

Andrzej Boczkowski

MEDYCYNĄ PRACY W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA PRACUJĄCYCH: EWOLUCJA KSZTAŁCENIA SPECJALISTYCZNEGO

OCCUPATIONAL MEDICINE WITHIN THE OCCUPATIONAL HEALTH SYSTEM: THE EVOLUTION OF SPECIALIST TRAINING

Pracownia Społecznych Problemów Zdrowia

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

STRESZCZENIE

Stopniowe przechodzenie od medycyny pracy pojmowanej jako wyodrębniona specjalność medyczna do wszechstronnej, wielodyscyplinarnej ochrony zdrowia pracujących jest procesem ewolucyjnym. Znajduje to odzwierciedlenie w dziedzinie kształcenia specjalistycznego, czego wyrazem są inicjatywy zmierzające do stworzenia nowego, wspólnego dla Unii Europejskiej programu kształcenia lekarzy medycyny pracy jako profesjonalistów ochrony zdrowia pracujących. W polskim systemie kształcenia lekarzy medycyny pracy taka ewolucja też się dokonuje. Modyfikacje trybu i programu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy medycyny pracy wprowadzone w latach 2000–2003 przybliżają nieco rozwiązania programowe obowiązujące w naszym kraju do tendencji i rozwiązań istniejących w bardziej zaawansowanych cywilizacyjnie krajach Unii Europejskiej. Dla wstępnej oceny stopnia tego przybliżenia warto przyjrzeć się podobieństwom i różnicom w tym względzie. W artykule podjęta została próba porównania roli, zadań i funkcji oraz zakresów wiedzy i umiejętności lekarza medycyny pracy w Polsce oraz lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi w Unii Europejskiej — tak jak ujęto te kwestie w odpowiednich programach kształcenia specjalizacyjnego. Med. Pr. 2007;58(5):457–466

Słowa kluczowe: medycyna pracy, ochrona zdrowia pracujących, kształcenie specjalistyczne

ABSTRACT

A gradual shift in focus from occupational medicine seen only as a separate and relatively narrow medical specialty to multidimensional and multidisciplinary occupational health system is an evolutionary process. This process has also been observed in the area of specialist training and reflected in initiatives aimed at creating a new training program for future occupational medicine physicians regarded as occupational health professionals, generally approved in the European Union (EU). In the Polish training system addressed to specialists in occupational medicine such an evolution has also occurred. In the years 2000–2003, the training process and program were modified moving our system a bit closer to the trends and solutions accepted in more advanced EU member states. To assess the distance still existing between individual countries, an attempt was made in this paper to compare the role, tasks and functions (also fields of knowledge and skills) of occupational physicians in Poland and in other EU countries as shown in the present Polish specialist training program and in the proposal of the European program elaborated few years ago. Med Pr 2007;58(5):457–466

Key words: occupational medicine, occupational health, specialist training

Adres autorów: ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: abocz@imp.lodz.pl

Nadesłano: 13.07.2007

Zatwierdzono: 23.08.2007

EWOLUCJA MEDYCYN PRACY JAKO DYSCYPLINY

W dwóch ważnych dokumentach odnoszących się do specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy znajdują się następujące definicje tej dyscypliny medycznej:

- „Medycyna pracy jest wielodyscyplinarną dziedziną zajmującą się ochroną zdrowia pracujących przed niekorzystnym wpływem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy lub związanych ze sposobem jej wykonywania” (1).

- „Medycyna pracy [occupational medicine] jest specjalnością medyczną. Lekarz medycyny pracy [occupational physician] jest jedną z profesji w ramach wielodyscyplinarnego zespołu zajmującego się ochroną zdrowia pracujących” (2).

Na pierwszy rzut oka dwa powyższe cytaty, stanowiące początkowe akapity dwóch programowych opracowań dotyczących wspomnianej w nich specjalności medycznej, uzupełniają się nawzajem. Ta komplementarność jest jednak w znacznej mierze pozorna. W pierwszym fragmencie, pochodzącym z polskiego programu specjalizacji w medycynie pracy, termin

* Praca wykonana w ramach tematu finansowanego ze środków statutowych IMP nr 8.1: „Użyteczność kompetencji nabywanych podczas kształcenia specjalizacyjnego w autoocenie lekarzy medycyny pracy”. Kierownik tematu: dr A. Boczkowski.



'wielodyscyplinarny' odnosi się wyłącznie do różnorodności wiedzy i umiejętności, jakie musi posiadać lekarz medycyny pracy. We drugim cytacie, pochodzącym z opracowania zawierającego propozycje programowe dotyczące kształcenia specjalistów medycyny pracy w krajach Unii Europejskiej, termin 'wielodyscyplinarny' odnosi się do zespołu, którego lekarz o takiej specjalności ma być członkiem (zresztą, jak píše się o tym później, najważniejszym — kierującym pracą zespołu). Różnica ta jest znamienna: sygnalizuje zasadniczą różnicę podejść do kształcenia lekarzy medycyny pracy w Polsce i w Unii Europejskiej. Różnica ta przejawia się jeszcze dobitniej, gdy porównuje się odpowiednie programy specjalizacyjne, o czym będzie mowa w dalszej części artykułu. W tym miejscu można jeszcze dodać, że owa różnica utrwalaona jest także w formalnych strukturach i nazewnictwie instytucjonalnym: w Polsce mamy do czynienia ze 'służbą medycyny pracy', działającą zresztą na bazie specjalnej ustawy do niej się odnoszącej (3), zaś w krajach UE mówi się najczęściej o 'służbie ochrony zdrowia pracujących' (occupational health services), gdzie medycyna pracy, jak to zostało wskazane wyżej, jest bardzo ważnym, a może nawet najważniejszym, ale tylko jednym z wielu elementów.

