pracy,
 - kontrola zdrowia, współpraca z lekarzem,
 - poprawa wydolności organizmu i funkcji układu oddechowego,
 - motywacja do kontynuowania rehabilitacji w warunkach domowych,
 - zwiększenie szansy na stabilizację procesu chorobowego,
- korzyści psychologiczne
 - poprawa jakości życia i statusu społecznego,
 - poprawa samooceny i samopoczucia,
 - ucieczka od „myślenia” o chorobie i koncentracji na problemach zdrowotnych, szansa na poszerzenie kręgu zainteresowań, pozyskanie nowych znajomości,

⁵⁰ Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrotu do pracy, Instytut Medycyny Pracy im. Prof.J.Nofera w Łodzi, www.programyzdrowotne.pl

- poszerzenie wiedzy na temat możliwości wsparcia ze strony instytucji medycznych i pozamedycznych (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia),
- perspektywa stabilizacji społeczno-zawodowej, samorealizacji i dalszego rozwoju,
- korzyści społeczno-ekonomiczne
 - poprawa sytuacji finansowej, stabilizacja rodziny,
 - wykorzystanie potencjału i doświadczenia osób powracających do pracy,
 - poprawa konkurencyjności na rynku pracy,
 - obniżenie skutków ekonomiczno-społecznych,
 - zmniejszenie wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy,
 - zwiększenie wpływów do ubezpieczyciela z tytułu opłaconych składek.

Wykres 15 Zatrudnienie pracowników, którzy powrócili do pracy po długotrwałej chorobie

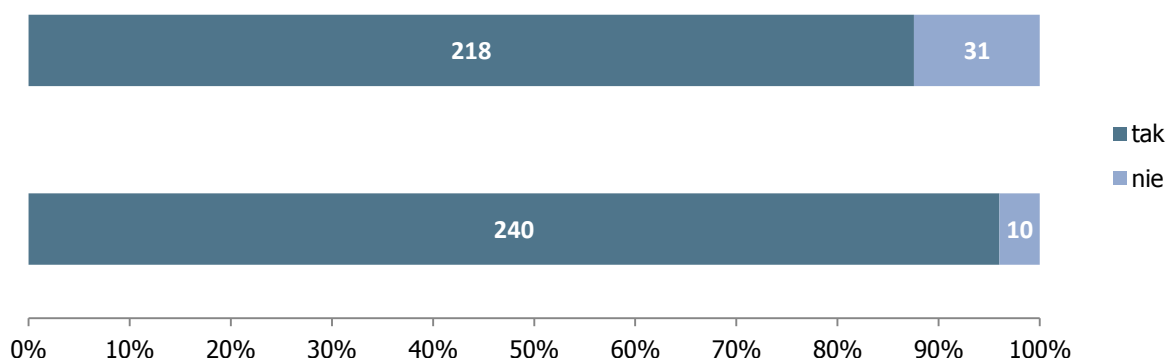


Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców $n=250$

36 pracodawców, którzy w okresie przeprowadzenia badania nie zatrudniali osób powracających po długotrwałej przerwie spowodowanej problemami zdrowotnymi, potwierdza wcześniejsze doświadczenia z zatrudnianiem tego typu pracowników. Łącznie 43% pracodawców miało w swojej załodze osobę, która powróciła do pracy po minimum 6 miesiącach nieobecności w pracy. Problem powrotów do pracy i adaptacji pracowników w nowej dla nich sytuacji zawodowej jest więc dosyć istotnym, choć wydaje się, że do tej pory niedostrzeganym w wystarczającym stopniu, wyzwaniem dla wielu przedsiębiorców z terenu województwa lubelskiego. Co ważne, reprezentują oni w mniejszym lub większym stopniu wszystkie badane sekcje działalności gospodarczej. Pracodawcy wywodzący się z podmiotów średnich i dużych istotnie statystycznie częściej mają do czynienia z wyzwaniami powrotu pracowników do pracy po dłuższej przerwie (odpowiednio 31% pracodawców średnich oraz 52% pracodawców dużych). Natomiast w przypadku podmiotów zatrudniających do 9 pracowników jest to niespełna co 7. pracodawca. Dane te potwierdzają opinie prezentowane przez ekspertów, że małe podmioty są mniej aktywne w obszarze programów profilaktyki i powrotu do pracy, trudniej je zachęcić do zaangażowania,

poszukują innych sposobów radzenia sobie z problemami wynikającymi ze schorzeń pracowników, absencji oraz powrotów do pracy lub po prostu te problemy ich nie dotyczą. Jednak, co należy podkreślać, przedsiębiorcy bez względu na wielkość podmiotu dostrzegają potrzebę realizacji specjalnych programów ukierunkowanych na wsparcie pracowników w powrocie do pracy, a tylko nieliczni są przeciwni tego typu inicjatywom.

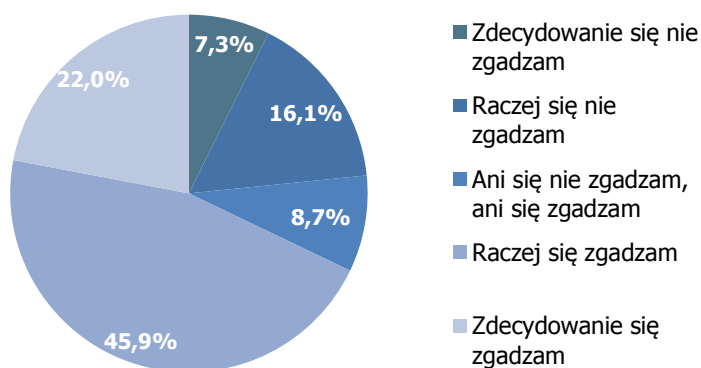
Wykres 16 Potrzeba realizacji programów powrotu do pracy przez pracodawców (górny wykres) i pracowników (dolny wykres)



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=249, badanie pracowników n=250

Niemal 68% badanych zgadza się ze stwierdzeniem o zaangażowaniu pracodawcy w realizację programów powrotu do pracy. Choć te deklaracje są dosyć ostrożne, gdyż 46% zaznaczyło odpowiedź „raczej się zgadzam”, nastawienie pracodawców do tego typu nowatorskich działań w obszarze zarządzania przedsiębiorstwem należy ocenić pozytywnie. Rozkład odpowiedzi ze względu na status wielkości przedsiębiorstwa jest przy tym zagadnieniu zbliżony.

Wykres 17 Proszę podać, na ile zgadza się Pan(i) ze stwierdzeniem, że pracodawca powinien być zaangażowany w realizację programu powrotu do pracy? (%)



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracodawców n=218

Najwięcej niechętnych zaangażowaniu pracodawcy w realizację programów powrotu do pracy reprezentowało sekcję górnictwo i wydobywanie, wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, budownictwo oraz handel hurtowy i detaliczny. Natomiast w przypadku sekcji: administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe zabezpieczenie społeczne oraz pozostała działalność usługowa nie zanotowano ani jednego przypadku opinii o braku zaangażowania pracodawcy w realizację programu powrotu do pracy. Takie postawy pracodawców stwarzają grunt do realizacji skutecznych programów powrotu do pracy, a ich nastawienie powinno się przekładać na podejście pracowników, w tym przede wszystkim zespołu ludzi bezpośrednio współpracujących z osobą, która zamierza lub powróciła do pracy po długotrwałej nieobecności spowodowanej chorobą.

Przede wszystkim to jest odpowiedzialność pracodawcy. Ale również tam, gdzie są reprezentacje pracowników, powinni się włączać – a to rady pracownicze, a to związki zawodowe jeśli są obecne, no i powinno się ustanowić jakąś relację, która by odpowiadała na te potrzeby. To może być zobowiązanie na przykład lekarza, który ma podpisaną umowę na wykonywanie badań profilaktycznych z danym pracodawcą, o pomoc w przywróceniu pracownika do efektywności, która miała miejsce przed schorzeniem, które było przyczyną absencji. I w zależności od tego jaka była przyczyna i jaki jest charakter pracy, odpowiednio pokierować tym całym procesem przywracania go do pracy, którą wykonywał poprzednio albo o skierowaniu go na inne stanowisko, ze względu na to, że jego kondycja zdrowotna nie pozwala pomimo leczenia i rehabilitacji, powrotu do tej sprawności, którą miał przed schorzeniem.

[Ekspert 1, IMP]

Wypowiedź jednego z uczestników wywiadów indywidualnych świadczy o potrzebie angażowania jak najszerszego kręgu osób i podmiotów funkcjonujących w środowisku pracy do tworzenia postawy akceptacji zarówno wśród załogi, jak i pośród kadry zarządzającej.⁵¹ Pomocni mogą tutaj też być „liderzy adaptacji” – osoby wywodzące się z zespołu pracowników, które bezpośrednio wspierają powracających do pracy, stają się ich „rzecznikami” i w pewnym stopniu mentorami. Warto przy tym dodać, że program powrotu do pracy powinien rozpoczynać się znacznie wcześniej niż w momencie skierowania na badania do przychodni medycyny pracy w celu zweryfikowania pracownika pod kątem przydatności do realizacji zadań zawodowych:

... że ta rola nie powinna się rozpoczynać w momencie powrotu, tylko przed. Koniec jego rehabilitacji powinno być przystosowaniem zawodowym, czy ty możesz robić dalej to co robiłeś. Czy musisz pomyśleć już teraz, że nie będziesz mógł tego robić (...) Koniec rehabilitacji przed powrotem to powinna być rehabilitacja psychologiczna, która przystosowuje do powrotu do pracy.

[Ekspert 2, IMW]

⁵¹ Ekspert 3, kardiolog

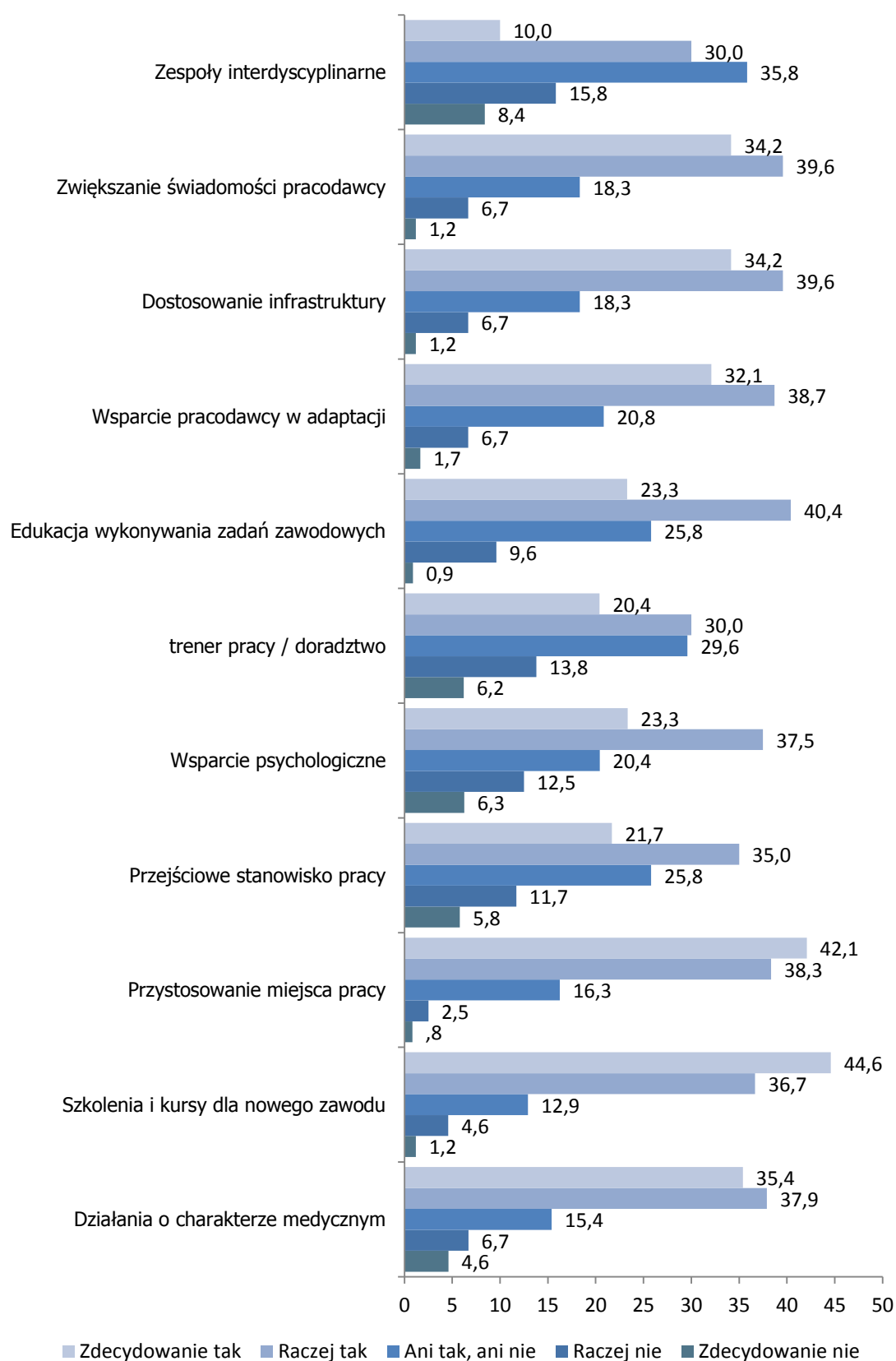
Generalnie pracodawcy nie różnią się w ocenie instrumentów wchodzących w zakres programów powrotu do pracy. Jednak na podstawie badania można w sposób ostrożny zidentyfikować ich preferencje. Najlepiej oceniane są instrumenty skierowane bezpośrednio do osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie firmy i obniżających koszty prowadzonej działalności tj. wsparcie udzielane pracodawcy w adaptacji pracownika w czasie powrotu do pracy (70% odpowiedzi „raczej tak” i „zdecydowanie tak”) oraz przystosowanie miejsca pracy (łącznie 67% badanych). Oprócz powyższych zgadzają oni się na różne formy edukacji pracowników w związku z ich powrotem po długotrwałej przerwie spowodowanej chorobą, czy to poprzez programy edukacyjne w zakresie nowych sposobów realizacji zadań (59% „raczej tak” i „zdecydowanie tak”), czy to poprzez realizację szkoleń przekwalifikowania pracowników do wykonywania nowego zawodu (58%). Nieco więcej niż co drugi badany pracodawca zgadzający się na realizację programów powrotu do pracy wskazuje na zasadność działań o charakterze medycznym, choć opinie te są dosyć ostrożne, gdyż niemal 35% wskazuje odpowiedź „raczej tak”, a tylko 18% „zdecydowanie tak”. Największe odsetki odpowiedzi negatywnych występują w instrumentach związanych z formami bezpośredniego wsparcia pracownika w wykonywaniu zadań zawodowych (trener pracy / doradztwo zawodowe) oraz powoływania zespołów interdyscyplinarnych (odpowiednio 29% i 38% niechętnych). Omawiając wyniki badania w tym zakresie należy także podkreślić, że wśród pracodawców występuje spory odsetek osób niezdecydowanych co do form realizacji programów powrotu do pracy. Odsetki odpowiedzi „ani tak, ani nie” wahają się od 17% do 33%, w zależności od instrumentów, a największe są właśnie w przypadku dwóch najmniej licznie wskazywanych form wsparcia.

Preferencje pracowników dotyczące zakresu programów powrotu do pracy zostały zaprezentowane na Wykresie 18. W większości zaproponowane instrumenty i rozwiązania uzyskują akceptację biorących udział w badaniu przedstawicieli załogi pracowniczej. Jednak trzy spośród nich wyróżniają się stosunkowo wysokim odsetkiem osób przeciwnych ich wykorzystaniu lub osób niezdecydowanych co do zasadności i potrzeby wdrożenia tych instrumentów. Są to: powołanie zespołów interdyscyplinarnych (60% negatywnie nastawionych lub niezdecydowanych), wsparcie trenera pracy lub doradcy zawodowego (50% negatywnie nastawionych lub niezdecydowanych) oraz utworzenie przejściowego stanowiska pracy (43%). Wyniki badań pracowników są pod tym kątem dosyć bliskie danym pozyskanym z badania pracodawców. Pracownicy podobnie jak pracodawcy preferują organizację szkoleń i kursów przystosowania do nowego zawodu (81%), przystosowanie stanowiska pracy (80%), programy zwiększania świadomości pracodawców (74%), wsparcie

pracodawcy w realizacji programu adaptacyjnego (73%), dostosowanie infrastruktury (71%) oraz edukację w zakresie wykonywania zadań zawodowych w nowy sposób (64%).

