

Jolanta Walusiak-Skorupa¹

Marta Wiszniewska¹

Patrycja Krawczyk-Szulc¹

Marcin Rybacki²

Ewa Wągrowaska-Koski²

OPIEKA PROFILAKTYCZNA NAD PRACOWNIKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM — PROBLEM WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny PRACY?

PROPHYLACTIC CARE OF WORKERS WITH DISABILITIES —
THE PROBLEM OF CONTEMPORARY OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE?

¹ Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź
Oddział Chorób Zawodowych

² Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź
Przychodnia Chorób Zawodowych

STRESZCZENIE

W Polsce, według przeprowadzonego w 2002 r. Narodowego Spisu Powszechnego, 14,3% mieszkańców uznawanych jest za osoby niepełnosprawne. Z kolei wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie i w 2004 r. wyniósł ok. 13%. Zachodzi więc konieczność zmiany w kierunku udoskonalenia systemu orzeczniczego, poprawienia jego wydolności oraz skuteczności oddziaływań wobec osób niepełnosprawnych. Służba medycyny pracy odgrywa istotną rolę w procesie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Istnienie barier w ich zatrudnianiu na poziomie służby medycyny pracy w dużym stopniu wynika z braku wytycznych w tym zakresie. Ponadto, powodem trudności orzeczniczych o istnieniu lub braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku jest często brak pełnej wiedzy na temat stanu zdrowia pacjenta. Najwięcej problemów przy orzekaniu o zdolności do pracy sprawiają zaburzenia psychiczne, padaczka i cukrzyca. Med. Pr. 2011;62(2):175–186

Słowa kluczowe: pracownik niepełnosprawny, opieka profilaktyczna, orzecznictwo

ABSTRACT

According to the 2002 data there are in Poland 14.3% of people with disabilities. On the other hand, an employment level of people with disabilities in Poland is one of the lowest in Europe with its percentage rate of 13% in the year 2004. Therefore, the improvement in certification system and its efficacy is needed. Occupational health service (OHS) plays an important role in the process of occupational elicitation of this group of people. Barriers at the level of OHS mainly result from the lack of guidelines in this field, so now it is essential to implement those that have been proposed. The improvement in occupational medicine physicians training is also essential. Difficulties in certification of ability to work is also the result of unavailable data on patient's health. Psychiatric problems, epilepsy and diabetes cause the major problems in the certification of capacity to work. Med Pr 2011;62(2):175–186

Key words: certification, workers with disabilities, prophylactic care

Adres autorów: Oddział Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera,
ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: jolantaw@imp.lodz.pl

Nadesłano: 31 stycznia 2011

Zatwierdzono: 17 lutego 2011

Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych to jeden z ważniejszych problemów współczesnych państw. Dotyczy on wielu osób, ponieważ niepełnosprawni to około 10% społeczeństwa Unii Europejskiej. W Polsce, według Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 ro-

ku, 14,3% mieszkańców uznawanych jest za osoby niepełnosprawne (1,2). Ograniczenia zdrowotne w podjęciu pracy dotyczą również ponad 1 mln osób, u których występuje biologiczna niepełnosprawność, a które nie mają formalnie orzeczonego stopnia niepełnosprawności.

Praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 12.5 pt. „Orzecznictwo o zdolności do pracy i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych — zasady dobrej praktyki w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym i w orzecznictwie o niepełnosprawności”. Kierownik tematu: dr hab. n. med. Jolanta Walusiak-Skorupa.



Ocenia się, że co dziesiąta osoba w wieku produkcyjnym posiada status osoby niepełnosprawnej.