W ciągu kilku stuleci rozwoju gospodarczego, przemysłowego i naukowego profesja lekarza opiekującego się pracującymi stawała się coraz bardziej złożona i ogarniała coraz większe obszary funkcji i zadań, dała również początek różnym specjalizacjom pozamedycznym związanym z dziedzinami nauki bezpośrednio bądź pośrednio dotyczącymi zdrowia. Dzisiaj w najbardziej rozwiniętych cywilizacyjnie krajach upowszechnia się tendencja, aby w skład wielodyscyplinarnego zespołu, którego zadaniem jest promocja i ochrona zdrowia pracowników, oprócz lekarza wchodzili również inni specjaliści: higieniści, pielęgniarzki, toksykologowie i psychologowie. Praktyka medycyny pracy stymulowała także pojawienie się innych zawodów, takich jak inżynierowie bezpieczeństwa pracy (safety engineers) czy ergonomiści.

W krajach Unii Europejskiej lekarz sprawujący opiekę nad pracującymi coraz częściej funkcjonuje w ramach takiego wielodyscyplinarnego zespołu po to, by móc wypełniać swoją misję. Polega ona na: po pierwsze — wspomaganie pracodawcy w przestrzeganiu istniejących wymagań prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa oraz obowiązku opieki nad pracownikami, a po drugie — pomocy i doradzaniu społeczności pracujących, a także planowaniu i realizacji przedsięwzięć

służących ochronie ich zdrowia oraz zaspokojeniu potrzeb w zakresie promocji zdrowia.

Ochrona zdrowia pracujących — według definicji przyjętej w 1950 r. przez specjalny komitet powołany wspólnie przez Światową Organizację Zdrowia i Międzynarodowe Biuro Pracy (Joint WHO/ILO Committee on Occupational Health) — ma na celu „promocję i utrzymanie na najwyższym poziomie fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu pracowników wszystkich zawodów; zapobieganie ubytkom w zdrowiu pracowników spowodowanym warunkami ich pracy; ochronę pracowników w ich miejscu pracy przed zagrożeniami stwarzanymi przez czynniki niekorzystne dla zdrowia; umieszczanie i utrzymywanie pracownika w środowisku pracy dostosowanym do jego fizjologicznych i psychologicznych możliwości; podsumowując: dostosowanie pracy do człowieka oraz każdego człowieka do jego pracy” (4).

Na dwunastej sesji wspomnianego biura, która odbyła się w Genewie w 1995 r., powyższa definicja została uzupełniona o część stwierdzającą, że ochrona zdrowia nad pracującymi skupia się głównie na trzech różnych celach: „1. utrzymaniu i promocji zdrowia pracowników i ich zdolności do pracy; 2. poprawie środowiska pracy i samej pracy tak, aby sprzyjały bezpieczeństwu i zdrowiu; 3. rozwijaniu organizacji pracy i kultury pracy w kierunku wspierania zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy, a w ramach tego — również promowania pozytywnego klimatu społecznego i podejścia perswazyjnego, co może zwiększyć wydajność pracy. Pojęcie kultury pracy oznacza w tym kontekście refleksję nad podstawowymi systemami wartości przyjętymi w danym miejscu pracy. Tego rodzaju kultura odzwierciedla się w praktyce w systemach zarządzania, polityce personalnej, zasadach uczestnictwa, polityce szkoleniowej oraz zarządzaniu jakością w zakładzie pracy” (4).

Odpowiedzialność pracodawców za zdrowie i bezpieczeństwo pracowników w ich miejscu pracy jest określona w prawodawstwie i w dyrektywach Unii Europejskiej. W niektórych krajach wielodyscyplinarne zespoły zajmujące się ochroną zdrowia pracujących są już od jakiegoś czasu wymagane przez prawo (jest tak np. w Holandii i w Bułgarii).

W rezultacie rozszerzenia się pojęcia ochrony zdrowia pracujących poza znaczenie ściśle medyczne i włączenia w jego zakres promocji zdrowia w miejscu pracy zapoczątkowany został proces włączania do takich zespołów nowych specjalności dotyczących społecznego wymiaru zdrowia pracujących — determinowania



zdrowia przez style życia, konieczności aktywnego włączania się pracowników w zarządzanie zdrowiem itd.

Po II wojnie światowej służby medycyny pracy rozwijały się w całej Europie równolegle do krajowych systemów opieki zdrowotnej. Różnice między tymi systemami znalazły zaś swoje odzwierciedlenie w różnicowaniu struktury i finansowania opieki medycznej nad pracującymi. Wspólne dla wszystkich krajów było zaangażowanie lekarzy medycyny pracy w pogłębianie swojej wiedzy na temat szkodliwości i zagrożeń związanych z procesami pracy oraz dążenie do formułowania naukowo uzasadnionych diagnoz w odniesieniu do chorób poszczególnych pacjentów i ich grup. Do niedawna poszczególne uniwersytety europejskie bądź ich odpowiednie fakultety opracowywały niezależnie od siebie odrębne systemy przed- i podyplomowego kształcenia medycznego, w tym podyplomowego kształcenia w zakresie medycyny pracy. W początkach lat 90. pojawiła się idea oraz powszechne dążenie do powołania ogólnoeuropejskich instytucji w tym zakresie. Jako pierwsze utworzone zostało Europejskie Stowarzyszenie Szkół Medycyny Pracy (EASOM — European Association of Schools of Occupational Medicine), wkrótce potem Sekcja Medycyny Pracy Związku Europejskich Specjalności Medycznych (OMS — Occupational Medicine Section of the UEMS — Union of European Medical Specialities), a następnie Europejska Sieć Towarzystw Lekarzy sprawujących opiekę nad pracującymi (ENSOP — European Network of Societies of Occupational Physicians). Wszystkie te organizacje są obecnie zaangażowane w działalność mającą na celu rozwój tej profesji, we wszystkich też reprezentowane są odpowiednie polskie organizacje — towarzystwa naukowe i placówki kształcenia podyplomowego w dziedzinie medycyny pracy.