Osoby w wieku niemobilnym (45 lat i więcej) nieco inaczej postrzegają potrzebę realizacji instrumentów edukacyjnych – blisko 11% jest przeciwna ich realizacji, w stosunku do niespełna 3% z grupy osób w wieku mobilnym. Podobnie są one bardziej na „nie” niż osoby młode w stosunku do przystosowania miejsca pracy. Płeć nie różnicuje opinii pracowników na temat stosowania poszczególnych instrumentów i działań w ramach programu powrotu do pracy. Opinie lekarzy medycyny pracy i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej są bardzo podobne do zaprezentowanych powyżej wyników badań pracowników. Co czwarty badany lekarz POZ negatywnie postrzega utworzenie przejściowego stanowiska pracy i zespołów interdyscyplinarnych. Te ostatnie podobnie oceniane są przez lekarzy medycyny pracy. W odniesieniu do pozostałych instrumentów zanotowano pozytywne wypowiedzi lekarzy, choć specjaliści w zakresie medycyny pracy częściej są niezdecydowani w przypadku instrumentów, które nazwać można „okołozawodowymi”, tj. utworzenie przejściowego stanowiska pracy, przygotowanie dotychczasowego miejsca pracy do nowych potrzeb, wsparcie psychologiczne, trener pracy, wsparcie pracodawcy w adaptacji pracownika oraz działania zorientowane na uświadamianiu pracodawców i kadry zarządzającej.

Wykres 18 Zakres programów powrotu do pracy wg pracowników (%)



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracowników n=240

Realizacja programów powrotu do pracy w Polsce nie ma długoletniej tradycji, a zagadnienia te należą do stosunkowo nowych w polityce zdrowia publicznego. Punktem wyjścia do dyskusji na temat wymagań dotyczących ich przygotowania i realizacji mogą być wypracowane przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi modelowe programy dla trzech schorzeń o podłożu zawodowym: alergii, pylice płuc oraz choroby narządu głosu.⁵² W ramach powyższych opracowań zostały przywołane założenia Programu Powrotu do Pracy, opublikowane przez amerykańską instytucję New York State Workers' Compensation Board.⁵³ Założenia programu zgodnie z tzw. „Dobrą Praktyką”:

Działania aktywizujące: działania menedżerskie muszą zakładać inwestycję w środki i czas na rzecz promocji Programu Powrotu do Pracy (PPdP) w miejscu pracy; pracodawca powinien popierać wszelkie działania wspierające tworzenie PPdP w miejscu pracy, włączyć zapisy dotyczące PPdP do Układu Zbiorowego Pracy; zaangażowanie w problemy związane z bezpieczeństwem pracy powinno być powszechnie przyjęte jako norma w zakładzie pracy. Pracodawca powinien zadbać o odpowiednie szkolenie osób, które będą zajmować się nadzorem nad prewencją niezdolności do pracy i włączyć ich w zespół PPdP: nadzorujący (najlepiej rekrutowani wśród kierowników działów) powinni być elementem kluczowym zespołu PPdP z uwagi na ich bezpośredni kontakt z pracownikiem niezdolnym do pracy i zdolnością do szybkiego uruchomienia procedur PPdP. Osoby te powinny być szkolone w zachowaniach empatycznych i pozytywnemu nastawianiu pracownika do programu PPdP. Priorytetem jest wczesny kontakt pracodawcy z pracownikiem odsuniętym od pracy z powodu wypadku bądź choroby. Tworzenie więzi pracodawcy z pracownikiem i lepsze utożsamianie się pracownika z miejscem pracy mają niebagatelne znaczenie w uzyskaniu wysokiej skuteczności programu powrotu i satysfakcji obu stron. Zgodnie z wypracowanymi procedurami pierwszy kontakt z pracownikiem powinien nastąpić w przeciągu 1-2 tygodni od początku zwolnienia. Podejmowanie kontaktu z pracownikiem jest wyrazem troski o zdrowie pracownika, a zainteresowanie pracodawcy nie może zostać odebrane jako jedynie dbałość o sprawy finansowe firmy. Pracodawca powinien wyznaczyć osobę, która będzie odpowiedzialna za koordynację całości programu PPdP: osoba koordynująca ma za zadanie pośredniczyć w komunikacji pomiędzy poszczególnymi działami programu PPdP. Osoba ta także powinna pokierować pracownikiem w kontaktach ze służbą zdrowia. Koordynator odpowiedzialny jest za szkolenie osób nadzorujących oraz za przygotowanie zakresu ich obowiązków, które powinny być dostosowywane na bieżąco do aktualnych potrzeb,

⁵² Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera w Łodzi; www.programyzdrowotne.pl

⁵³ Return to Work Program, New York State Workers' Compensation Board, www.wcb.ny.gov

w zależności od rodzaju wypadku bądź choroby pracownika, bądź jego aktualnego stanu zdrowia. Koordynator powinien określić na piśmie zadania i obowiązki poszczególnych osób oraz działów wchodzących w skład PPdP, by uniknąć krzyżowania kompetencji i dublowania zadań. Jeżeli wymaga tego przebieg choroby i wynik leczenia, pracodawca konsultując się z przedstawicielami służb medycznych, pod opieką których znajduje się chory pracownik, weryfikuje potrzeby i wymagania dotyczące przystosowania miejsca pracy. Informacje te powinny być dokumentowane. Dobrze przygotowany mechanizm wymiany informacji umożliwi dostarczanie lekarzowi skondensowanej wiedzy na temat charakteru pracy oraz opisu stanowiska pracy osoby przebywającej na zwolnieniu. Pracodawca powinien mieć możliwość zatrudnienia pracownika na stanowisku przejściowym: stanowisko przejściowe powinno uwzględniać aktualny stan zdrowia pracownika, ograniczenia związane z chorobą (ograniczenia wysiłku fizycznego, konieczność wprowadzenia dodatkowych przerw, skrócenie czasu pracy), ograniczenia natury medycznej (np.: objawy uboczne przyjmowanych leków). Jednocześnie nie powinno znacznie odbiegać od poprzedniego, tzn. wymagać dodatkowych intensywnych szkoleń czy konieczności zdobycia nowych skomplikowanych umiejętności. Należy także stworzyć procedury, które uruchamiane będą w przypadku braku możliwości utworzenia stanowiska przejściowego. Należy upewnić się, że nowe warunki pracy są zgodne z obowiązującymi przepisami. Koordynator powinien upewnić się, że indywidualny PPdP nie narusza interesów innych pracowników oraz pracodawcy.

Wyzwania dla pracodawców i pracowników dotyczące powrotów do pracy i adaptacji pracowników w nowej dla nich sytuacji zawodowej jest więc dosyć istotnym, powszechnym, i do tej pory niedostrzeganym wyzwaniem dla wielu przedsiębiorców z terenu województwa lubelskiego. 43% badanych pracodawców miało w swojej załodze osobę, która powróciła do pracy po minimum 6 miesiącach nieobecności w pracy. Tego typu doświadczenia są udziałem całego spektrum pracodawców, bez względu na sekcję działalności gospodarczej oraz wielkość podmiotu. Nie dziwi więc fakt, że w zdecydowanej większości przedsiębiorcy wyrażają zapotrzebowanie na realizację specjalnych programów zorientowanych na ułatwienie pracownikowi (i pracodawcy) powrotu do pracy po dłuższej nieobecności spowodowanej stanem zdrowia. Pracodawca powinien się angażować (lub zostać zobowiązany do uczestnictwa) w programach powrotu do pracy, stąd część instrumentów wchodzących w jego skład skierowana będzie do osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie firmy i obniżających koszty prowadzonej działalności tj. wsparcie udzielane pracodawcy w adaptacji pracownika w powrocie do pracy oraz przystosowanie miejsca pracy. PPdP powinny też zakładać różne formy edukacji pracowników - programy edukacyjne w zakresie

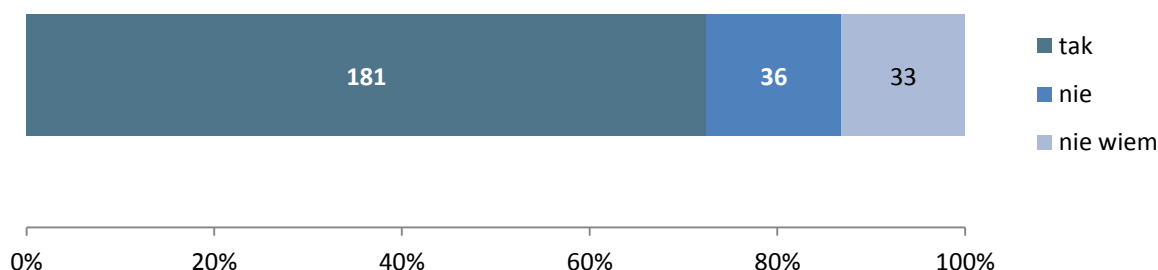
nowych sposobów realizacji zadań oraz szkolenia przekwalifikowania pracowników do wykonywania nowego zawodu. Istotnym uzupełnieniem PPdP mają być w opinii pracodawców działania o charakterze medycznym. Opierając się na rozwiązaniach zagranicznych wskazuje się, że priorytetem w ich realizacji jest wczesny kontakt pracodawcy z pracownikiem odsuniętym od pracy z powodu wypadku bądź choroby, a kluczowe znaczenie ma tworzenie więzi pracodawcy z pracownikiem oraz podejmowanie takich działań, które satysfakcjonować będą zarówno pracodawców, jak i pracowników.

7. OCENA POTRZEB W ODNIESIENIU DO TWORZENIA PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA SCHORZENIOM ISTOTNIE WPŁYWAJĄCYM NA DEZAKTYWIZACJĘ ZAWODOWĄ

7.1. Dezaktywizacja zawodowa pracowników w województwie lubelskim

Wczesna dezaktywizacja zawodowa dotyczy najczęściej osób w wieku niemobilnym czyli powyżej 45 roku życia. Warto przy tym podkreślić, że uczestniczący w badaniu pracownicy w zdecydowanej większości deklarują pracę do emerytury (72%), a pracownicy starsi (45 lat i więcej) mają lepiej ugruntowane opinie w tym zakresie, gdyż jedynie 6% z nich zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”, podczas gdy osoby młodsze ze względu na dosyć odległą perspektywę czasu istotnie statystycznie częściej nie potrafią określić, czy dopracują do emerytury (17%). Najprawdopodobniej z tych samych powodów mniejszy odsetek pracowników w wieku mobilnym deklaruje pracę do emerytury – 68%. W przypadku starszych pracowników postawę aktywności zawodowej do emerytury wskazuje 79% badanych.

Wykres 19 Deklaracje pracy do emerytury



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracowników $n=250$

Wczesna dezaktywizacja zawodowa dla gospodarki oznacza potrzebę wyasygnowania dodatkowych środków na utrzymanie emerytów wieku produkcyjnego, utratę ich potencjału, obniżenie wpływów do systemu ubezpieczeń społecznych. Dalszymi konsekwencjami jest

spadek popytu na dobra i usługi, co oznacza pogarszającą się kondycję wytwarzających je firm i zahamowanie dynamiki tworzenia miejsc pracy.

Badania pokazują, że w Polsce wciąż dominują stereotypy o nieprzystosowaniu pokolenia „obciążonego socjalizmem” do wymogów rynku pracy. Mimo że niejednokrotnie pracodawcy deklarują, że wiek pracownika jest dla nich nieistotny, ponad połowa z nich (52%) mając możliwość selekcji młodszych i starszych pracowników o podobnych kwalifikacjach i oczekiwaniach płacowych, wybrałaby pracownika z pierwszej grupy. Starszych pracowników zatrudniłoby zaledwie 19% pracodawców, a jedynie 4% zadeklarowało zdecydowany wybór pracowników z tej grupy wiekowej.⁵⁴

Niechęć pracodawców do angażowania starzejącej się załogi jest tłumaczona obawami o pogorszenie pozycji rynkowej firmy. Dlatego firmy stosują różne metody mające odmłodzić załogę, poprzez tworzenie warunków dobrowolnego lub wymuszonego odchodzenia na emeryturę lub przedłużanie umów ze starszymi pracownikami przy jednoczesnym lepszym wynagradzaniu osób młodych. Sprzyja to powstawaniu sytuacji tzw. „błędnego koła” – pracodawca nie inwestuje w starszego pracownika, oczekując jego odejścia na emeryturę, starszy pracownik odsuwany od nowych zadań, rzadko szkolony, czując się niekompetentny i zagrożony ratuje się odejściem na emeryturę.⁵⁵ W sytuacji niestabilności zatrudnienia, braku perspektyw i zmieniających się przepisów emerytalnych dojrzały pracownicy skupiają się raczej na działaniach zmierzających do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego niż na aktywnym angażowaniu się w pracę. Jak wynika to z badań, głównym powodem dezaktywizacji pracowników są względy ekonomiczne – przechodzenie na emeryturę lub uzyskiwanie podobnego świadczenia oraz stan zdrowia oceniany przez tę grupę pracowników jako zły.^{56 57 58}

Wśród pozostałych czynników determinujących przechodzenie na emeryturę pracownicy wymieniają:

- nabycie odpowiednich uprawnień,
- niski poziom wykształcenia,
- korzystną relację emerytury do zarobków (szczególnie wśród osób nisko uposażonych),
- możliwość łączenia emerytury z pracą,

⁵⁴ Dojrzały pracownik na rynku pracy: Perspektywa rozwojowa i perspektywa pracowników służb społecznych (raport z badań), red. Ewa Rzechowska, Wydawnictwo Lubelskiej Szkoły Biznesu

⁵⁵ Ibidem

⁵⁶ Ibidem

⁵⁷ Determinanty aktywności zawodowej ludzi starszych, red. Zenon Wiśniewski, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom organizatora”, Toruń 2009

⁵⁸ Dezaktywizacja osób w wieku około emerytalnym, Raport z badań, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008

- nacisk wymagań i zagrożeń płynących ze środowiska zawodowego, konkurencja ze strony młodszych pracowników, nowe technologie),
- zmniejszenie ryzyka całkowitej utraty (choćby przejściowej) dochodów, co występuje szczególnie często w sytuacji zatrudnienia na czas określony albo w związku z niepewną kondycją pracodawców,
- możliwość sprawowania opieki nad członkami rodziny.^{59 60}

Ponadto wśród czynników sprzyjających dezaktywizacji dojrzały pracownicy wymieniają:

- fizyczne i psychiczne obciążenia pracą,
- kwalifikacje niedostosowane do potrzeb rynku pracy, niechęć do ich uzupełniania i zmiany charakteru pracy,
- niestabilność umów o pracę, niestabilność sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstw
- stosowane instrumenty polityki rynku pracy,
- materialne i społeczne środowisko pracy, metody działania pracodawców i ich systemy wartości.⁶¹

O ile wśród przyczyn przechodzenia na emeryturę wymienia się korzystną relację wartości świadczenia do zarobków, to jednak w większości przypadków to nie jego wysokość ale właściwości decydują o przejściu na emeryturę lub podobne świadczenie. Są to świadczenia stabilne, przyznawane dożywotnio (emerytury) lub na dość długi okres czasu (renty). Mimo że są to dochody relatywnie niskie, dają zabezpieczenie ekonomiczne w przypadku dekoniunktury na rynku pracy. Ponadto osoby uzyskujące świadczenia emerytalne mogą pozostać aktywne zawodowo, o ile one same i pracodawca wyrażą taką chęć.