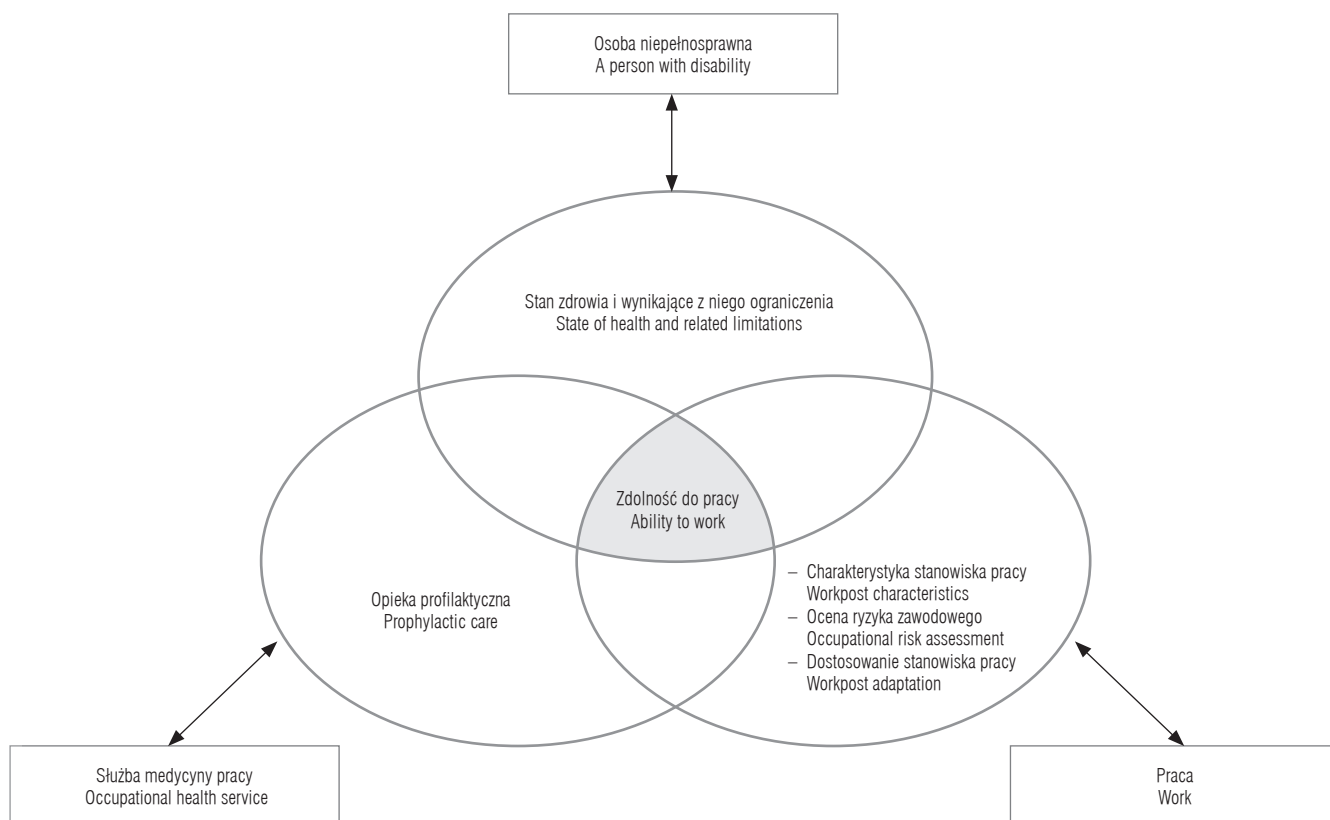
Wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Dane z badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL) przeprowadzonego w II kwartale 2010 roku wskazują, że około 25,9% niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym jest aktywnych zawodowo. Wśród nich 32,6% stanowią osoby z wyższym wykształceniem i 7% osoby z wykształceniem podstawowym (3).

Osobom niepełnosprawnym bardzo trudno jest znaleźć zatrudnienie na otwartym rynku pracy — najwięcej niepełnosprawnych pracuje w zakładach pracy chronionej. Aktualne trendy światowe przyznają priorytet wszelkim rozwiązaniom ukierunkowanym na aktywizację społeczno-zawodową osób niepełnosprawnych. Najważniejszym sposobem zwalczania zjawiska wykluczenia społecznego jest objęcie działaniami kwestii zatrudnienia. W pierwszym rzędzie akcent kładzie się na uczynienie niepełnosprawnych populacją osób pracujących. Tym samym program walki z bezrobociem i wykluczeniem społecznym jest jednocześnie częścią Europejskiej Strategii Zatrudnienia.