Choroby zawodowe i wypadki w pracy w krajach europejskich przedstawiane były w licznych opracowaniach dokumentujących straty przedsiębiorstw przemysłowych z tego tytułu, obniżanie się wskaźników stanu zdrowotnego ludności oraz obciążenia finansowe w sferze pomocy społecznej i zabezpieczenia socjalnego, a także ich negatywny wpływ na społeczeństwo i rodzinę. We wszystkich krajach Europy z powodu absencji chorobowej traci się miliony dni roboczych. Choroby i dolegliwości związane z pracą są przyczyną dużej części tej absencji. Wypadki w pracy, również śmiertelne, są jeszcze dość częste mimo istnienia przepisów i regulacji dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa.

Spora część niesprawności oraz absencji chorobowych (ciągłych i okresowych) związanych z chorobami powodowana jest nie tylko przez czynniki występujące

w środowisku pracy. Także inne — pozazawodowe — czynniki mogą przyczyniać się do pojawienia się bądź zaostrzenia choroby lub pogorszenia się ogólnego stanu zdrowia pracowników. Dlatego ochrona zdrowia pracujących postrzegana jest obecnie nie wyłącznie jako „zapobieganie urazom i chorobom związanym z pracą”, ale szerzej, jako „całkowita ochrona i promocja zdrowia pracowników”. W związku z tym współdziałanie pracownika, więcej — jego zaangażowane uczestnictwo w promowanie zdrowia, uważane jest za coraz ważniejszy pozytywny czynnik zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy.

Oczywiste jest znaczenie zarówno umiejętności klinicznych lekarza, a więc koncentrowania się na problemach zdrowotnych poszczególnych pracowników oraz obserwowania indywidualnej podatności na szkodliwość i zagrożenia, jak i jego umiejętności odpowiedniego planowania promocji zdrowia poszczególnych osób i ich grup. Lekarz opiekujący się pracującymi powinien posiadać wyjątkowo wszechstronne wykształcenie i doświadczenie kliniczne, aby móc wykorzystywać wiedzę także z zakresu innych specjalności czy obszarów wiedzy dla podtrzymania zdrowia poszczególnych pracowników i ich grup. Bez odpowiednio wykształconego lekarza wielodyscyplinarny zespół nie jest w stanie prawidłowo ukierunkować swojej misji i skoordynować swoich interwencji.

Lekarz opiekujący się pracującymi powinien rozpocząć swoją długotrwałą edukację, przyswajając sobie trudne i złożone umiejętności, w tym sztukę pozyskiwania od pacjenta jego osobistej historii oraz sztukę badania go z wyczuciem i w sposób ukierunkowany. Dobry lekarz uczy się interesować pacjentami jako ludźmi żyjącymi w określony sposób, posiadającymi określony styl życia, a więc jako ludźmi mającymi rodziny, określone obowiązki społeczne, mającymi takie, a nie inne tradycje, lęki, nadzieje i obawy. Dobrzy lekarze uczą się brać pod uwagę czynniki ekonomiczne i społeczne, warunki pracy i wypoczynku, warunki mieszkaniowe i wykształcenie, sposób ubierania się i odżywiania oraz osobiste zwyczaje ludzi. Każdy pracodawca, współpracując z dobrym lekarzem opiekującym się pracującymi, jest w stanie zrozumieć problemy zdrowotne zbiorowości swoich pracowników oraz zaplanować działania prowadzące do ich rozwiązania lub złagodzenia; potrafi także uwzględnić w tym planowaniu psychologiczne, zawodowe i społeczno-ekonomiczne środowisko, w jakim funkcjonują członkowie tej zbiorowości.

Obecnie te społeczne aspekty życia zbiorowości, zwłaszcza zbiorowości pracowniczych, są ściśle



związane w pracy lekarza z promocją zdrowia oraz z zapobieganiem chorobom. Zdrowie w znacznym stopniu zależy od odżywiania, warunków mieszkaniowych, higieny przemysłowej i osobistej, pozycji społeczno-ekonomicznej, bezpieczeństwa socjalnego, jak również, oczywiście, od systemu zdrowia publicznego, w tym podsystemu opieki medycznej.

Równocześnie regularnie wykonywany „obchód” lekarza opiekującego się pracującymi na jego „oddziale”, czyli w zakładzie pracy będącym pod jego opieką, pozwala mu zaznajomić się z procesami pracy i informuje o szkodliwościach i zagrożeniach, jakie procesy te niosą ze sobą, a także umożliwia mu określenie, jakich jeszcze informacji i jakiego współdziałania oczekiwałby od wielodyscyplinarnego zespołu swoich współpracowników.