Przeciętnie mężczyźni, którzy pobierają emeryturę, mają 65, a kobiety 60 lat. Jednak na tę średnią składają się osoby, które pobierają emeryturę przed osiągnięciem wieku emerytalnego, jak i te, które przeszły na emeryturę w jakiś czas po przekroczeniu ustawowego wieku emerytalnego. Okazuje się, że 15% mężczyzn w wieku 55–59 lat pobiera emerytury, a wśród 60–64-latków aż ponad połowa – 54,8%. Wśród kobiet w wieku 50-54 lata na emeryturze jest 7,2%, a w wieku 55-60 lat 58,3%. Uwzględniając dodatkowo rencistów w grupie mężczyzn w wieku 60-64 lata rentę uzyskuje prawie 70%, w grupie kobiet w wieku 55-59 lat na rencie jest 68%.⁶²

⁵⁹Dojrzały pracownik na rynku pracy: perspektywa rozwojowa i perspektywa pracowników służb społecznych, pod redakcją E. Rzechowskiej, Lublin 2010

⁶⁰ Dezaktywizacja osób w wieku okołoemerytalnym, Raport z badań, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008

⁶¹ Determinanty aktywności zawodowej ludzi starszych, red. Zenon Wiśniewski, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom organizatora”, Toruń 2009

⁶² Ibidem

Z perspektywy pracodawców dezaktywizacja pracowników w wieku przedemerytalnym jest spowodowana takimi czynnikami jak:

- oczekiwanie, że wysokość emerytury będzie wyższa od dotychczasowych zarobków,
- problemy zdrowotne,
- u kobiet – opieka nad rodziną,
- u mężczyzn – potrzeba bezpieczeństwa, frustracja związana z utratą pracy, pozostawanie bez środków do życia, zmiany w prawie emerytalnym,
- wykorzystywanie możliwości wcześniejszej emerytury pracowników jako okazji do zwolnienia z pracy w sytuacjach kryzysowych.⁶³

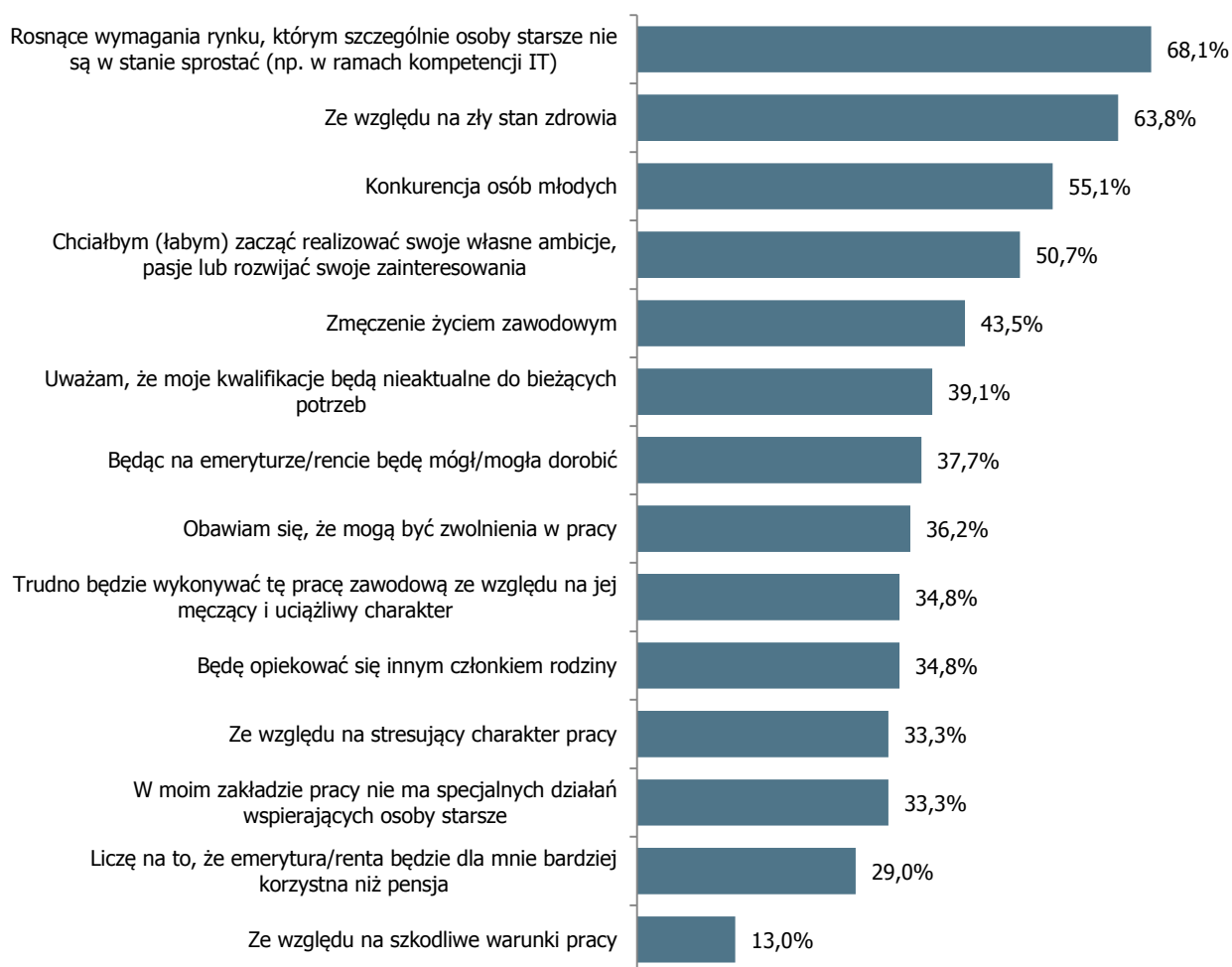
Jako najważniejszy i najczęściej wymieniany pozaekonomiczny powód dezaktywacji zawodowej pracownicy w wieku okołoemerytalnym wymieniają stan zdrowia. Wyniki badań przeprowadzone przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS) pokazują, że aż 88% wszystkich osób nieaktywnych zawodowo, w tym 51% emerytów, wskazało zły stan zdrowia jako najważniejszą przesłankę do porzucenia pracy. Ponadto praca była postrzegana jako uciążliwa, męcząca i powodująca zbyt duże obciążenia.⁶⁴

Również pracodawcy postrzegają zły stan zdrowia starszych pracowników jako obciążenie. Potwierdzeniem tego jest badanie przeprowadzone na wniosek Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce. Na tle przytoczonych badań ogólnopolskich zarysowuje się pewna specyfika województwa lubelskiego, w którym decyzje o opuszczeniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej powodowane są po części presją rynku, co uwidacznia się nie tylko w dostrzeganiu rosnących wymagań, ale także konkurencji osób młodych, których kariery zawodowe ograniczane są liczbą wolnych stanowisk pracy. Choć czynniki zdrowotne odgrywają istotną rolę w dezaktywizacji zawodowej, to wśród motywów wcześniejszego przejścia na emeryturę pojawiają się także osobiste ambicje i plany, zaś przyjmowanie roli „dziadków” nie jest tak powszechne, a czynniki o charakterze ekonomicznym aż tak istotne, jak wynika to z wcześniej przytoczonych badań.

⁶³ Dojrzały pracownik na rynku pracy: perspektywa rozwojowa i perspektywa pracowników służb społecznych, pod redakcją E. Rzechowskiej, Lublin 2010

⁶⁴ „Osoby po 45. roku życia na rynku pracy Lubelszczyzny” - projekt zrealizowany przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej

Wykres 20 Przyczyny dezaktywizacji zawodowej osób w wieku produkcyjnym



Źródło: Obliczenia własne, badanie pracowników n=69

Nie jest poznana dokładnie relacja między stanem zdrowia a aktywnością zawodową. Jednak można stwierdzić, że pracujący emeryci i renciści czują się lepiej niż osoby nieaktywne w tym wieku. A zatem w równym stopniu można przyjąć, że brak aktywności zaniża samopoczucie emerytów, jak i to, że choroby przyczyniają się do ich dezaktywizacji. Dlatego ważna jest analiza zdrowia psychicznego pracowników w wieku okołoemerytalnym. Specjaliści podkreślają, że osoby starsze często cierpią z powodu stresu w pracy. Coraz większy udział nowoczesnych technologii w pracy zawodowej, konieczność rywalizowania z młodszymi pracownikami oraz fakt, że pracodawcy chętniej inwestują w młodszych pracowników, wywołują u osób w wieku niemobilnym poczucie niższości. W efekcie nabywają przeświadczenia, że w sytuacji utraty bieżącej pracy znalezienie nowej będzie niemożliwe.

Dlatego osoby w wieku okołoemerytalnym skłaniają się do opuszczenia rynku pracy przy pierwszym sygnale kłopotów firmy lub sektora.⁶⁵

W tym kontekście istotnym elementem zarządzania kapitałem ludzkim przedsiębiorstwa mogą być przeglądy stanu zdrowia populacji zbliżającej się do wieku emerytalnego i prowadzenie skutecznych działań zapobiegawczych, przeciwstawiających się degradacji zdrowotnej starszej populacji w ramach przemyślanych programów lub strategii zarządzania wiekiem w organizacji. Ponadto do przyczyn dezaktywacji zawodowej należy także wypalenie zawodowe. Dotyczy to np. nauczycieli i służb mundurowych, ale także zawodów, które wiążą się z intensywnymi kontaktami interpersonalnymi⁶⁶. Jedną z najistotniejszych, pozaekonomicznych przesłanek dezaktywacji zawodowej jest wchodzenie w nowe role opiekuńcze, co dotyczy szczególnie kobiet, które zajmują się opieką i wychowaniem wnuków. Badania pokazują, że kobiety częściej niż mężczyźni rezygnują z zatrudnienia na rzecz obowiązków rodzinnych. Obecność w rodzinie dziecka w wieku od 0 do 3 lat istotnie wpływa na dezaktywację zawodową kobiet w wieku okołoemerytalnym.⁶⁷ Objęci badaniem pracownicy wskazują także na inny jakościowo aspekt dezaktywacji, związany z realizacją własnych ambicji i planów, często odkładanych do czasu przejścia na emeryturę. Takie postawy świadczą o zachodzącej w społeczeństwie istotnej zmianie oczekiwań, ale także i ról, które mają być realizowane przez osoby wchodzące w wiek emerytalny.

Analizując sytuację na rynku pracy osób w wieku niemobilnym warto też zwrócić uwagę na czynniki zachęcające do utrzymania aktywności zawodowej. W badaniu przeprowadzonym w województwie kujawsko-pomorskim pracownicy w wieku okołoemerytalnym wskazali czynniki, które można podzielić na trzy grupy.⁶⁸

Grupa czynników o charakterze dochodowym – duża utrata dochodów ze względu na dużą różnicę pomiędzy wysokością emerytury a obecnymi zarobkami (68% badanych osób), utrata niezależności materialnej (35%), utrata możliwości skorzystania ze spodziewanych podwyżek płac, nagród jubileuszowych (24%), utrata możliwości materialnego zabezpieczenia rodziny, która nie jest jeszcze wystarczająco samodzielna (22%), przepisy ograniczające możliwości zarobkowania (15%).

Ponadto w badaniu zauważono, że osoby z wyższym wykształceniem częściej podają czynniki dochodowe jako zniechęcające do przejścia na emeryturę. Grupa czynników o charakterze

⁶⁵ Ibidem

⁶⁶ Badanie FGI

⁶⁷ Dezaktywacja osób w wieku okołoemerytalnym, Raport z badań, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008

⁶⁸ Determinanty aktywności zawodowej ludzi starszych, red. Zenon Wiśniewski, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom organizatora”, Toruń 2009

społecznym – obawa przed staniem się nieużytecznym, zbędnym (32% badanych osób), utrata kontaktów koleżeńskich w pracy (22%), nuda (22%), utrata interesujących zajęć zawodowych, które sprawiają dużo przyjemności i rozwijają (13%), utrata szacunku i pozycji społecznej (13%), utrata szans na awans (10%). Wyniki badania pokazują dodatkowo, że czynniki te są częściej wymieniane przez mężczyzn oraz osoby pracujące. Kobiety, ze względu na zaangażowanie w obowiązki domowe, mniej obawiają się dezaktywacji zawodowej z wymienionych powodów.

Grupa czynników o charakterze rodzinnym – obawa przed tym, że rodzina będzie oczekiwała od respondenta, że zaopiekuje się chorym członkiem rodziny (6% badanych osób), obawa przed wyrażeniem wobec respondenta oczekiwania, że zajmie się prowadzeniem gospodarstwa domowego własnego lub innego członka rodziny mieszkającego samodzielnie (5%). Czynniki te nie odgrywają większej roli w niechęci do przechodzenia na emeryturę. Zauważono jednak, że były zdecydowanie częściej wymieniane przez kobiety niż przez mężczyzn. Mężczyźni nie mieli obaw o konieczność sprawowania opieki nad innymi osobami w rodzinie. Zasadnicze znaczenie dla dezaktywacji emerytalnej ma sam fakt nabycia uprawnień emerytalnych. Raport z badań MIPiPS wskazuje, że bardzo mało osób rezygnuje ze świadczeń emerytalnych posiadając do tego uprawnienia. A zatem wiek emerytalny i wymagany staż pracy są dla większości osób wystarczającą zachętą do dezaktywacji emerytalnej (ok.90%).⁶⁹ Mimo posiadania uprawnień emerytalnych nie przechodzą na emeryturę głównie osoby relatywnie dobrze zarabiające, często z grona pracujących na własny rachunek, oraz takie, których dochody wykazują tendencję wzrostową. W grupie osób nieprzechodzących na emeryturę są też ci, którzy pracują w warunkach uznawanych przez samych siebie za szkodliwe (praca uciążliwa, męcząca, wymagająca długich dojazdów do pracy), jednak mają wysoką motywację do podniesienia bieżących dochodów z pracy lub przyszłych świadczeń emerytalnych. Ze względu na niski poziom wykształcenia częściej dezaktywizują się osoby z niskimi kwalifikacjami. Wyższe kwalifikacje mogą być drogą do zatrzymania na rynku pracy przynajmniej części osób. Nie stwierdzono jednoznacznie, czy to praca sprzyja szkoleniom, czy też szkolenia sprzyjają utrzymaniu zatrudnienia. Należy jednak wnioskować, że podnoszenie kwalifikacji ogólnych i zawodowych zwiększa szanse na pracę i wyższe zarobki, co z kolei stymuluje dłuższą aktywność zawodową. Na kontynuowanie życia zawodowego niebagatelny wpływ ma także ocena własnego stanu zdrowia. Pracujący emeryci lepiej oceniają swój stan zdrowia niż niepracujący.

⁶⁹ Dezaktywizacja osób w wieku około emerytalnym, Raport z badań, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008

7.2. Modelowe programy profilaktyczne – doświadczenia europejskie

Za dobre praktyki w niwelowaniu zjawiska dezaktywizacji zawodowej w grupie wiekowej powyżej 50. roku życia uważa się podejmowanie skutecznych środków w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi. Przeprowadzone dotychczas badania potwierdzają, że w przypadku starszych pracowników motywatory finansowe są niewystarczające do pozostania w pracy. Dlatego pracodawcy powinni zadbać o różne zachęty do pozostawania w pracy, np. rozmowy motywujące, dostosowanie miejsca i organizacji pracy do potrzeb i możliwości pracowników, elastyczne formy zatrudnienia, szanse na dalszy rozwój i doksztalanie.

Zarządzanie wiekiem powinno być elementem strategii firmy i obejmować takie elementy jak rekrutacja osób starszych oraz jak najdłuższe zatrzymywanie ich poprzez dostosowanie warunków pracy do ich potrzeb. Starsi pracownicy mogą potrzebować więcej wolnego czasu czy wymagać lepszego zabezpieczenia przed np. nadmiernym wysiłkiem czy czynnikami szkodliwymi dla zdrowia.⁷⁰

Zaleca się także przeszkolenie kierowników i liderów w aspektach związanych z wiekiem, np. zdolności, możliwości, niebezpieczeństwa i ryzyko, możliwe rozwiązania, interwencje i ich niezamierzone efekty.⁷¹

Z zakresu działań obejmujących promocję zdrowia rekomenduje się rozpowszechnienie w firmach zwyczaju monitorowania stanu zdrowia starszych pracowników poprzez programy dobrowolnych badań lekarskich. Programy te powinny obejmować szerszy zakres badań, wykraczając poza standardy badań okresowych. Działania monitorujące stan zdrowia i samopoczucie pracowników przyczyniałyby się do wczesnego wykrywania problemów i zapobiegania ich rozwojowi, zanim staną się na tyle poważne, aby uniemożliwić dalszą aktywność zawodową. Zachętą dla pracodawców do przyjęcia takiego rozwiązania może być z jednej strony zwrot kosztów wprowadzenia tych praktyk np. w ramach subsydiowania etatów osób powyżej 50. roku życia przez urzędy pracy, z drugiej strony zalety posiadania zbilansowanego zespołu pracowników.⁷²

W celu zwiększenia zatrudnienia i utrzymania zatrudnienia osób po 50. roku życia rekomenduje się wdrażanie programów pomocowych. Najważniejsze rekomendacje w tym zakresie zostały przedstawione w opracowaniu „Dojrzały pracownik na rynku pracy:

⁷⁰ Dojrzały pracownik na rynku pracy: perspektywa rozwojowa i perspektywa pracowników służb społecznych, pod redakcją E. Rzechowskiej, Lublin 2010

⁷¹ „Osoby po 45. roku życia na rynku pracy Lubelszczyzny” - projekt zrealizowany przez Fundację Centrum Badań Opinii Społecznej

⁷² Ibidem

Perspektywa rozwojowa i perspektywa pracowników służb społecznych (raport z badań)", pod redakcją Ewy Rzechowskiej.⁷³

Rekomendacje związane ze zwiększeniem wskaźnika zatrudnienia w ramach działań podejmowanych na szczeblu wojewódzkim:

- poprawa warunków pracy; promocja zatrudnienia osób po 50. roku życia; zwiększanie kompetencji i kwalifikacji osób po 50. roku życia; aktywizacja osób bezrobotnych i zagrożonych utratą pracy po 50 roku życia oraz niepełnosprawnych; zwiększanie zatrudnienia kobiet przez rozwój usług pozwalających na godzenie życia rodzinnego; wydłużanie efektywnego wieku emerytalnego; popularyzowanie wśród pracodawców niedyskryminacyjnej polityki zatrudnieniowej,
- motywowanie kobiet, które przed laty zrezygnowały z zatrudnienia na rzecz pełnienia obowiązków domowych, do ponownego zatrudnienia oraz objęcie ich szkoleniami zawodowymi; przygotowanie propozycji dalszego rozwoju poprzez staże, samozatrudnienie, przygotowanie zawodowe u pracodawców; subsydiowane formy zatrudnienia.

Rekomendacje związane z utrzymaniem zatrudnienia pracowników, których kwalifikacje można dostosować do wymagań stawianych przez rynek pracy:

- zastosowanie nowoczesnych metod kształcenia ustawicznego z wykorzystaniem technologii informacyjnych,
- transfer wiedzy pomiędzy grupą młodych osób, za znajomością technologii informacyjnych a grupą osób starszych z szeroką wiedzą, ale bez tych umiejętności,
- szkolenia zwiększające zdolność do dostosowania się do zmian strukturalnych oraz podnoszące wartość na konkurencyjnym rynku pracy.

Powyższe zalecenia były już realizowane przez niektóre polskie i zagraniczne firmy:

WASCO SA – „Dojrzałość wykorzystuje wiedzę”

Firma teleinformatyczna zajmująca się projektowaniem i produkcją oprogramowania oraz realizacją kompleksowych usług w zakresie wdrażania, utrzymania i eksploatacji systemów informatycznych. Szkolenia e-learningowe były skierowane do osób powyżej 44. roku życia, zatrudnionych w przemyśle obronnym w województwach: śląskim, podkarpackim, świętokrzyskim. Szkolenia, poprzedzone działaniami zachęcającymi pracowników do pracy z komputerem, obejmowały takie zagadnienia jak: podstawy obsługi komputera; szkolenie informatyczne (zaawansowane); szkolenie językowe – j. angielski, niemiecki; zarządzanie

⁷³ Dojrzały pracownik na rynku pracy: perspektywa rozwojowa i perspektywa pracowników służb społecznych, pod redakcją E. Rzechowskiej, Lublin 2010

informacją, danymi i dokumentacją; usprawnienie, innowacje i jakość pracy na własnym stanowisku, obsługa wózków jezdnych; technologie spawania i cięcia termicznego; obsługa i programowanie maszyn sterowanych numerycznie; nadzór jakości wyrobu i pomiar; księgowość i finanse; mediacje i negocjacje; biznesowe prowadzenie własnej firmy; zarządzanie zespołem i pracą własną na stanowisku kierowniczym; rozwój zasobów ludzkich; szkolenia wewnętrzne i mentoring; samoocena i zarządzanie własną karierą; kobieta po 40tce na rynku pracy – szkolenie dla kobiet z zakresu specyficznych umiejętności w zakresie rozwoju własnej kariery.⁷⁴

OHL ZS Czechy – podejście holistyczne

Firma budowlana zatrudniająca około 1900 osób. Ze względu na brak wykwalifikowanych robotników (stolarzy, hydraulików itp.) na rynku pracy oraz starzenie się aktualnie zatrudnionej załogi zdecydowano się wdrożyć programy mające na celu zatrzymanie doświadczonych pracowników jak najdłużej.

Do podejmowanych działań należało:

- przyznanie dodatkowego tygodnia płatnego urlopu, co wraz z ustawowym wymiarem dało pięć tygodni rocznie,
- zaoferowanie personelowi różnych planów emerytalnych i ubezpieczeniowych,
- zaoferowanie kuponów żywieniowych, upominków rocznicowych, nieoprocentowanych pożyczek z funduszu socjalnego,
- organizowanie imprez rekreacyjnych,
- wprowadzanie w miarę możliwości elastycznych godzin pracy,
- przeprowadzanie regularnych badań lekarskich wśród robotników,
- prowadzenie profilaktyki nowotworowej wśród kadry kierowniczej,
- dofinansowywanie szczepień dla pracowników,
- prowadzenie szkoleń dla średniego i wyższego szczebla kadry technicznej i zarządzającej, niezależnie od wieku pracownika,
- szkolenie nowozatrudnionych pracowników przez starszych kolegów w firmie.

Korzyścią dla firmy z wprowadzonych działań było zmniejszenie liczby wypadków oraz absencji chorobowej. W efekcie zmniejszyła się ilość wypadków przy pracy i zwolnień chorobowych, a firma nie odczuwa problemów związanych z niedoborem siły roboczej. Wszystko to przełożyło się na wysoką produktywność oraz jakość pracy. Korzyścią dla

⁷⁴ Portfolio projektu „Dojrzałość wykorzystuje wiedzę”, www.equal.org, www.wasco.pl

pracowników była możliwość zastosowania elastycznego czasu pracy oraz poczucie bezpieczeństwa i stabilności zatrudnienia.⁷⁵

Centrum Techniki Okrętowej SA – szkolenia, rozwój kariery, elastyczne formy pracy

Gdańska firma zajmująca się projektowaniem statków i wyposażenia okrętowego, zatrudniająca starszych pracowników cenionych ze względu na ich kompetencje i doświadczenie. W związku z tym pracownikom po 50. roku życia oraz emerytom zleca się zadania wymagające specjalistycznej wiedzy i umiejętności.

Do realizowanych działań należy:

- utrzymywanie stałego kontaktu z byłymi pracownikami firmy, aby w razie potrzeby móc korzystać z ich pomocy,
- oferowanie możliwości powrotu do pracy po przejściu na emeryturę – podpisywanie umów na czas określony lub kontraktów zapewniających elastyczny czas pracy,
- powierzenia emerytowanym pracownikom funkcji wewnętrznych ekspertów i mentorów.

Korzyścią dla firmy jest dodatkowe źródło zasobów ludzkich oraz płynny transfer wiedzy i znaczące obniżenie kosztów szkolenia. Korzyścią dla nowozatrudnionych pracowników jest praca ze specjalistami. Tym samym firma zyskuje następców specjalistów, którzy mogą zastąpić osoby odchodzące na emeryturę.

Filter Service Zgierz – rekrutacja, szkolenia, ochrona zdrowia

Spółka "Filter Service" zajmuje się badaniami laboratoryjnymi i produkcją materiałów filtracyjnych oraz indywidualnych środków ochrony układu oddechowego. Zatrudnia około 200 osób, w tym 41% powyżej 45. roku życia. Promuje różnorodność oraz wspieranie osób narażonych na wykluczenie społeczne (niepełnosprawni, starsi). W procesie rekrutacji kryterium wieku nie jest brane pod uwagę. Stawia się na osoby wykwalifikowane, chętne do długotrwałej współpracy. Specyfiką branży jest duża innowacyjność i zmienność.

Do realizowanych działań należy:

- prowadzenie cyklicznych szkoleń mających na celu zapoznanie z nowymi technologiami i ich wdrażaniem w przedsiębiorstwie,
- zatrudnianie całych rodzin jako element dbałości o kulturę organizacyjną i atmosferę w zakładzie,

⁷⁵ „Osoby po 45. roku życia na rynku pracy Lubelszczyzny” - projekt zrealizowany przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej.

- zachęcanie emerytów do pozostawania w firmie i pełnienie funkcji mentorów i nauczycieli młodszych kolegów.

Korzyścią dla firmy jest transfer wiedzy i doświadczenia, co pozytywnie wpływa na wydajność oraz jakość produkcji i usług. Korzyścią dla pracowników jest korzystanie ze specjalnego programu opieki zdrowotnej. Wzrasta ich poczucie bezpieczeństwa wynikające ze stabilności zatrudnienia oraz zwiększa się satysfakcja i zaangażowanie w działania przedsiębiorstwa.⁷⁶

P.W. Kampol Legnica – podejście holistyczne

Firma działająca w województwie dolnośląskim, będąca liderem w branży piekarniczko-cukierniczej. Prawie 50% zatrudnionych to osoby powyżej 50. roku życia.

Do podejmowanych działań należą:

- współpraca działów kadr, BHP i doradcy zawodowego w ramach zarządzania wiekiem
- prowadzenie rekrutacji bez względu na wiek,
- prowadzenie przez doświadczonych pracowników 50+ praktyk i staży odbywanych przez młode osoby,
- prowadzenie programów mentoringowych,
- monitorowanie stanowisk pracy pod względem bezpieczeństwa oraz możliwości i wymagań pracowników, a w razie potrzeby dostosowywanie i adaptowanie zgodnie z zasadami ergonomii i BHP,
- prowadzenie działań z zakresu promocji i ochrony zdrowia – regularne badania i konsultacje lekarskie,
- prowadzenie systematycznych kontroli środowiska pracy,
- tworzenie i szkolenie zespołów pracowników zróżnicowanych wiekowo w celu poprawy komunikacji,
- zachęcanie osób 50+ do angażowania się w działalność społeczną zakładu (m.in. wolontariat w Przyzakładowym Kole Towarzystwa Przyjaciół Dzieci czy innych organizacjach pozarządowych).

Korzyścią dla firmy jest zapewnienie sobie i zatrzymanie w firmie wyspecjalizowanej, doświadczonej załogi. Mieszane wiekowo zespoły przekładają się na wysoką efektywność i jakość pracy, a w konsekwencji - wzrost konkurencyjności przedsiębiorstwa. Ponadto firma zyskała wizerunek organizacji odpowiedzialnej społecznie. Korzyścią dla pracowników jest zadowolenie z warunków pracy i możliwość rozwoju, co wpływa pozytywnie na motywację do pracy.⁷⁷

Banca Nazionale del Lavoro – kształcenie ustawiczne, partnerstwo społeczne

⁷⁶ Ibidem

⁷⁷ Ibidem

Włoski bank z siedzibą w Rzymie, zatrudniający 15 tys. osób w 900 oddziałach.

Do podejmowanych działań należało: kształcenie ustawiczne pracowników związane intensywnym rozwojem i zmianami w bankowości, wdrożenie strategii specjalnego systemu szkoleń dotyczącego specjalistycznych kompetencji w konkretnych dziedzinach, opracowanej w porozumieniu m.in. ze związkami zawodowymi. Szkolenia techniczne dla pracowników obejmowały zakres IT, zarządzanie zasobami ludzkimi, kredyty. Przeprowadzono także szkolenia podnoszące kompetencje kadry kierowniczej oraz szkolenia na potrzeby aktualnych działań i projektów. Zastosowano różne metody szkoleniowe: e-learning, blended learning (e-learning i tradycyjne zajęcia). Szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne. Zadaniem partnerów społecznych był monitoring i kontrola oraz w miarę konieczności interwencje i modyfikacja podejmowanych działań. Stwierdzono, że rozwój i edukacja pracowników podwyższają ich satysfakcję oraz motywację do pracy. Korzyścią dla pracodawcy było posiadanie lepszych specjalistów, o kwalifikacjach dopasowanych do potrzeb firmy, co z kolei przyczyniło się do wzrostu konkurencyjności na rynku.⁷⁸

Agency for Medical Innovations, Austria – elastyczne formy i czas pracy, promocja zdrowia

Austriacka firma zajmująca się technologiami medycznymi i ich sprzedażą. W 1995 roku 70% kadry było w wieku około 43 lat. Firma podjęła decyzję o wdrożeniu specjalnego programu o nazwie „Produktywne starzenie się”.

Do podejmowanych działań należało:

- zmiana harmonogramu pracy i obniżenie wymiaru godzin do 34 tygodniowo,
- zmniejszenie liczby nocnych dyżurów z 8 do 6,
- wprowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia,
- otwarcie na terenie zakładu centrum fitness dostępnego dla pracowników 24 godziny na dobę,
- przeprowadzenie szkoleń dla pracowników pracujących na nocnych zmianach w zakresie relaksacji i radzenia sobie ze stresem,
- organizacja specjalnych programów szkoleniowych połączonych z gimnastyką, oraz organizacja corocznego maratonu miejskiego,
- opracowanie menu stołówki przez dietetyka, z uwzględnieniem zapotrzebowania energetycznego pracowników fizycznych.

Efektom była poprawa zdrowia pracowników rzadziej korzystających z zwolnień lekarskich i wcześniejszych świadczeń emerytalnych, wzrost poziomu satysfakcji i obniżenie poziomu

⁷⁸ Ibidem

stresu, rzadsze uskarżanie się na problemy ze snem i nadmierne obciążenia po nocnych zmianach.⁷⁹

Choroby zawodowe nie są główną przyczyną dezaktywizacji i niezdolności do pracy, a wskaźniki zapadalności są niewielkie w porównaniu z chorobami będącymi przyczyną czasowej lub długotrwałej niezdolności do pracy oraz przyczyną zgonów. Jak wskazano wcześniej, do głównych przyczyn dezaktywizacji zawodowej o podłożu zdrowotnym należą choroby układu krążenia, choroby układu ruchu, zagrożenia psychospołeczne oraz choroby nowotworowe. Dlatego planowane programy zdrowotne powinny być nakierowane na zapobieganie tym chorobom. Biorąc pod uwagę, że główne czynniki ryzyka tych schorzeń wynikają ze stylu życia Polaków, programy profilaktyczne obejmować powinny działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. W realizację programów zdrowotnych należy angażować szeroki wachlarz instytucji, przede wszystkim „aktorów” życia lokalnego oraz lokalnych liderów (lokalne samorząd, organizacje pozarządowe). Ich realizacja powinna obejmować swoim zakresem różnego rodzaju środowiska (miejsca pracy, szkoły, uczelnie, media, itp.) oraz obejmować zróżnicowane grupy wiekowe, zwłaszcza w odniesieniu do kształtowania postaw związanych ze zdrowym stylem życia pod kątem profilaktyki chorób zawodowych i cywilizacyjnych.