Zespołowość działania na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy jest podkreślana od mniej więcej połowy lat 90. w jednym z najnowszych nurtów polityki zdrowotnej w odniesieniu do populacji pracujących stymulowanym przez odpowiednie agendy Światowej Organizacji Zdrowia. Ta koncepcja polityczno-zdrowotna funkcjonuje pod nazwą ‘dobrej praktyki w zarządzaniu zdrowiem, środowiskiem i bezpieczeństwem’ w zakładach pracy (Good Practice in Health, Environment and Safety Management — GPHEM). Jest to „wielodyscyplinarne podejście do promocji zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy oraz do minimalizowania szkodliwych oddziaływań środowiska. GPHEM podejmuje również kwestie wpływu miejsca pracy na warunki zdrowotne otoczenia, w tym zdrowotnego i środowiskowego oddziaływania produktów wytwarzanych w danym miejscu pracy, a także kwestie ochrony środowiska w ogóle. Integracja funkcji zarządzania zdrowiem, środowiskiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy z całością systemu zarządzania w danym zakładzie pracy powinna przynieść w rezultacie efektywne i skuteczne wdrożenie GPHEM. Powinno to być wynikiem zarówno ogólnokrajowej, jak i indywidualnej polityki poszczególnych zakładów pracy w obszarach ochrony i promocji zdrowia, nadzoru nad pracą, promocji właściwej kultury i organizacji pracy sprzyjającej bezpieczeństwu i zdrowiu oraz w dziedzinie zapewniania zdrowego i bezpiecznego środowiska — w miejscu pracy i w szerszym otoczeniu” (5).

Dobra praktyka w zarządzaniu zdrowiem, środowiskiem i bezpieczeństwem zakłada funkcjonowanie wielodyscyplinarnego zespołu profesjonalistów, w którym kluczowym elementem jest zespół zajmujący się ochroną zdrowia pracujących, kierowany przez odpowiednio wyspecjalizowanego lekarza. W jego skład, oprócz

lekarza, mogą wchodzić następujący specjaliści: pielęgniarka wyspecjalizowana w opiece zdrowotnej nad pracującymi, psycholog pracy, fizjoterapeuta, ergonomista, specjalista w zakresie higieny pracy, specjalista w dziedzinie bezpieczeństwa pracy, toksykolog, mikrobiolog, chemik i technik-informatyk. Każdy z tych specjalistów powinien przejść gruntowne szkolenie zawodowe oraz uzyskać doświadczenie z różnych dziedzin produkcji i usług — tak, aby jego kompetencje obejmowały możliwie najszerszy zakres wiedzy i umiejętności. Analityczne, naukowe i kliniczne umiejętności lekarza pomogą mu ustanowić w zespole najbardziej owocne interakcje oraz tak zaplanować spożytkowanie różnych ról zawodowych członków zespołu, aby w jego postaci zapewnić kierownictwu zakładu pracy potężne narzędzie ochrony zdrowia pracujących.

EWOLUCJA KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE MEDYCyny PRACY

Ewolucja to stopniowy rozwój i zmiana przebiegająca od form prostych, mniej skomplikowanych, do form bardziej złożonych lub doskonalszych. Można określić ją również jako ciągły postęp, osiąganie coraz wyższych faz rozwoju różnych dziedzin życia społecznego (6). Stopniowe przechodzenie od medycyny pracy pojmowanej jako kliniczno-higieniczna specjalność medyczna (lekarska) do wszechstronnej, wielodyscyplinarnej ochrony zdrowia pracujących jest właśnie tak zdefiniowanym procesem ewolucyjnym. Ta zmiana ogólnej perspektywy, dokonująca się w skali europejskiej, znajduje swoje odzwierciedlenie również w bardziej szczegółowej dziedzinie kształcenia specjalistycznego, czego wyrazem są podejmowane od jakiegoś czasu działania mające na celu stworzenie nowego, wspólnego dla Unii Europejskiej i wzorcowego dla innych krajów systemu kształcenia lekarzy — specjalistów w dziedzinie opieki zdrowotnej nad pracującymi.

W skali naszego kraju, a ściślej mówiąc polskiego systemu kształcenia specjalistów w dziedzinie medycyny pracy, taka ewolucja również się dokonuje. Obowiązujący do 1999 r. tryb i program podyplomowego kształcenia specjalizacyjnego lekarzy medycyny pracy uległ pewnej modyfikacji w 2000 r., a w 2003 r. został poddany kolejnej korekcie. Można powiedzieć ogólnie, że owe korekty i modyfikacje przybliżają nieco rozwiązania programowe obowiązujące w naszym kraju do tendencji i rozwiązań istniejących obecnie w Unii Europejskiej. Trudno w tym miejscu dokonywać wszechstronnej oceny stopnia tego przybliżenia i dystansu, jaki



pozostał nam jeszcze do pokonania, aby osiągnąć ten poziom ewolucyjny, jaki opieka zdrowotna nad pracującymi oraz kształcenie specjalistyczne w tej dziedzinie osiągnęły w najbardziej rozwiniętych krajach zachodniej Europy. Warto jednak przyjrzeć się choćby pobieżnie podobieństwom i różnicom w tym względzie. W tej części artykułu podjęta zostanie więc próba porównania roli, zadań i funkcji oraz zakresów wiedzy i umiejętności lekarza medycyny pracy w Polsce i lekarza opiekującego się pracującymi w Unii Europejskiej (occupational physician) — tak, jak ujęto te kwestie w odpowiednich programach kształcenia (1,2).

W „Programie specjalizacji w medycynie pracy” (rozdział 1. „Cele studiów specjalizacyjnych”) stwierdza się m.in., że „celem studiów specjalizacyjnych jest uzyskanie przez lekarza szczególnych kwalifikacji w dziedzinie medycyny pracy i nabycie kompetencji umożliwiających uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia pracujących poprzez realizację głównych zadań medycyny pracy” (1). Wyróżnia się 12 grup czy rodzajów takich kompetencji:

1. Analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy.
2. Dokonywanie oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy.
3. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu.
4. Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych i związanych z pracą.
5. Postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy.
6. Inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących.
7. Inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu.
8. Identyfikacja i ocena ryzyka zdrowotnego spowodowanego zagrożeniami występującymi w miejscu pracy.
9. Współdziałanie z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej.
10. Dobór metod monitoringu biologicznego.

11. Doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.

12. Analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego.

W opracowaniu będącym swoistym projektem środowiskowym europejskiego programu kształcenia specjalistycznego lekarzy opiekujących się pracującymi (2) wyróżnionych zostało 11 funkcji takiego lekarza, do których realizacji niezbędne są oczywiście określone kompetencje uzyskiwane w toku kształcenia. W projekcie programu „unijnego”, w odróżnieniu od polskiego, każda z tych funkcji czy grup kompetencji, wyróżnionych na poziomie ogólności podobnym, jak w zestawie polskim, opisana jest bardziej szczegółowo (jest podzielona na bardziej szczegółowe kompetencje). Tak więc zestaw „unijny” kompetencji merytorycznych lekarza opiekującego się pracującymi wygląda następująco:

1. Identyfikacja i ocena ryzyka spowodowanego zagrożeniami w miejscu pracy.
 - 1.1. Podejmowanie ocen środowiska pracy oraz doradzanie w kwestii metod jego kontroli.
 - 1.2. Diagnozowanie złego stanu zdrowia związanego z pracą.
 - 1.3. Organizowanie odpowiednich badań i analiz dla zdiagnozowania chorób zawodowych.
 - 1.4. Określanie zapotrzebowania na specjalistyczną ocenę środowiska pracy dokonywaną przez członków wielodyscyplinarnego zespołu (toksykologów, higienistów, ergonomistów, psychologów organizacji itd.).
 - 1.5. Organizowanie nadzoru zdrowotnego nad pracownikami narażonymi na czynniki szkodliwe występujące w miejscu pracy.
 - 1.6. Dobór metod monitoringu biologicznego według kryterium trafności w celu ochrony zdrowia pracowników narażonych na szkodliwość biologiczną, z należyтым uwzględnieniem czułości, specyficzności i wartości predykcyjnej stosowanych testów.
 - 1.7. Ocena systemów kontrolnych mających eliminować bądź zmniejszać narażenia.
 - 1.8. Dobór odpowiednich środków ochrony osobistej (w razie potrzeby — przy pomocy innych ekspertów).
 - 1.9. Doradzanie kierownictwu zakładu/ów pracy w kwestiach zaopatrzenia w środki pierwszej pomocy oraz ustanowienia procedur postępowania w sytuacjach krytycznych.



- 1.10. Doradzanie przy wprowadzaniu do procesu pracy nowych technologii oraz rozwiązań technicznych i organizacyjnych.
2. Uczestnictwo w procesie kształtowania polityki zdrowia i bezpieczeństwa opartej na solidnych podstawach etycznych.
 - 2.1. Doradzanie kierownictwu i przedstawicielom pracowników w kwestii etycznych aspektów decyzji dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa.
 - 2.2. Uświadamianie kierownictwu potrzeby kompleksowych konsultacji z przedstawicielami pracowników.
 - 2.3. Koordynowanie rozmów kierownictwa i przedstawicieli pracowników, prowadzących do uzgodnień w kwestiach zdrowia i bezpieczeństwa.
 - 2.4. Dbłość o pełne poinformowanie pracowników o przyjętych rozwiązaniach w sferze zdrowia i bezpieczeństwa i o ich prawach z tym związanych.
3. Ocenianie niezdolności i zdolności do pracy oraz promowanie przystosowania pracy do pracownika.
 - 3.1. Ocena ryzyka narażeń występujących w środowisku pracy oraz doradztwo w kwestii zapobiegania uszczerbkowi na zdrowiu.
 - 3.2. Ocena niezdolności i zdolności do pracy na określonych stanowiskach — wstępna oraz związana z wystąpieniem choroby bądź urazu związanego z wykonywaniem pracy.
 - 3.3. Ocena uszczerbku na zdrowiu, niesprawności i upośledzeń związanych z pracą.
 - 3.4. Kliniczne prowadzenie niesprawnych pracowników w procesie rehabilitacji.
 - 3.5. Stosowanie rozwiązań ergonomicznych w procesie rehabilitacji.
 - 3.6. Stosowanie w procesie rehabilitacyjnym zaleceń z zakresu psychologii organizacji — w przypadkach zaburzeń umysłowych związanych z pracą.
 - 3.7. Doradzanie pracownikom w kwestii absencji chorobowej.
 - 3.8. Poradnictwo dla pracowników z problemem alkoholowym i problemem narkotykowym.
 - 3.9. Doradzanie w kwestiach rehabilitacji i przesunięć na inne stanowiska.
4. Promowanie przystosowania pracy do pracownika w specjalnych okolicznościach (dotyczy kobiet ciężarnych i osób młodocianych).
5. Współpraca w dostarczaniu informacji oraz w przedsięwzięciach szkoleniowych i oświatowych (dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy) dla kierownictwa i szeregowych pracowników.
 - 5.1. Porozumiewanie się z ludźmi o różnym poziomie i rodzaju wykształcenia.
 - 5.2. Sporządzanie pisemnych raportów z możliwie największą precyzją (z wykorzystaniem danych liczbowych).
 - 5.3. Jasne i zrozumiałe prezentacje ustne dotyczące problemów z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.
 - 5.4. Uczestnictwo w organach decyzyjnych i doradczych zajmujących się problematyką zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.
 - 5.5. Uczestnictwo w analizowaniu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.
 - 5.6. Porozumiewanie się z przedstawicielami innych zawodów w celu odpowiedniego zorganizowania i przeprowadzenia szkoleń.
6. Powiększanie wiedzy naukowej o zagrożeniach dla zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy — poprzez badania i analizy problemów zdrowotnych związanych z pracą, zgodnie z zasadami etycznymi dotyczącymi pracy badawczej w ogóle i badań medycznych w szczególności (w razie potrzeby — z odwołaniem się do oceny niezależnej komisji etycznej).
 - 6.1. Przeprowadzanie badania naukowego zgodnie z powszechnie obowiązującymi regułami.
 - 6.2. Dokonywanie analiz problemowych w oparciu o istniejącą literaturę naukową oraz sporządzanie raportu na ich podstawie.
 - 6.3. Interpretowanie danych naukowych pochodzących z czasopism fachowych i z własnych badań.
 - 6.4. Planowanie prostych badań terenowych.
 - 6.5. Podejmowanie badań dotyczących rozpoznanych grup chorób występujących w zbiorowości pracowników.
 - 6.6. Analizowanie rutynowo gromadzonych danych, w tym danych o absencji chorobowej i wypadkach.
 - 6.7. Regularne składanie ustnych i pisemnych sprawozdań kierownictwu i pracownikom.
7. Uczestnictwo we wdrażaniu prawodawstwa dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy.
 - 7.1. Stosowanie w indywidualnych przypadkach przepisów prawnych oraz zasad etycznych związanych z opieką zdrowotną nad pracującymi.