W przeglądzie literatury można znaleźć programy zdrowotne adresowane zarówno do całej populacji jak i do wybranych grup, np. pracowników. Celem tych działań jest zapobieganie chorobom cywilizacyjnym poprzez promocję zdrowego stylu życia. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w Wielkiej Brytanii (brytyjski odpowiednik Agencji Oceny Technologii Medycznych) opracował ramy programów zdrowotnych nakierowanych na promocję zdrowia i profilaktykę chorób cywilizacyjnych, będących najczęstszą przyczyną absencji chorobowej, hospitalizacji oraz zgonów. Poniżej zaprezentowano najważniejsze elementy programów, dostępnych w języku angielskim na stronie internetowej www.nice.org.uk

Prewencja ryzykownego picia alkoholu i choroby alkoholowej⁸⁰

Różnorodne interwencje powinny mieć charakter działań nie tylko na poziomie indywidualnym ale też powinny być skierowane do całego społeczeństwa. Dzięki temu możliwa będzie redukcja ryzyka spożycia alkoholu i chorób alkoholowych w całym społeczeństwie. Takie działania mogą pomóc zarówno tym, którzy nie mają kontaktu z odpowiednimi instytucjami zajmującymi się prewencją tego typu problemów oraz tym,

⁷⁹ Ibidem

⁸⁰ Alcohol-use disorder: preventing harmful drinking, NICE public health guidance 24, June 2010

którzy powinni zmniejszyć spożycie alkoholu, poprzez budowanie środowiska przyjaznego do skorygowania złych nawyków.

Program zakłada liczne działania z zakresu polityki państwa, takie jak: ustalenie ceny na poziomie zapobiegającym nadmiernej konsumpcji, zmniejszenie punktów sprzedaży (zwłaszcza na obszarach szczególnie zagrożonych rozbojami, chorobami odalkoholowymi oraz zgonami), ograniczenie marketingu napojów alkoholowych, zwłaszcza wobec dzieci i młodzieży do 18 roku.

Najważniejsze rekomendacje dotyczące interwencji:

- zasoby do przeprowadzenia badań przesiewowych i krótkich porad – interwencje powinny być podejmowane we współpracy wojewódzkiego oddziału NFZ, samorządów terytorialnych i innych lokalnych autorytetów. NFZ i samorzady terytorialne powinny w swojej polityce uznać prewencję chorób alkoholowych jako „inwestycję w bezpieczeństwo”. Do przeprowadzenia badań przesiewowych powinny zostać opracowane kwestionariusze. Przeprowadzanie krótkich porad wymaga wyposażenia personelu w przewodnik ich udzielania, prezentacji, praktycznych wskazówek, jak zredukować spożycie alkoholu, plakatu edukacyjnego w poczekalni,
- wsparcie dzieci w wieku 10-17 lat – działania powinny dotyczyć rozmów z dziećmi na temat picia alkoholu (także z uwzględnieniem problemu w rodzinie), edukacji oraz przeprowadzenia odpowiednich interwencji w przypadku wykrycia zagrożenia,
- rozszerzenie zakresu krótkich porad dla młodych osób w wieku 16-17 lat – interwencje powinny dotyczyć szczególnie tych osób, które mają problemy z alkoholem oraz zdrowiem psychicznym,
- badania przesiewowe osób dorosłych – powinny obejmować poza problemami picia ryzykownego także osoby z istotnymi problemami nadciśnienia tętniczego, chorobami wątroby, czy przewodu pokarmowego, osoby z chorobami psychicznymi, zagrażające samym sobie, z traumami, a także osoby uzależnione od narkotyków,
- interwencje dla osób dorosłych – powinny być wieloetapowe i składać z krótkich porad (5-15 min.), a w razie konieczności należy wprowadzić kolejne porady o wydłużonym czasie ich trwania (20-30 min.).

Promocja aktywności fizycznej - chodzenia i jeżdżenia na rowerze jako form poruszania się i rekreacji ⁸¹

⁸¹ Walking and cycling: local measures to promote walking and cycling as form of travel or recreation, NICE public health guidance 41

Działania z tego zakresu powinny dotyczyć promocji poruszania się pieszo i jeżdżenia na rowerze jako form transportu i rekreacji, np. docierania do pracy, szkoły, sklepu oraz rekreacji mającej na celu np. poznawanie okolicy. Program zakłada oprócz używania tradycyjnych rowerów także wykorzystanie rowerów trzykołowych, napędzanych rękoma, foteli na kołach czy innych podobnych urządzeń. Program ma na celu:

- redukcję ryzyka chorób serca, udarów, raka, otyłości, cukrzycy typu 2; utrzymania układu kostno-mięśniowego w dobrej kondycji; promocję dobrego samopoczucia,
- zmniejszenie korzystania z samochodów, redukcję zanieczyszczeń powietrza oraz emisji dwutlenku węgla,
- redukcję hałasu i niebezpieczeństw na drodze,
- zapobieganie izolacji - zwiększenie liczby osób w każdym wieku, które wychodzą częściej z domów i mają więcej okazji do kontaktów z innymi osobami,
- danie okazji do poznawania środowiska i chętnego korzystania z ruchu na świeżym powietrzu.

Najważniejsze rekomendacje dotyczące interwencji:

- wsparcie sektora ochrony zdrowia – powinno obejmować współpracę przedstawicieli zdrowia publicznego, NFZ oraz lekarzy w celu przedstawienia uzasadnienia dla prowadzenia tego typu programu,
- ustalenie ram i zakresu programu – uwzględnienie wszystkich elementów, takich jak: cała populacja regionu (dzieci, dorośli, osoby starsze), bezpieczeństwo ludności, niepełnosprawność, edukacja, środowisko, parki, zdrowie i dobre samopoczucie, regeneracja i wzrost ekonomiczny, usługi dla ludności, wykorzystanie terenów w miastach i poza miastami, parków narodowych, lokalne partnerstwo, transport,
- rozwój programu – program powinien być realizowany przy współpracy międzysektorowej dla promocji chodzenia i jeżdżenia na rowerze w celu rekreacji i transportu; powinien obejmować potrzeby całej populacji; wskazane jest wprowadzenie promocji idei programu także w zakładach pracy i szkołach; powinien promować korzystanie ze ścieżek rowerowych i motywować ludzi do korzystania z nich,
- indywidualny plan podróżowania – zadaniem instytucji zajmujących się planowaniem infrastruktury (ścieżek rowerowych, chodników dla pieszych) byłoby przygotowanie map, przewodników i oznaczeń, i jeśli to konieczne, opracowanie nowych tras do wyboru przez osoby z nich korzystające,
- programy jazdy na rowerze – promocja jazdy na rowerze w celu rekreacji i transportu; przygotowanie dodatkowych zajęć i ćwiczeń z jazdy na rowerach

górkich, typu BMX i innych; organizacja dni wolnych od samochodów i „eventów” rowerowych; promocja korzyści zdrowotnych; zapewnienie miejsc parkingowych dla rowerów,

- program chodzenia – zachęcanie do chodzenia poprzez organizację „eventów”, wspólnych spacerów; promocję korzystania z różnych ścieżek, poznawania okolicy; wyznaczenia liderów chodzenia (np. wolontariuszy); połączenia infrastruktury do spacerowania z transportem publicznym; udostępnienie map i przewodników; promocja używania edometrów,
- interwencje w szkołach – nauka bezpiecznej jazdy na rowerze; wsparcie wyboru roweru lub drogi pieszej do szkoły; opracowanie dróg na trasie dom – szkoła – dom; promocja korzyści zdrowotnych; organizowanie eventów takich jak „chodzące autobusy”, „chodź raz w tygodniu”; edukacja rodziców,
- interwencje w zakładach pracy – przygotowanie strategii promocji chodzenia i jeżdżenia na rowerze w porozumieniu z pracownikami; współpraca z instytucjami odpowiedzialnymi za infrastrukturę w celu poprawienia lub utworzenia dróg do pracy dla pieszych i rowerzystów; promocja konkurencji np. z użyciem edometrów; oferowanie dofinansowania w zakupie rowerów; promocja korzyści zdrowotnych.

Prewencja nadwagi i otyłości⁸²

Problem nadwagi i otyłości jest kompleksowy. To ludzie sami decydują, czy chcą zmienić swój styl życia, czy podjąć leczenie. Ocena gotowości do zmian wpływa na decyzję dotyczącą kiedy i jak wdrożyć pożądane interwencje.

Przed wdrożeniem programu należy zbadać najczęściej pojawiające się bariery zmiany stylu życia, do których mogą należeć: brak wiedzy na temat kupowania zdrowej żywności i gotowania oraz na temat korzyści wynikających ze stosowania diety i ćwiczeń; koszty i dostępność zdrowej żywności; brak czasu; osobiste upodobania; poglądy członków rodziny i społeczności; niski poziom sprawności lub niepełnosprawność; niska samoocena i brak asertywności.

W realizacji programu powinni być zaangażowani: wojewódzki oddział NFZ, samorządy lokalne, organizacje pozarządowe, szkoły, zakłady pracy, podstawowa opieka zdrowotna, psychologowie, terapeuci, dietetycy.

Najważniejsze rekomendacje dotyczące interwencji:

⁸² Obesity – Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children, NICE clinical guideline 43

- interwencje skierowane do dorosłych - przygotowanie przez dietetyków strategii osiągnięcia prawidłowej wagi i utrzymania jej, opracowanie wskazówek dotyczących zdrowego odżywiania; wdrożenie programów utraty wagi z uwzględnieniem zdrowej diety, aktywności fizycznej, oczekiwaniem zrzucenia wagi nie więcej niż 0,5kg-1kg na tydzień,
- interwencje skierowane do rodziców – opracowanie przez dietetyków wskazówek dotyczących zdrowego odżywiania; a także monitorowanie czasu spędzanego przed telewizorem, komputerem; promocja aktywnego spędzania wolnego czasu (np. piłka nożna, pływanie, taniec); zachęcanie do bycia bardziej aktywnym,

Ponadto planowane interwencje powinny spełniać następujące warunki:

- być nakierowane na zwiększenie aktywności fizycznej, powinny skupić się na działaniach, które będzie można łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. chodzenie) i powinny być dostosowane do indywidualnych preferencji,
- zmierzać do przekonania osób z nadwagą i otyłych o ich zdolności do zmiany,
- edukacja powinna opierać się na poradach, dyskusji, dostarczaniu materiałów pisemnych, rozmowie telefonicznej lub kontakcie emailowym,
- modyfikacja diety powinna być wsparta przez ustalenie celów i być indywidualnie dopasowana, ważne jest również wsparcie rodziny,
- działania powinny być długoterminowe a nie jednorazowe.

Promocja zdrowia psychicznego w pracy⁸³

Dobre samopoczucie psychiczne jest stanem dynamicznym, w którym osoba może rozwijać swój potencjał, pracować twórczo i wydajnie oraz budować pozytywne relacje z ludźmi. Dobrostan psychiczny w pracy zależy od wzajemnego oddziaływania środowiska pracy, charakteru pracy i jednostki. Praca odgrywa ważną rolę w promowaniu dobrego samopoczucia psychicznego, może zapewnić poczucie spełnienia i możliwości interakcji społecznych. Z drugiej strony praca może mieć również negatywny wpływ na zdrowie psychiczne, zwłaszcza gdy w grę wchodzi stres definiowany jako niekorzystna reakcja na nadmierną presję. Mimo że presja może motywować pracowników i zachęcać do zwiększenia wydajności, to jednak nadmiernie wywierana może przekraczać możliwości pracownika radzenia sobie z napięciem.

Najważniejsze rekomendacje dotyczące interwencji:

- strategiczne i skoordynowane podejście do promocji zdrowia psychicznego w miejscu pracy – wymaga współpracy pracodawców małych, średnich i dużych

⁸³ Promoting mental wellbeing at work, NICE public health guidance 22

przedsiębiorstw; w zależności od wielkości przedsiębiorstwa powinni być zaangażowani właściciele firm, kierownicy, przedstawiciele human resources, sekcja BHP, medycyna pracy, związki zawodowe; opracowana strategia promocji zdrowia psychicznego powinna uwzględniać charakterystykę wykonywanej pracy, jej naturę i wysiłek fizyczny bądź umysłowy, zapobieganie stygmatyzacji osób przyznających się do problemów ze zdrowiem psychicznym,

- promocja zdrowia psychicznego – program powinien być dostosowany do wielkości przedsiębiorstwa i obejmować monitorowanie zdrowia psychicznego pracowników; uwzględniać wskazówki pracowników dotyczące reorganizacji miejsca pracy w celu zwiększenia komfortu psychicznego; obejmować warsztaty radzenia sobie ze stresem, ewentualnie pomoc lekarską,
- elastyczne formy pracy – o ile charakter pracy na to pozwala, należy zapewnić pracownikom możliwość elastycznego czasu pracy, odpowiednio do ich potrzeb i aspiracji w ich życiu zawodowym i osobistym; różne opcje czasu pracy obejmują pracę w niepełnym wymiarze godzin, pracę w domu, elastyczny czas pracy, dzielenie czasu pracy; menedżerowie powinni reagować na wnioski dotyczące czasu pracy i rzetelnie je rozpatrywać; należy zapewnić menedżerom szkolenia związane z zarządzaniem pracownikami z różnymi grafikami,
- rola głównych menedżerów – powinno się zapewnić specjalistyczne szkolenia dotyczące zdrowia psychicznego pracowników, mentoringu, coachingu, procesu rekrutacji, selekcji; ponadto powinno się promować pozytywne motywowanie pracowników i zapewnianie szkoleń pracowników niezbędnych do rozwijania ich wydajności i satysfakcji pracy; styl i praktyka zarządzania mogą pomóc w promowaniu dobrostanu psychicznego pracowników i zmniejszyć ich stres do minimum; menedżerowie powinni być w stanie zidentyfikować problemy emocjonalne pracowników i objawy zaburzeń psychicznych, i odpowiedzieć na nie, wykazując zrozumienie, a kiedy to jest niezbędne, szukać wsparcia w służbach medycyny pracy lub wykorzystywać inne źródła pomocy.

Program rzucenia palenia – interwencje w miejscu pracy⁸⁴

Pracodawcy mogą wspierać pracowników w rzuceniu palenia na różne sposoby, a interwencje powinny obejmować zarówno osoby chętne do zmiany, jak i te, które jeszcze takiej decyzji nie podjęły. Działania powinny być dopasowane do wielkości przedsiębiorstwa,

⁸⁴ Workplace interventions to promote smoking cessation, NICE rapid review

jak i do indywidualnych potrzeb pracowników, i obejmować zarówno zakaz palenia jak i kampanie edukacyjne, promocję zdrowia oraz wsparcie w rzuceniu palenia.

Najważniejsze rekomendacje dotyczące interwencji:

- wprowadzenie zakazu palenia – nowa polityka w zakresie palenia powinna być ogłoszona oficjalnie na 6 miesięcy przed jej wdrożeniem, a następnie powinna obejmować kampanię edukacyjną ze wskazaniem zagrożeń płynących z biernego palenia i korzyści z zaprzestania palenia; jako zachętę rzucenia palenia należy zaoferować pracownikom pomiar tlenu węgla w wydychanym powietrzu, pomiar poziomu cholesterolu oraz pomiar ciśnienia, a także terapię grupową i indywidualne porady dla osób zgłaszających się po pomoc,
- porady – uważa się, że porady indywidualne udzielane przez lekarzy, nawet krótkie, przynoszą korzyści; wydłużenie czy zwiększenie liczby porad zwiększa efektywność programu.⁸⁵

Aby programy zdrowotne były skuteczne, należy je realizować przez okres przynajmniej jednego roku, jednak rekomenduje się, aby prowadzone działania obejmowały okres wielu lat.

7.3. Działania podejmowane przez służby BHP w ramach programów zapobiegania dezaktywizacji zawodowej pracowników z przyczyn zdrowotnych

Realizacja zadań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w opinii ekspertów z tej dziedziny nie przynosi spodziewanych efektów.⁸⁶ Decydują o tym czynniki natury świadomościowej, ekonomicznej i prawnej. System zorientowany na ograniczanie zagrożeń wynikających ze stanowiska oraz rodzaju wykonywanej pracy oparty jest o odpowiedzialność pracodawcy, który w wielu przypadkach, co podkreślają eksperci biorący udział w FGI, sam jest nieświadomy zagrożeń występujących w miejscu pracy lub nie dostrzega negatywnego oddziaływania miejsca pracy na zdrowie pracowników. Zdrowie tych ostatnich nie jest dla pracodawców priorytetem, a często liczy się „tu i teraz” oraz doraźna korzyść ekonomiczna. Sami pracownicy również często nie są świadomi zagrożeń, nawet pomimo udziału w szkoleniach z tego zakresu, i podobnie jak pracodawcy często je bagatelizują. Szczególnie dotyczy to pracowników doświadczonych, którzy do wykonywania zadań podchodzą rutynowo. Drugą grupą szczególnie narażoną na ryzyko, które wynika z niewystarczającego

⁸⁵ Pełne opracowania powyższych przykładów, dostępne jest na stronie internetowej www.nice.org.uk. Materiały te zostały przygotowane z oparciem o przegląd piśmiennictwa, analizy ekonomiczne, opinie ekspertów oraz doświadczenia z realizacji podobnych działań.

⁸⁶ FGI

poziomu wiedzy na temat zagrożeń w miejscu pracy, są młodzi pracownicy, bez doświadczenia. Innym problemem są świadome działania pracodawców i pracowników, powodowane czynnikami ekonomicznymi tj. z jednej strony ukierunkowaniem na zysk / ograniczanie strat po stronie pracodawców, a z drugiej strony presją rynku pracy i jego charakterem, stawiającym pracowników w sytuacji, w której „nie ma ludzi niezastąpionych”, a wręcz na ich miejsce pracy, niemal w każdej chwili, oczekuje liczne grono kandydatów gotowych podjąć pracę pomimo występujących zagrożeń. W efekcie normy BHP są spełniane przede wszystkim „na papierze”.⁸⁷ Powszechną praktyką jest przenoszenie pełnej odpowiedzialności za realizację zadań BHP na zatrudnionych specjalistów, którzy nie dysponują właściwymi instrumentami umożliwiającymi inicjowanie i przeprowadzanie zmian w kierunku ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników. A dodatkowo *szkolenia BHP nie ma w zasadzie żadnej ochrony, pracodawca robi z nią co chce*.⁸⁸ Relacje pomiędzy pracodawcą a służbami BHP trafnie zilustrował także inny uczestnik wywiadu grupowego:

Pracodawca jest odpowiedzialny zgodnie z Kodeksem Pracy i Kodeksem Karnym za zabezpieczenie odpowiednich warunków dla pracownika. A pracodawcy, bo mamy tego przykłady, traktują BHP jako zło, które jest, ale jest na marginesie. Behapowiec to jest organ, to jest narzędzie tego pracodawcy, który, jeżeli pracodawca jest zaangażowany w tą służbę BHP i sprawy bezpieczeństwa, to ma bardzo dużą rolę. Jeżeli ten behapowiec, który jest w zakładzie pracy, on tylko robi to, co jest niezbędne albo reaguje wtedy, kiedy jest wypadek, to jest wypaczona cała hierarchia tej odpowiedzialności pracodawcy, np. pracodawca wydaje jakieś polecenia, no i pracownicy to realizują, ale żeby to wykonać zgodnie z przepisami BHP, to trzeba ponieść nakłady, a każdy pracodawca ucieka od pieniędzy i te nakłady są minimalne, jakoś to będzie, potem jak się coś dzieje, to jest skutek dalszy.

[FGI, KI]

W większości przypadków dominuje jednak podejście, w którym BHP wraz z jego służbami jest spychane na margines. Brak jest współpracy, zrozumienia potrzeb, a także dobrej woli pracodawców. Nie sprzyjają temu także przepisy prawa, szczególnie w odniesieniu do sposobu organizacji pracy „behapowców” w małych zakładach pracy, w których pracownicy są szczególnie narażeni na powyżej podane czynniki, a także w odniesieniu do norm zatrudniania specjalistów bhp w przeliczeniu na liczbę zatrudnionych pracowników. Tym bardziej, że na specjalistów z dziedziny BHP nakłada się coraz więcej obowiązków wynikających z przestrzegania przepisów ochrony przeciwpożarowej lub związanych z ochroną środowiska. Nakłady na BHP, bez względu na to, czy chodzi o przedsiębiorstwo publiczne czy prywatne, to „walka z pracodawcą o każdy grosz”.

⁸⁷ FGI, MS

⁸⁸ FGI, TR

My jako służba BHP cały czas monitorujemy, piszemy, prosimy, że trzeba zrobić to, to i to, a robi się dopiero wtedy, kiedy jest nóż na gardle.

[FGI, MS]

Wykres 21 Sposób angażowania służb BHP w realizację programów profilaktycznych w opiniach lekarzy medycyny pracy (MP) i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)



Źródło: Obliczenia własne, badanie lekarzy POZ n=74, badanie lekarzy MP n=46

Uczestniczący w badaniu jakościowym eksperci i specjaliści z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy nie dostrzegają możliwości ich udziału w programach profilaktyki zdrowia w zakresie szerszym niż wynika to z obecnych uregulowań prawnych. Powinny natomiast w bardziej aktywny sposób uczestniczyć w weryfikacji spełnienia norm stanowiskowych, przy założeniu ścisłej współpracy z kadrą zarządzającą pracodawcy. Opinie te pokrywają się z zaprezentowanymi na wykresie 21 opiniami służb medycznych na ten temat. Zatrudnieni w przedsiębiorstwach „behapowcy” powinni przede wszystkim weryfikować faktyczne zagrożenia w miejscu pracy. Mogą w oparciu o wewnętrzne przepisy i regulaminy kontrolować zachowanie pracowników na stanowisku pracy, a kadra zarządzająca, wykorzystując tę wiedzę, może uruchamiać różnego rodzaju instrumenty (w tym sankcje) za nieprzestrzeganie przepisów i norm pracy. Głównym wyzwaniem związanym z ograniczeniem zagrożeń zdrowotnych pojawiających się w środowisku pracy, jest właściwe wykonywanie zadań z tego zakresu przez służby BHP wynikających z obecnie obowiązujących przepisów. Za wyjątkiem sposobu funkcjonowania samych służb (np. niskiego poziomu wykształcenia, niewłaściwego podejścia do realizacji zadań w małych zakładach pracy) panuje przekonanie,

że są one wystarczające do zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy, jednak w wielu przypadkach są „martwym przepisem”. W tym zakresie specjaliści zajmujący się problematyką powinni w większym zakresie współpracować z Państwową Inspekcją Pracy oraz Państwową Inspekcją Sanitarną, być bardziej niezależni od pracodawcy. Wręcz dominuje przekonanie, że bez wsparcia tych dwóch podmiotów poprawna realizacja zadań z dziedziny BHP jest niemożliwa. W materiale zebrany w ramach wywiadów i ankiet z lekarzami medycyny pracy pojawiły się również propozycje ściślejszej współpracy specjalistów BHP z lekarzami medycyny pracy, zaproponowano także w tych wypowiedziach, by spełniali oni funkcje pośredników pomiędzy pracownikami i pracodawcą oraz pełnili funkcje doradcze i edukacyjne. Znamienne, że ponad połowa lekarzy nie ma pomysłu na funkcjonowanie służb medycyny pracy w programach profilaktyki zdrowia, a dodatkowe zadania tak naprawdę nawiązują do nakreślonego przepisami prawa obecnego zakresu zadań służb BHP. Przedstawiciele tych służb dostrzegają potrzebę udziału w programach profilaktyki zdrowia związanych z chorobami zawodowymi, jednak nie jest to już takie oczywiste w przypadku chorób o charakterze cywilizacyjnym, szczególnie w przypadku chorób związanych z niewłaściwym sposobem odżywiania lub brakiem aktywności fizycznej. Troska o stan zdrowia *zależy od samego pracownika*, a sami specjaliści zajmujący się tematyką BHP nie czują się uprawnieni do doradzania w tym zakresie, chociażby poprzez zalecenie konsultacji w poradni dietetycznej.⁸⁹ Jednym z instrumentów wskazywanych przez behapowców są informacje przekazywane w trakcie szkolenia wstępnego, dotyczące możliwości wystąpienia chorób cywilizacyjnych, bądź wpływu pracy na zwiększenie ryzyka zapadalności. Zwracano także uwagę na opracowywanie szczegółowych instrukcji stanowiskowych, również w przypadku stanowisk bazujących na pracy przy komputerze. Ryzyko związane z długotrwałą pracą przy komputerze może być także ograniczane przez różnego rodzaju rozwiązania techniczne. Dla przykładu w wyniku współpracy inspektora BHP z informatykami opracowano aplikację, która wymusza obowiązkowe 5-minutowe przerwy w pracy.⁹⁰

7.4. Działania podejmowane przez służby medycyny pracy w ramach programów zapobiegania dezaktywacji zawodowej pracowników z przyczyn zdrowotnych

⁸⁹ FGI, MS

⁹⁰ FGI, TR

Podana w poprzednich rozdziałach opracowania struktura instytucji, które powinny być zaangażowane w programy profilaktyki zdrowia w miejscu pracy, wskazuje trzech głównych interesariuszy wdrażania tych programów. Obok pracodawcy i służb BHP istotną rolę odgrywać powinny także służby medycyny pracy. W opiniach lekarzy powinny one skupiać się przede wszystkim na standardowych działaniach związanych z przeprowadzaniem badań medycznych. Jednak spory odsetek badanych wskazuje także na aktywność w zakresie identyfikacji czynników ryzyka zawodowego oraz monitorowanie stanu zdrowia pracowników pracujących w warunkach o podwyższonym ryzyku zawodowym. Aktywność służb medycyny pracy powinna być także w większym stopniu ukierunkowana na inicjatywy edukacyjne oraz przeprowadzanie analiz przyczyn zapadalności na choroby zawodowe. Warto przy tym dodać, że propozycje działań realizowanych przez lekarzy medycyny pracy praktycznie nie wychodzą poza obowiązujące przepisy prawne regulujące ich działania. Być może jest to przejawem postawy nastawionej na utrzymanie istniejącego status quo tych służb, ale też może wynikać z trafności i kompletności tych przepisów. Kwestia ta nie została zweryfikowana.

Służby medycyny pracy powinny być wsparciem dla menedżerów, właścicieli przedsiębiorstw prowadząc nie tylko działania zmierzające do identyfikacji zagrożeń w miejscu pracy, ale także poprzez analizy zachorowań pracowników, poszukiwanie przyczyn i bezpośredni kontakt z pracownikami w obszarze zarządzania zdrowiem pracowników. Ich działania w bardziej aktywny sposób mogą wspierać pracowników w identyfikacji zagrożeń zapadalności, szczególnie w przypadku chorób cywilizacyjnych. Zakłady pracy natomiast mogą i powinny bardziej aktywnie uczestniczyć w diagnozowaniu zagrożeń zdrowotnych pracowników, nie tylko w odniesieniu do chorób zawodowych. Badania wstępne, a także cykliczne, wymagane przepisami prawa badania profilaktyczne, mogą być dobrą okazją do wykonania szeregu innych badań finansowanych (bądź współfinansowanych) przez pracodawcę, zwłaszcza w zakresie chorób określonych wcześniej jako „parazawodowe”, dla których ryzyko wystąpienia związane jest ze sposobem wykonywania pracy.

Wykres 22 Zaangażowanie służb medycyny pracy w realizację programów profilaktyki zdrowia w opiniach lekarzy medycyny pracy (MP) i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)



Źródło: Obliczenia własne, badanie lekarzy POZ n=74, badanie lekarzy MP n=46

Tego typu rozwiązania mogą być także wprowadzane przez samych pracodawców podejmujących współpracę z podmiotami wykonującymi usługi medyczne w zakresie obowiązkowych badań profilaktycznych lub poprzez dodatkowe pakiety usług medycznych, jako pozapłacowe elementy systemu wynagradzania pracowników w zakładzie pracy. Istotny jest też wątek wyboru wykonawcy badań profilaktycznych pracowników (wstępnych, okresowych) przez pracodawców. W chwili obecnej kluczowe znaczenie ma cena, a nie jakość, co skutkuje pobieżnym potraktowaniem problemu. Niejednokrotnie taka sytuacja sprzyja zarówno pracodawcom, jak i pracownikom, którym nie zależy na ujawnianiu objawów chorób zawodowych. Wiąże się to także z przeciążeniem zasobów medycyny pracy, szczególnie w jednostkach, które potrafią skutecznie „sprzedawać” swoje usługi.

Lekarze medycyny pracy powinni być angażowani także w ramach programów powrotu do pracy. W szczególności na wczesnym etapie rehabilitacji zdrowotnej, co zostało trafnie zilustrowane wypowiedzią jednego z ekspertów:

To powinno być zadanie służb medycyny pracy. Takie służby medycyny pracy mamy, które powinny już wcześniej do niego przyjść, wiemy że będzie wracał, porozmawiać, dowiedzieć się, na jakie stanowisko chcesz wrócić, czy to jest możliwe w ogóle. A nie, że potem jednego dnia pojawia się pracownik i nie wiadomo co zrobić.

[Ekspert 2, IMW]

Służby medycyny pracy powinny także brać udział w przygotowaniu pracodawcy, kadry kierowniczej oraz najbliższego zespołu pracowniczego do różnego rodzaju sytuacji wynikających z ograniczeń w funkcjonowaniu pracowników powracających do pracy po długotrwałej chorobie. Także w kontekście przygotowania i sposobu wdrożenia instrumentów, które w najbardziej optymalny sposób będą wychodziły naprzeciw potrzebom i wyzwaniom powiązanim z przebyta jednostką chorobową.

Uczestniczący w badaniu pracownicy w zdecydowanej większości deklarują pracę do emerytury (72%), a pracownicy starsi (45 lat i więcej) mają lepiej ugruntowane i pewniejsze opinie w tym zakresie ze względu na bliższą perspektywę życia emerytalnego. Na tle badań ogólnopolskich zarysowuje się pewna specyfika województwa lubelskiego, w którym decyzje o opuszczeniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej powodowane są po części presją rynku, co uwidacznia się nie tylko w dostrzeganiu rosnących wymagań, ale także konkurencji osób młodych, których kariery zawodowe ograniczane są liczbą wolnych stanowisk pracy. Ponieważ czynniki zdrowotne są jedną z najczęściej wymienianych przyczyn dezaktywizacji zawodowej, ważnym działaniem, które może ograniczyć rezygnację z pracy w wieku około emerytalnym, są okresowe, cykliczne przeglądy stanu zdrowia, w tym również zdrowia psychicznego ze względu na stres, który częściej jest udziałem starszych pracowników. Warto także podkreślić, że wśród głównych motywów wcześniejszego przejścia na emeryturę pojawiają się osobiste ambicje i plany, a przyjmowanie roli „dziadków” nie jest tak powszechne, jak wynika to z podobnych badań o zasięgu krajowym. Ograniczanie przedwczesnej dezaktywizacji zawodowej pracowników starszych umożliwia aktywne zarządzanie wiekiem. Istotnym elementem systemu zarządzania powinno być także zdrowie pracowników, traktowane jako zasób, istotny element tworzenia wartości przedsiębiorstwa. Przykładami takich działań są dłuższe przerwy w pracy, inne – lepiej dopasowane do potrzeb osób starszych - środki ochrony indywidualnej, czy wreszcie programy monitorowania zdrowia pracowników i programy antystresowe. Tworzenie przyjaznych warunków pracy, dobrej atmosfery w miejscu pracy opierającej się na zrozumieniu wzajemnych potrzeb pracowników młodszych i starszych, umożliwi ograniczenie presji rynkowej i złego samopoczucia pracowników starszych, pozwalając z drugiej strony na skuteczną wymianę wiedzy i doświadczenia z pracownikami młodszymi.