- 7.2. Doradzanie kierownictwu w zakresie wdrażania przepisów prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy oraz ochrony środowiska.
 - 7.3. Doradzanie w zakresie zarządzania zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy.
 - 7.4. Doradzanie pracownikom i ich przedstawicielom w kwestiach dotyczących ich zobowiązaniach wynikających z przepisów prawnych dotyczących sfery zdrowia i bezpieczeństwa.
 - 7.5. Ocenianie zgodności decyzji w sferze zdrowia i bezpieczeństwa z nowymi przepisami prawnymi dotyczącymi tej sfery.
 8. Rozpoznawanie szkodliwych narażeń pochodzenia przemysłowego występujących w danym środowisku i doradzanie w związku z nimi.
 - 8.1. Wyodrębnianie spośród innych chorób i diagnozowanie chorób związanych z pracą i środowiskiem.
 - 8.2. Identyfikacja i ocena czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy, lub mogących pojawić się w rezultacie operacji czy procesów technologicznych; doradzanie w tych kwestiach.
 - 8.3. Rozpoznawanie szkodliwości występujących w szerszym środowisku pochodzących z innych źródeł, lub związanych z innymi niż praca rodzajami działalności; doradzanie w związku z tym.
 - 8.4. Kontaktowanie się z innymi specjalistami odpowiedzialnymi za zdrowie środowiskowe i zdrowie społeczności lokalnej.
 9. Uczestnictwo w związanych z pracą programach promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej.
 - 9.1. Analiza potrzeb zdrowotnych populacji pracujących.
 - 9.2. Analiza etycznych aspektów kontroli stanu zdrowia.
 - 9.3. Analiza kosztów i korzyści w odniesieniu do działań z zakresu promocji zdrowia w miejscu pracy.
 - 9.4. Inicjowanie oraz przekonywanie o zasadności wprowadzania uzgodnionych programów promocji zdrowia w miejscu pracy oraz nadzór nad ich realizacją.
 - 9.5. Dążenie do zapewnienia uczestnictwa zarówno pracowników, jak i pracodawców w projektowaniu i wdrażaniu programów z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w miejscu pracy.
 - 9.6. Ewaluacja (w tym poddawanie kontroli zewnętrznej) programów promocji zdrowia w miejscu pracy — z punktu widzenia ich celowości, a zwłaszcza ich związku z czynnikami szkodliwymi występującymi w miejscu pracy oraz kontrolą ryzyka występowania chorób zawodowych i urazów związanych z wykonywaniem pracy.
 10. Kierowanie ochroną zdrowia pracujących.
 - 10.1. Ocena potrzeb pracowników danego/ych zakładu/ów pracy w zakresie ochrony zdrowia.
 - 10.2. Określanie celów i zadań zespołu (placówki) zajmującego/ej się ochroną zdrowia pracujących.
 - 10.3. Określanie ról poszczególnych członków zespołu zajmującego się ochroną zdrowia pracujących oraz formułowanie i wyznaczanie zakresów ich obowiązków.
 - 10.4. Tworzenie zespołu do spraw ochrony zdrowia pracujących i kierowanie tym zespołem.
 - 10.5. Negocjowanie budżetu będącego w dyspozycji zespołu (placówki) i zarządzanie tym budżetem.
 - 10.6. Projektowanie programów szkoleniowych dla członków zespołu ds. ochrony zdrowia pracujących.
 - 10.7. Ocena jakości udzielanych świadczeń oraz poddawanie działalności zespołu (placówki) zewnętrznej kontroli.
 11. Praca zawodowa w ramach działalności wielodyscyplinarnej.
 - 11.1. Przewodzenie zespołowi.
 - 11.2. Delegowanie i udzielanie pełnomocnictw ekspertom.
 - 11.3. Doradzanie przy wdrażaniu sformułowanych przez innych specjalistów ocen narażenia zawodowego.
 - 11.4. Koordynowanie nadzoru zdrowotnego i monitoringu biologicznego z nadzorem środowiskowym i oceną innych rodzajów zagrożeń.
 - 11.5. Inicjowanie i pobudzanie wielodyscyplinarnej działalności naukowej w zakresie gromadzenia danych o narażeniach.
 - 11.6. Planowanie efektywnego wykorzystania zasobów (wiedzy, umiejętności, infrastruktury) z zakresu różnych dyscyplin (specjalności).
 - 11.7. Ewaluacja działalności wielodyscyplinarnego zespołu.
- Wstępna analiza porównawcza ogólnych kompetencji (funkcji) lekarza medycyny pracy, zawartych



w polskim programie specjalizacji oraz kompetencji (funkcji) lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi, zawartych w propozycji programowej z Bilthoven, przyniosła następujące wyniki.