Ograniczenie fizycznych zagrożeń w miejscu pracy, choć od lat stanowi przedmiot działalności służb bezpieczeństwa i higieny pracy, w dalszym ciągu jest wyzwaniem dla organizacji procesu pracy. Dzieje się tak przede wszystkim ze względu na bagatelizowanie zadań z tego zakresu przez pracodawców z udziałem specjalistów zajmujących się w zakładach pracy tym zagadnieniem, którzy w obliczu braku aktywności pracodawców nie widzą możliwości aktywnego działania w tym obszarze. Dominuje tu bowiem przerzucanie odpowiedzialności na „behapowców”, ograniczanie kosztów i podejmowanie inicjatyw przede wszystkim w obliczu występujących wypadków przy pracy czy kontroli warunków pracy. W opinii ekspertów z dziedziny BHP obowiązujące rozwiązania są wystarczające, wymagają jednak bezwzględного stosowania, co w znacznej liczbie zakładów pracy nie ma miejsca. W większym zakresie służby BHP powinny współpracować z PIP i PIS, a także w mniejszym stopniu być zależne od pracodawcy.

Wydaje się, że lekarze medycyny pracy powinni bardziej aktywnie wypełniać nałożone na nich zadania. Przede wszystkim poprzez stymulowanie pracownika do dbania o własne zdrowie, identyfikację potencjalnych zagrożeń dla zdrowia pracownika, współpracę z pracodawcą w obszarze programów ochrony zdrowia pracowników, ale także na bieżąco przeprowadzać analizy stanowisk pracy oraz edukować pracowników i kadrę zarządzającą w zakresie potencjalnych skutków omijania norm i standardów dotyczących zachowania pracowników w trakcie realizacji zadań zawodowych. Działania te powinny być ukierunkowane na uświadamianie zagrożeń zdrowotnych oraz korzyści z postaw i rozwiązań prozdrowotnych stosowanych w miejscu pracy.

8. OCENA POTRZEB REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH MINIMALIZUJĄCYCH ZDROWOTNE CZYNNIKI RYZYKA ZAWODOWEGO W MIEJSCU PRACY

Eksperci biorący udział w badaniach jakościowych zgodnie przyznają, że od postawy i woli pracodawcy w realizacji działań ograniczających negatywny wpływ środowiska pracy na zdrowie pracowników zależy skuteczność wdrażanych programów, a często nawet zaistnienie jakichkolwiek działań z obszaru promocji zdrowia i zdrowego stylu życia. Problemem w tym zakresie jest niski poziom świadomości pracodawców dot. wpływu zdrowia na efektywność i jakość produkcji dóbr i usług.

Nikt z pracodawców tak daleko nie sięga swoim wzrokiem. Dla niego jest ważne, że dzisiaj ma wszystko funkcjonować, być wszystko na „zicher”, a czy ten człowiek za ileś tam lat będzie miał takie albo inne dolegliwości, to jest dla niego zbyt odległe.

[FGI, SK]

Kadra zarządzająca powinna traktować zdrowie pracowników jako jeden z zasobów, wcale nie mniej ważny i zarządzany podobnie jak wyposażenie w środki produkcji. Realizowane programy powinny zatem uwzględniać oddziaływanie na świadomość pracodawców oraz wiedzę z zakresu zarządzania zdrowiem pracowników.⁹¹ Jest to zbieżne z opiniami samych pracodawców, którzy są zgodni co do potrzeby realizacji działań edukacyjnych zaznaczając, że powinna się ona odbywać zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim.

Specjaliści bezpieczeństwa i higieny pracy biorący udział w grupowym wywiadzie zogniskowanym za jedną z najskuteczniejszych metod oddziaływania na świadomość pracownika uznają instrumenty wizualizacji skutków ryzyka niewłaściwego postępowania, niestosowania norm BHP w pracy na danym stanowisku, poprzez np. rysunki, zdjęcia, filmy ukazujące organizm człowieka z rozwiniętym stanem chorobowym. Część z tych materiałów powinna być umieszczona na stanowisku pracy, by pracownik codziennie mógł uzmysławiać sobie wpływ stanowiska pracy i zaniedbań w prawidłowym realizowaniu zadań na stan jego zdrowia w przyszłości.

⁹¹ Ekspert 1, IMP

(...) na tych newralgicznych punktach mają ustawione ekrany telewizyjne z odpowiednimi filmami, że pracownik czekając gdzieś tam do windy jest od razu indoktrynowany z przepisami BHP

[FGI, FS]

Zwrócono także uwagę na edukację w zakresie bhp w trakcie przygotowania do wykonywania zawodu (system oświaty). Powinna być ona realizowana jako element szerszego zagadnienia edukacji prozdrowotnej już na wczesnym etapie kształcenia:

Brakuje takiej promocji zdrowia w szeroko pojętej skali, od szkoły podstawowej, gdzie powinno się takie wychowanie zdrowotne zmieścić w jakimś przedmiocie, to jest sprawa do dyskusji, wiadomo że tam różne grupy próbują forsować różną problematykę, która powinna znaleźć się już na tym etapie. Centralny Instytut Ochrony Pracy opracował taki program do wdrażania już w szkołach zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ale to się nie przebija przez Ministerstwo Edukacji Narodowej

[Ekspert 1, IMP]

Realizowane programy zdrowotne i profilaktyczne powinny zostać zaplanowane jako narzędzie z wystarczająco długim okresem trwania, przede wszystkim ze względu na oddziaływanie na świadomość społeczeństwa (pracodawców i pracowników). Dla przykładu przytoczyć można programy profilaktyki raka piersi czy szyjki macicy, które mają długoletnią tradycję, są realizowane nieprzerwanie i dzięki temu rozpoznawalne.⁹² Środki w ramach tych programów są wydatkowane w stu procentach, w stosunkowo krótkim czasie. Jednocześnie poziom uczestnictwa mieszkanek województwa lubelskiego w programach prewencyjnych wskazanych wcześniej nowotworów jest niezadowalający: w ramach programu raka szyjki macicy w 2013 r. w województwie lubelskim objęto zaledwie 22,9% populacji, natomiast badaniem mammograficznym objęto jedynie 42,7% populacji odbiorców programu profilaktyki raka piersi.⁹³ Dane te obrazują, jak bardzo skomplikowane jest skuteczne wdrożenie programu profilaktyki zdrowia, a także świadczą o tym, że przeznaczane na wymienione programy środki finansowe są niewystarczające w odniesieniu do potrzeb wynikających z liczebności populacji, do której są one skierowane. Należy przy tym podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia ponosi znaczne nakłady na upowszechnienie badań profilaktycznych w ramach kampanii medialnych i wysyłki zaproszeń. Uczestnictwo w programach profilaktyki zdrowia, podejmowanie systematycznych działań związanych z diagnozą stanu zdrowia pracowników wymagają ukształtowanych postaw prozdrowotnych.

⁹² Ekspert 5, UM

⁹³ Sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w 2013 r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014

Umożliwi to podjęcie działań edukacyjnych już od najmłodszych lat przedszkolnych⁹⁴ poprzez edukację w kierunku bezpieczeństwa i higieny pracy w szkołach przygotowujących do wykonywania zawodu. Panuje zgoda co do tego, że musi to być długofalowy proces, który nie przyniesie natychmiastowych, pożądanych skutków, a którego efekty obserwowane będą w perspektywie wielu lat oraz zmian pokoleniowych. Wydaje się, że należałoby także wydzielić programy o charakterze ogólnym – skierowane do ogółu społeczeństwa (w tym także do ogółu pracowników) od programów ukierunkowanych na specyficzne grupy pracowników lub raczej konkretne rodzaje schorzeń czy to o rodowodzie zawodowym, czy cywilizacyjnym. Te pierwsze powinny być źródłem motywacji do zdrowego trybu życia, nie tylko przez pryzmat aktywność sportowej, technik relaksacji i właściwego sposobu odżywiania, ale także z uwzględnieniem wzrostu świadomości zdrowia, wiedzy i umiejętności związanych z identyfikacją objawów chorób. Programy ukierunkowane na konkretne schorzenia wykorzystywać powinny całe spektrum narzędzi i instrumentów, przede wszystkim związanych ze wzrostem świadomości zagrożeń dla zdrowia pracowników (moduł informacyjny, promocyjny) oraz profilaktyką (moduł badań medycznych). Te dwa elementy są nieodzowne do poprawnego i skutecznego wdrożenia każdego programu⁹⁵.

W związku z tym te wszystkie programy w miejscu pracy nie powinny być adresowane tylko do pracowników i mówić im o chorobach zawodowych, o tych, które mogą się ujawnić w związku z ich pracą, ale powinny traktować szerzej o zdrowiu, mówić o możliwościach uchronienia się, prewencji przed nasilaniem się chorób cywilizacyjnych. Także te programy w miejscu pracy powinny, i lepiej by były wtedy przyjmowane przez pracodawców, być adresowane do zdrowia szerzej pojętego niż zdrowie zawodowe. Pracodawca wtedy, jak sądzę, chętniej w nich by partycypował, ponieważ miałby przeświadczenie, że one zbiją nieco absencję chorobową.

[Ekspert 1, IMP]

Dotarcie do wszystkich środowisk, zarówno do tych, które dotyczy to bezpośrednio, jak i nawet do dzieci. Dzieci bardzo dobrze potrafią zmotywować rodziców. Ale jednak żeby to uświadamianie było o potrzebie, że musimy to robić, żeby ludzie byli przekonani, że to im do czegoś służy.

[Ekspert 5, UM]

Skutecznie realizowane programy zawierać powinny także moduł diagnostyczny, najlepiej bazujący na rejestrze usług medycznych i jednostek chorobowych, dzięki któremu możliwe będzie precyzyjne określenie grupy docelowej populacji zagrożonej, nawet w małych środowiskach pracy. Ważny jest również podmiot inicjujący działania. Im bardziej oddolna jest inicjatywa, inicjowana i realizowana przez organizacje pracowników, pracodawców, organizacje pozarządowe, tym większe prawdopodobieństwo podejmowania dopasowanych

⁹⁴ Np. „Klub zdrowego przedszkolaka”, www.przedszkola.edu.pl

⁹⁵ Ekspert 1, IMP; Ekspert 5, UM

i odpowiadających lokalnym potrzebom działań. Angażowanie lokalnych liderów pojawia się w wypowiedziach niemal wszystkich ekspertów, którzy podają pozytywne przykłady oddziaływania lokalnych organizacji, a przede wszystkim Kościoła Katolickiego, jako sposób na skuteczne upowszechnianie wiedzy o profilaktyce chorób i prowadzonych badaniach. Istotne jest to przede wszystkim na obszarach wiejskich. Na poziomie zakładu pracy takim naturalnym „katalizatorem” inicjatyw prozdrowotnych powinny być związki zawodowe i przedstawicielstwa pracownicze, a także organizacje zrzeszające przedsiębiorców i pracodawców.⁹⁶ Autorytety, nie tylko w społeczności lokalnej, odgrywają ważną rolę w realizacji programów profilaktyki. W obszarze upowszechniania wiedzy i kształtowania postaw poprzez powszechne kampanie informacyjno-edukacyjne również należy angażować osoby życia publicznego, które mogą mieć istotny wpływ na zachowania społeczne⁹⁷. Przy czym ważne jest, by przekaz informacji był spójny ze stylem życia osób zaangażowanych w kampanie społeczne (np. w formie ambasadorów akcji, jako „twarze” kampanii itd.).

Eksperti zwracają także uwagę na rolę czynnika ekonomicznego jako motywatora pozytywnego i negatywnego. W pierwszej kolejności chodzi o budowanie postaw prozdrowotnych opartych o przekonanie, że osoba chora traci ekonomicznie, i to nie tylko w sposób doraźny (przez pomniejszenie wpływu środków pochodzących z wynagrodzenia), ale że choroba ma szersze skutki ekonomiczne w przyszłości, a profilaktyka jest tańszą opcją „inwestowania w zdrowie”. Z drugiej strony chodzi o takie rozwiązania, które w sposób bezpośredni wiązać się będą z sankcjami negatywnymi tj. stosowane w systemie ubezpieczeń zasady obowiązkowego wykonania określonych badań profilaktycznych pod rygorem utraty wypłaty odszkodowania. Jednocześnie realizowane badania nie muszą być całkowicie bezpłatne, gdyż może się to części społeczeństwa kojarzyć z czymś, co nie jest wysokiej jakości, czymś gorszym, niegodnym uwagi, stąd sugerowane są symboliczne opłaty, przy jednoczesnym powszechnym dostępie do instrumentów zawartych w programie (sprzętu, badań, spotkań, prelekcji, materiałów edukacyjnych i innych). Programy powinny być realizowane w sposób wolny od barier dostępu do instrumentów, które wykorzystują. „Czynnik regulujący”, jak to zostało nazwane przez jedną z osób uczestniczących w wywiadach indywidualnych, powinien być ustalany w zależności od grupy odbiorców. W zależności od środowiska jego charakter będzie się zmieniał, co wymaga dokonania każdorazowo diagnozy. Nie można tym samym wykluczyć jakiegoś sposobu gratyfikacji osób

⁹⁶ Ekspert 2, IMW

⁹⁷ Ekspert 3, kardiolog; Ekspert 5, UM

biorących udział w programie („regulator finansowy”)⁹⁸. Realizacja programów profilaktyki zdrowia powinna iść w parze z inwestycjami w infrastrukturę zdrowia ukierunkowanymi na pełną dostępność nie tylko do różnego rodzaju usług medycznych, ale także do miejsc aktywnego spędzania czasu i rozwoju sportowego.

Warto też zwrócić uwagę na to, że jakiegokolwiek badania, w których uczestniczy pracownik, obowiązkowe – profilaktyczne lub dobrowolne, są i będą źródłem stresu wzmacnianego przez presję rynku pracy i zagrożenie niekorzystnego ich wyniku. Będzie tak z pewnością do czasu poprawy relacji na linii pracodawca – pracownik, wzrostu poziomu kultury organizacyjnej i społecznej odpowiedzialności biznesu. W przeciwnym wypadku pracodawcy traktować będą problemy ze zdrowiem pracowników przez pryzmat ich nieobecności w pracy, a pracownicy wykorzystywać urlopy wypoczynkowe do obniżania absencji chorobowych i zatajać informacje w trakcie prowadzonego przez lekarzy medycyny pracy wywiadu z pracownikiem skierowanym na badania okresowe, jak to ma miejsce w chwili obecnej.⁹⁹

W Instytucie Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi w ostatnich latach opracowano kompleksowe programy zdrowotne dotyczące profilaktyki wybranych chorób zawodowych oraz cywilizacyjnych, do realizacji w miejscu pracy. Dotyczy to ochrony słuchu, chorób obwodowego układu nerwowego i układu ruchu, chorób układu krążenia, zagrożeń psychospołecznych, chorób skóry, chorób alergicznych oraz chorób zakaźnych.¹⁰⁰ Każdy z programów zawiera pakiet materiałów gotowych do wykorzystania przez realizatorów, np.: poradniki bhp, poradniki dla lekarzy, filmy, prezentacje, i inne opracowania oraz schematy programów, które mogą być wykorzystane przy tworzeniu programów dedykowanych odbiorcom w konkretnych miejscach pracy. Wypracowane rozwiązania powinny zostać szeroko wykorzystane w realizowanych programach operacyjnych, jako element wykorzystania dobrej praktyki. Ponadto przygotowanie i przeprowadzenie każdego programu profilaktyki powinno obejmować rekomendowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych elementy: nazwa programu, okres realizacji, autorzy, opis problemu zdrowotnego, cele i efekty, populacja (w tym potrzeby i preferencje grupy docelowej) interwencje, implementacja, ocena efektów programu, koszty i wykorzystanie zasobów, partnerzy, monitorowanie i ewaluacja, ocena całościowa.¹⁰¹

Realizowane programy zdrowotne i profilaktyczne powinny zostać zaplanowane jako narzędzie z wystarczająco długim okresem trwania, przede wszystkim ze względu na

⁹⁸ Ekspert 2, IMW.