Zarówno polskie ustalenia programowe, jak i propozycje z Bilthoven dotyczą tego samego poziomu taksonomicznego, a mianowicie ogólnych kompetencji (i związanych z nimi funkcji) lekarza medycyny pracy i lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi. Propozycje z Bilthoven ujęte są obszerniej, co częściowo wynika z większej szczegółowości sformułowań, lecz przede wszystkim jest rezultatem większego zakresu różnych funkcji, obejmującego także takie, które w programie polskim w ogóle nie występują.

Pośród 11 grup kompetencji występujących w programie „unijnym” 6 nie ma odpowiedników w polskim programie specjalizacyjnym. Są to następujące grupy kompetencji:

- 2. Uczestnictwo w procesie kształtowania polityki zdrowia i bezpieczeństwa opartej na solidnych podstawach etycznych.
- 5. Współpraca w dostarczaniu informacji oraz w przedsięwzięciach szkoleniowych i oświatowych (dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy) dla kierownictwa i szeregowych pracowników.
- 6. Powiększanie wiedzy naukowej o zagrożeniach dla zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy — poprzez badania i analizy problemów zdrowotnych związanych z pracą, zgodnie z zasadami etycznymi dotyczącymi pracy badawczej w ogóle i badań medycznych w szczególności (w razie potrzeby — z odwołaniem się do oceny niezależnej komisji etycznej).
- 7. Uczestnictwo we wdrażaniu prawodawstwa dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy.
- 10. Kierowanie ochroną zdrowia pracujących.
- 11. Praca zawodowa w ramach działalności wielodyscyplinarnej.

Bardziej szczegółowe porównanie merytorycznych zakresów poszczególnych grup kompetencji w zestawie polskim i w zestawie „unijnym” wykazuje, że zdecydowana większość grup kompetencji zawartych w polskim programie specjalizacyjnym jest bezpośrednio bądź pośrednio reprezentowana w 5 pozostałych grupach kompetencji wchodzących w skład propozycji programu „unijnego”. Porównania cząstkowe wykazują różny stopień zbieżności sformułowań i, co ważniejsze, zbieżności merytorycznej. Tylko wyjątkowo mamy do czynienia z tożsamością poszczególnych grup kompetencji.

Zakresy grup kompetencji z zestawu „unijnego” krzyżują się z zakresami poszczególnych elementów kompetencyjnych polskiego programu. Niekiedy w poszczególnych zakresach kompetencyjnych jednego zestawu pojawiają się treści nieobecne w zestawie drugim, inne jest też rozłożenie akcentów merytorycznych oraz inne pogrupowanie szczegółowych sformułowań dotyczących kompetencji.

Można powiedzieć, że osiągnięcie przez program „unijny” (jak również przez stojącą za nim dyscyplinę czy obszar świadomości zdrowotnej) wyższego stadium ewolucji znajduje swój wyraz, po pierwsze — w rozszerzeniu obszaru kompetencji lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi o sześć wymienionych wyżej zakresów, po drugie zaś — w znacznej modyfikacji wewnętrznej struktury całego obszaru kompetencyjnego.

UWAGI I KOMENTARZE

W projekcie programu specjalizacji lekarskiej w dziedzinie opieki nad pracującymi, przedstawionym i wstępnie zaakceptowanym w Bilthoven, szczególną rangę nadaje się kwestiom etycznym. Świadczy o tym nie tylko obecność wątku etycznego w opisach poszczególnych grup kompetencji, jakie powinien uzyskać lekarz, ale również (a może nawet przede wszystkim) krótkiego rozdziału dotyczącego tej problematyki przed bardziej szczegółowym omówieniem tych kompetencji.

W rozdziale tym stwierdza się m.in., że złożone i niekiedy konkurujące ze sobą obowiązki profesjonalistów w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących wobec pracowników, pracodawców, szerszego otoczenia społecznego, odpowiednich władz oraz innych czynników życia społecznego (system zdrowia publicznego, związki zawodowe, system ubezpieczeń społecznych czy system prawny) powodują, iż etyka musi być sytuowana w centrum praktyki w tej dziedzinie. Co więcej, wielodyscyplinarny charakter zespołu, obejmującego także ekspertów niemedyceńskich, którzy muszą mieć niekiedy dostęp do poufnych informacji medycznych, aby właściwie wykonywać swoje zadania, rozszerza zasady przestrzegania poufności oraz zachowań etycznych poza grupę profesjonalistów medycznych. W tej sytuacji lekarz musi bezwzględnie ustalać standardy, a także stanowić wzór.

W dalszym ciągu wstępnego rozdziału poświęconego kwestiom etycznym przytaczane są trzy najważniejsze zasady „Międzynarodowego Kodeksu Etyki dla Profesjonalistów Ochrony Zdrowia Pracujących” („International Code of Ethics for Occupational Health



Professionals”), opublikowanego w 1992 r. i zaktualizowanego w 2002 r. przez Międzynarodową Komisję ds. Ochrony Zdrowia Pracujących (ICOH).

„Celem ochrony zdrowia pracujących jest służyć zdrowotnemu i społecznemu dobrostanowi pracowników — jako jednostek i jako grup. Praktyka ochrony zdrowia pracujących musi odpowiadać najwyższym standardom profesjonalnym i zasadom etycznym. Profesjonaliści ochrony zdrowia pracujących muszą wносить swój wkład w zdrowie środowiskowe oraz zdrowie społeczności lokalnej.

Obowiązki profesjonalistów ochrony zdrowia pracujących obejmują [...] poszanowanie ludzkiej godności oraz promowanie najwyższych zasad etycznych w decyzjach i programach z tego zakresu. Uczciwość i prawość w działaniach zawodowych, bezstronność oraz ochrona poufności danych zdrowotnych i prywatności pracowników stanowią część tych obowiązków.

Profesjonaliści ochrony zdrowia pracujących są ekspertami, którzy muszą być całkowicie niezależni w wykonywaniu swoich funkcji. Muszą osiągać i utrzymywać kompetencje niezbędne dla wykonywania swych obowiązków oraz domagać się warunków pozwalających im wykonywać ich zadania zgodnie z wzorami dobrej praktyki i etyką profesjonalną” (7).

Bardzo silnie w propozycji z Bilthoven akcentowane są następujące pozamedyczne role lekarza opiekującego się pracującymi:

- rola doradcy — przy czym odgrywanie tej roli przewidziane jest zarówno na poziomie indywidualnym, jak i na poziomie całego zakładu pracy lub/i wobec występujących w nim grup (elementów organizacyjnych); z jej odgrywaniem ściśle związany jest silny nacisk położony w programie „unijnym” na znajomość zagadnień prawnych;
- rola czynnika sprawczego — a przynajmniej aktywnego uczestnika zmian w zakładzie (zakładach) pracy podlegających opiece: wykrywanie i wskazywanie nieprawidłowości organizacyjnych, sugerowanie zmian w organizacji pracy oraz metod i środków wprowadzania zmian;
- rola zwornika systemu informacyjnego — gromadzenie (również w drodze badań i analiz naukowych), rozpowszechnianie i regulowanie przepływu (w różnych kierunkach) informacji związanej ze zdrowiem i bezpieczeństwem w procesie pracy; projektowanie i realizacja programów szkoleniowych i oświatowych;
- rola członka, a nawet szefa wielodyscyplinarnego zespołu zajmującego się ochroną zdrowia pracujących — stąd m.in. podkreślanie znaczenia właściwych

interakcji z innymi ekspertami (członkami takiego zespołu oraz ekspertami z zewnątrz) i potrzebnych do tego umiejętności komunikacyjnych.

Na zakończenie należy stwierdzić, że wprawdzie podstawowe założenia programowe kształcenia lekarzy medycyny pracy w Polsce w istotnej mierze odpowiadają definicjom i zaleceniom WHO/ILO dotyczącym ochrony zdrowia pracujących, nie są jednak, zgodnie z tymi zaleceniami i definicjami, podporządkowane naczelnej idei prewencji* w takim stopniu, jak to ma miejsce w programach kształcenia formułowanych w krajach Unii Europejskiej. Ponadto, jak już była o tym mowa, istnieją znaczne różnice zakresu i struktury merytorycznej programu kształcenia specjalistycznego w Polsce i w Unii, dotyczące zresztą także szczegółowych zakresów wiedzy i umiejętności, którego to wątku z braku miejsca nie sposób było w tym artykule rozwinąć. W sumie — i w dużym uproszczeniu — różnice te sprzeczają się do tego, że w Polsce wciąż jeszcze kształci się przede wszystkim lekarzy o specjalności „medycyna pracy”, zaś w Unii Europejskiej istnieją silne tendencje oraz, co najważniejsze, szereg rozwiązań prawnych, administracyjnych i organizacyjnych, w rezultacie których kształci się — bądź chce się kształcić — lekarzy medycyny pracy będących ‘specjalistami w zakresie ochrony zdrowia pracujących’, powołanych do koordynowania pracy wielodyscyplinarnych zespołów mających zapewnić tę ochronę.

Ewolucja „od medycyny pracy do ochrony zdrowia pracujących” dokonuje się również w naszym kraju, zaś jej dalszy przebieg uwarunkowany jest stopniowym — ewolucyjnym właśnie — pokonywaniem rozmaitych przeszkód i trudności, zarówno o charakterze administracyjno-prawnym i organizacyjnym, jak też barier świadomościowych istniejących tak po stronie świadczeniodawców (systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi), jak i po stronie świadczeniobiorców (pracodawców i pracowników). Problemy z tym związane są przedmiotem odrębnych rozważań i analiz empirycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Program specjalizacji w medycynie pracy. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2003, s. 2
2. Macdonald E.: Occupational Medicine in Europe. Evolution of the Profession. Materiał przedstawiony na spotkaniu roboczym „Workshop on training curricula and core competencies of occupational physicians” zorganizowanym w dniach 27–28 maja 1999 r. w Bilthoven (Holandia) przez

* W jednym z podstawowych dokumentów dotyczących ochrony zdrowia pracujących ILO stwierdza: „Rola służb ochrony zdrowia pracujących powinna być zasadniczo zapobiegawcza” (8).



- European Centre for Environment and Health. WHO, Regional Office for Europe, s. 2
3. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. [z późniejszymi zmianami] o służbie medycyny pracy. DzU z 2004 r. nr 125, poz. 1317, oraz z 2006 r. nr 141, poz. 1011
 4. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance. International Labour Office, Geneva 1998, s. 23
 5. Towards Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Industrial and other Enterprises". World Health Organization, Regional Office for Europe, UR/ICP/EHCO 02 20 05/13, 03839 — 29 marca 1999 r., s. 6
 6. Olechnicki K., Załęcki P.: Słownik socjologiczny. Wydawnictwo Graffiti BC, Toruń 1998, s. 60
 7. International Commission on Occupational Health. International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. ICOH Board [serial online] marzec 2002:[26 ss. ekranowych], s. 4. Adres: http://www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_eng.pdf
 8. Occupational Health Services Recommendation, 1985 [nr 171], rozdz. 2., pkt. 3. Cyt. za: Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance. International Labour Office, Geneva 1998, s. 30