⁹⁹ Ekspert 1, IMP; FGI.

¹⁰⁰ Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź, programydzrowotne.pl

¹⁰¹ www.aotm.gov.pl

potrzebę oddziaływanie na świadomość i postawy społeczeństwa. Bardzo dużo bowiem zależy od nastawienia odbiorców tych programów. Nawet w przypadku powszechnie znanych programów profilaktyki raka piersi czy szyjki macicy zgłaszalność do tych programów jest na niewysokim poziomie. Z drugiej strony środki finansowe przeznaczane na ich realizację są niewystarczające do pokrycia wydatków dla pełnej populacji ich odbiorców, a sprawna ich dystrybucja nie może być kryterium skuteczności. Sprawne i skuteczne programy powinny zawierać nie tylko moduł badań profilaktycznych, ale także zakładać środki dotarcia do szerokiego grona odbiorców programu, wydatki związane z uczestnictwem (np. zwrot kosztów dojazdu) oraz inne niezbędne koszty, w tym także związane z poszerzaniem sieci punktów, w których przeprowadzane mogą być diagnozy, gdyż bliskość miejsca przeprowadzenia badania dla uczestników programu może mieć kluczowe znaczenie. Należy dążyć do niwelowania wszelkich barier fizycznych i administracyjnych. Skuteczne programy poprzedzone są precyzyjną diagnozą, która będzie w pełni możliwa pod warunkiem wykorzystania rejestru usług medycznych i jednostek chorobowych.

9. GŁÓWNE WNIOSKI I REKOMENDACJE

Tabela rekomendacji badania ewaluacyjnego „Ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych”							
Lp.	Tytuł raportu	Wniosek	Rekomendacja	Adresat	Sposób wdrożenia	Termin	Klasyfikacja
1.	Ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych	Orzeczone choroby zawodowe nie stanowią istotnej przyczyny dezaktywacji zawodowej pracowników, ich udział w absencjach chorobowych i zgonach w województwie lubelskim jest marginalny. Jednocześnie dokonuje się zmiana w etiologii chorób zawodowych z przyczyn związanych z produkcją przemysłową i rolniczą (praca fizyczna) na choroby wynikające z realizacji zadań zawodowych za pomocą komputera (praca biurowa, siedząca), co przejawia się wzrostem zapadalności na choroby układu ruchu i choroby kręgosłupa oraz wynikające z obciążeń wybranych partii mięśni. Ryzyko wystąpienia choroby, która może mieć związek z wykonywaniem pracy dostrzega 34% pracowników i 33% pracodawców. Jednocześnie 47% pracowników uskarża się na objawy związane z występowaniem chorób cywilizacyjnych (str. 22, 26)	Programy profilaktyki zdrowia powinny skupiać się w znacznej mierze na chorobach zdefiniowanych w badaniu jako choroby cywilizacyjne (wynikające ze stylu życia, główne przyczyny zgonów, absencji chorobowych i hospitalizacji) oraz tych, które należą do głównych przyczyn dezaktywacji. Dotyczy to chorób układu kostno-stawowego, chorób układu krążenia oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie	Uruchomienie projektów lub konkursów skierowanych na realizację profilaktyki chorób cywilizacyjnych uznanych za najważniejsze w województwie, które zostały wskazane w rekomendacji	IV kwartał 2015 – do końca okresu programowania	Rekomend. operacyjna
2.	Ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących	Zapadalność na choroby zawodowe i „parazawodowe” nie wiąże się z płcią, rodzajem wykonywanej pracy czy zawodem, ale powiązane jest ze stanowiskiem pracy, wykorzystywaną technologią, sposobem organizacji pracy,	Realizacja programów profilaktycznych powinna uwzględniać szereg różnego rodzaju instrumentów o charakterze edukacyjnym, informacyjnym w celu upowszechnienia programu oraz	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie	Przy opracowaniu programów profilaktyki zdrowia należy kierować się wytycznymi opracowanymi przez	IV kwartał 2015 – do końca okresu programowania	Rekomend. operacyjna

	profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych	stosowaniem środków ochrony indywidualnej oraz podejściem kadry zarządzającej i właścicielskiej do kwestii bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym także budowania odpowiednich relacji na linii pracownik-kadra kierownicza-pracodawca, bardzo dobra atmosfera w pracy i wysokie kompetencje kadry zarządzającej w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi oraz wysoki poziom inteligencji emocjonalnej. Jednocześnie zdrowie powinno być traktowane w przedsiębiorstwie jak każdy inny zasób i tak samo powinno być zarządzane (str. 30, 52 - 54)	medycznym, a także ułatwiających wykonywanie badań, szczególnie na obszarach, które mają utrudniony dostęp do specjalistycznych badań (np. zwrot kosztów dojazdu na badanie, zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną).		Agencję Oceny Technologii Medycznych, a także wykorzystywać pozytywne doświadczenia krajowe (programy opracowane przez Instytut Medycyny Pracy im. Nofera) oraz zagraniczne dotyczące modelowych programów profilaktyki zdrowia. Uwzględnienie w opisie grup docelowych Priorytetu Inwestycyjnego szerokiego grona odbiorców działań o charakterze edukacyjnym	wania	
3.	Ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych	Czynnikiem wzmacniającym zapadalność na choroby zawodowe i cywilizacyjne związane z pracą jest stres, którego źródłem jest także sytuacja na rynku pracy, na którym warunki dyktuje pracodawca i nadpodaż pracy („rynek pracodawcy”). Obciążenie stresem zwiększa ryzyko przedwczesnej rezygnacji z aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym (str. 38 – 40, 45, 69)	W realizowanych programach profilaktyki zdrowia należy zwrócić szczególną uwagę na z zwiększenie świadomości pracodawców i kadry zarządzającej (jako jedno z działań projektowych) w odniesieniu do zdrowotnych skutków występowania czynników ryzyka, takich jak stres wywołany sytuacją na rynku pracy oraz relacjami na linii pracodawca/kadra zarządzająca - pracownik. Należy uruchomić specjalne programy profilaktyki	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie	Opracowanie i realizacja programów ograniczania stresu w miejscu pracy.	IV kwartał 2015 – do końca okresu programowania	Rekomend. operacyjna

			chorób związanych z występowaniem stresu w miejscu pracy.				
--	--	--	---	--	--	--	--

10. ZAŁĄCZNIKI

10.1. Bibliografia:

1. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne. Warszawa, marzec 2014r.
2. Narodowy Program Zdrowia. Załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.
3. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź, www.imp.lodz.pl
4. U.Wilczyńska, W. Sobala, N.Szeszenia-Dąbrowska, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2012r., Medycyna Pracy 2013;64(3)
5. U.Wilczyńska, N.Szeszenia-Dąbrowska, W.Szymczak, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2007r., Medycyna Pracy 2008;59(2)
6. U.Wilczyńska, N.Szeszenia-Dąbrowska, W.Szymczak, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2008r., Medycyna Pracy 2009;60(3)
7. U.Wilczyńska, N.Szeszenia-Dąbrowska, W.Sobala, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2009r., Medycyna Pracy 2010;61(4)
8. U.Wilczyńska, N.Szeszenia-Dąbrowska, W.Sobala, D. Drożdż, Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2010r., Medycyna Pracy 2011;62(4)
9. Analiza porównawcza dotycząca przyczyn chorób zawodowych mająca na celu określenie dynamiki zmian w tym zakresie wraz z określeniem rekomendacji dotyczących działań prewencyjnych, Pracownia Badań i Doradztwa „Re-Source” Korczyński Sarapata sp.j., na zamówienie Centrali Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych, Warszawa, wrzesień, 2012.
10. Absencja chorobowa w 2013 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2014
11. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod redakcją B.Wojtyniaka, P.Goryńskiego, B.Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012
12. Alcohol-use disorder: preventing harmful drinking, NICE public health guidance 24, June 2010
13. Walking and cycling: local measures to promote walking and cycling as form of travel or recreation, NICE public health guidance 41
14. Obesity – Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children, NICE clinical guideline 43
15. Promoting mental wellbeing at work, NICE public health guidance 22
16. Workplace interventions to promote smoking cessation, NICE rapid review
17. Physical activity and the environment (PH8). (reviewed in 2014)

18. Behaviour change: the principles for effective interventions (PH6). 2007 (reviewed in 2011)
19. Behaviour change: individual approaches (PH49). 2014
20. Brief interventions and referral for smoking cessation (PH1). 2006 (reviewed in 2013)
21. Physical activity: brief advice for adults in primary care (PH44). 2013
22. Promoting physical activity in the workplace (PH13). 2008 (reviewed in 2012)
23. Dojrzały pracownik na rynku pracy: Perspektywa rozwojowa i perspektywa pracowników służb społecznych (raport z badań), red. Ewa Rzechowska, Wydawnictwo Lubelskiej Szkoły Biznesu
24. Determinanty aktywności zawodowej ludzi starszych, red. Zenon Wiśniewski, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom organizatora”, Toruń 2009
25. Dezaktywizacja osób w wieku około emerytalnym, Raport z badań, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008
26. „Osoby po 45. roku życia na rynku pracy Lubelszczyzny” - projekt zrealizowany przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej
27. Portfolio projektu „Dojrzałość wykorzystuje wiedzę”, www.equal.org, www.wasco.pl
28. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź, programyzdrowotne.pl
29. Umowa Partnerstwa – dokument przyjęty przez Radę Ministrów 8 stycznia 2014 r.;
30. Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 (z perspektywą do 2030 r.), Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie, czerwiec 2013 r.;
31. Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 (lub jego projekt/założenia do niego w zależności od stanu przygotowań);
32. Przemiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa: konsekwencje dla lokalnych rynków pracy w Polsce, projekt Ministerstwa Rozwoju Regionalnego we współpracy z Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD);
33. Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego – projekt, Ruszkowski J., Ekspertyza finansowana ze środków projektu nr POPT.03.04.00-00-019/07 w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007-2013 wykonana na zlecenie Ministerstwem Rozwoju Regionalnego, Umowa: DKS/POPT/BDG–VII- 119/05/2010, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2010;
34. Krajowe strategiczne ramy polityki w obszarze ochrony zdrowia w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa czerwiec 2013 r.;
35. Sprawozdania z realizacji narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych - strony internetowe Sejmu:
<http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druki.xsp?view=2&WSK=Ministerstwo+Zdrowia>
36. Portal statystyczny ZUS (m.in. dane dotyczące absencji chorobowej, orzecznictwa lekarskiego, rehabilitacji leczniczej),

37. Strona internetowa NFZ (m.in. przegląd publikacji i raportów NFZ),
38. Strona internetowa Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (m.in. przegląd pod kątem informacji o działaniach związanych z profilaktyką i leczeniem chorób zawodowych i cywilizacyjnych, w tym zakładce „Aktualności”),
39. Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia (m.in. przegląd programów zdrowotnych MZ, przegląd raportów, analiz, opracowań związanych z tematyką chorób cywilizacyjnych i zawodowych),
40. WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Geneva, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, dostępne 9.05.2012)
41. WHO Europe, The European health report 2005: Public health action for healthier children and populations
42. Główny Urząd Statystyczny, www.stat.gov.pl
43. Agencja Oceny Technologii Medycznych, www.aotm.gov.pl
Return to Work Program, New York State Workers' Compensation Board,
www.wcb.ny.gov

10.2. Spis tabel

Tabela 1 Rozkład podmiotów biorących udział w badaniu wg sekcji PDK2007	14
Tabela 2 Struktura pracowników uczestniczących w badaniu ze względu na wielkie grupy zawodowe wg klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy	16
Tabela 3 Dynamika najczęściej występujących chorób zawodowych, w latach 2007-2013 ...	18
Tabela 4 Dynamika występowania przewlekłych chorób narządu głosu w latach 2007-2013 w kraju i w województwach	19
Tabela 5 Dynamika występowania pylic płuc w latach 2007 - 2013 w kraju i w województwach	20
Tabela 6 Absencja chorobowa kobiet i mężczyzn ogółem w 2013 r.	34
Tabela 7 Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18 – 64 lat	36
Tabela 8 Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18 – 64 lat.....	37
Tabela 9 Ryzyko wystąpienia chorób cywilizacyjnych wg opinii pracodawców (PD) oraz pracowników (PR)	39

10.3. Spis wykresów

Wykres 1 Poziom wykształcenia uczestników badania	15
Wykres 2 Wpływ chorób zawodowych na absencje chorobowe pracowników	22
Wykres 3 Ryzyko wystąpienia choroby zawodowej mężczyzn (górny wykres) i kobiet (dolny wykres) w związku z wykonywaną pracą	23
Wykres 4 Ryzyko wystąpienia choroby zawodowej w opinii pracowników	28
Wykres 5 Grupy zawodowe narażone na występowanie chorób zawodowych (wielkie grupy zawodów).....	31
Wykres 6 Wpływ absencji chorobowych na realizację celów i zadań w firmie	33
Wykres 7 Średnie ocen ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych w związku z wykonywaną pracą – porównanie opinii pracodawców i pracowników	42
Wykres 8 Zawody narażone na wystąpienie chorób cywilizacyjnych (wielkie grupy zawodów)	43
Wykres 9 Ocena czynników ograniczających negatywny wpływ pracy i miejsca pracy na zdrowie pracownika	46
Wykres 10 Opinie na temat potrzeb i sposobów realizacji edukacyjnych instrumentów programów profilaktycznych (%)	47
Wykres 11 Opinie na temat potrzeb i sposobów dotarcia do grup docelowych w ramach programów profilaktyki zdrowia (%)	48
Wykres 12 Opinie na temat potrzeb i sposobów realizacji instrumentów o charakterze zapobiegawczym i medycznym (%)	49
Wykres 13 Ocena skuteczności instrumentów programu profilaktyki zdrowia chorób zawodowych i cywilizacyjnych	50
Wykres 14 Struktura podmiotów w programach profilaktyki zdrowia w miejscu pracy	51
Wykres 15 Zatrudnienie pracowników, którzy powrócili do pracy po długotrwałej chorobie .	56
Wykres 16 Potrzeba realizacji programów powrotu do pracy przez pracodawców (górny wykres) i pracowników (dolny wykres)	57
Wykres 17 Proszę podać, na ile zgadza się Pan(i) ze stwierdzeniem, że pracodawca powinien być zaangażowany w realizację programu powrotu do pracy? (%).....	57
Wykres 18 Zakres programów powrotu do pracy wg pracowników (%)	61
Wykres 19 Deklaracje pracy do emerytury	65
Wykres 20 Przyczyny dezaktywizacji zawodowej osób w wieku produkcyjnym	69
Wykres 21 Sposób angażowania służb BHP w realizację programów profilaktycznych w opiniach lekarzy medycyny pracy (MP) i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)	86
Wykres 22 Zaangażowanie służb medycyny pracy w realizację programów profilaktyki zdrowia w opiniach lekarzy medycyny pracy (MP) i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ..	89

10.4. Wykaz chorób zawodowych

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. 2009 nr 105, poz. 869) do chorób zawodowych należą:

- zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne,
- gorączka metaliczna,
- pylice płuc,
- choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu,
- przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli
- astma oskrzelowa,
- zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych,
- ostre uogólnione reakcje alergiczne,
- byssinoza,
- beryloza,
- choroby płuc wywołane pyłem metali twardych,
- alergiczny nieżyt nosa,
- zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym,
- przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym,
- przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat,
- choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego,
- nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi,
- choroby skóry,
- przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy,
- przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy,
- obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo nerwowego spowodowany hałasem,
- zespół wibracyjny,
- choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego,
- choroby wywołane wysokimi albo niskimi temperaturami,
- choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi,
- choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.