BARIERY W ZATRUDNIANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Zatrudnienie osoby niepełnosprawnej jest uzależnione od trzech elementów tworzących system opieki profilaktycznej nad pracownikiem — pracodawcy, służby medycyny pracy i samego pracownika. Zdolność wykonywania pracy jest bowiem wypadkową motywacji i możliwości osoby niepełnosprawnej do świadczenia pracy, rodzaju pracy wraz z ewentualnym odpowiednim przystosowaniem stanowiska pracy oraz procesu diagnostyczno-orzeczniczego przeprowadzonego przez jednostki służby medycyny pracy (ryc. 1).

Przyczyny niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych związane z poszczególnymi uczestnikami opieki profilaktycznej przedstawiono w tabeli 1. Czynniki ograniczające aktywizację zawodową osoby niepełnosprawnej można również podzielić na związane bezpośrednio z osobą niepełnosprawną (jej postawą, stanem zdrowia itd.) oraz na zewnętrzne. Obawa utraty renty jest jedną z najczęstszych przyczyn niepodejmowania pracy podawanych przez osoby niepełnosprawne. Najbardziej złożoną grupą proble-



Ryc. 1. Model oceny zdolności do pracy osoby niepełnosprawnej.
Fig. 1. Model for evaluation of ability to work in persons with disabilities.



Tabela 1. Przyczyny niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych
Table 1. Causes of low employment among persons with disabilities

Źródło przyczyn The source of causes		
osoba niepełnosprawna person with disability	pracodawca employer	służba medycyny pracy occupational health service
obawa utraty renty / fear of disability pension loss	dodatkowe formalności i obowiązki / additional formalities and obligations	niedostateczna wiedza na temat orzekania o zdolności do pracy u osób niepełnosprawnych / insufficient knowledge about certification of ability to work among persons with disabilities
stan zdrowia i wynikające z niego ograniczenia / state of health and related limitations	wyższe koszty / higher costs konieczność dostosowania stanowisk pracy / necessity for workpost adaptation	
uwarunkowania psychologiczne (brak motywacji, lęki) / psychological determinants (lack of motivation, anxiety)	konieczność dostosowania obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych / necessity for building adaptation	brak współpracy / presja ze strony pracodawców / lack of collaboration with employers
niższa produktywność / lower productivity	potrzeba zapewnienia opieki medycznej (zakłady pracy chronionej) / necessity for assuring medical care for persons with disabilities	brak pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta / insufficient information about patient's health
niewystarczające kwalifikacje zawodowe / insufficient professional qualifications	nieznajomość przepisów prawnych oraz brak wiedzy na temat możliwości wsparcia finansowego zatrudnienia osoby niepełnosprawnej / regulations ignorance and lack of knowledge about financial support in employment of persons with disabilities	odpowiedzialność lekarza za zatajone przez pacjenta informacje o jego stanie zdrowia / physician's responsibility for undisclosed information about patient's health
presja rodzinna / family pressure		
bariery funkcjonalne / functional barriers		
bariery architektoniczne / architectural barriers		
brak wsparcia rodziny lub jej negatywna reakcja / lack of family support or its negative reaction	obawa przed niższą wydajnością, jakością pracy i mobilnością pracownika niepełnosprawnego / fear of lower productivity, work quality and mobility of workers with disabilities	
	uprzedzenia współpracowników i personelu kierowniczego / co-workers' and superiors' prejudice	

mów są jednak te związane ze stanem zdrowia i wynikającymi z niego przeciwwskazaniami do podjęcia określonej pracy (niemożność wykonywania pewnych prac/czynności), dodatkowymi potrzebami (np. rehabilitacja, opieka medyczna), przebiegiem samej choroby (np. częste zaostrzenia istniejącego stanu zdrowia powodujące absencję chorobową) czy też ograniczenia mobilności (4).

Bariery w otoczeniu osób niepełnosprawnych ograniczające aktywność zawodową niepełnosprawnych związane są z funkcjonowaniem systemu rehabilitacji zawodowej, warunkami charakteryzującymi rynek pracy i regulacjami prawnymi. Znacznym problemem dla osób niepełnosprawnych są utrudnienia związane z transportem i przemieszczaniem się. Przykładem może być utrudnione dotarcie do stanowiska pracy, związane z poruszaniem się środkami komunikacji miejskiej czy barierami urbanistycznymi/architektonicznymi, takimi jak niedostosowanie miejsca pracy

i jego otoczenia do możliwości pracownika niepełnosprawnego (brak wind, podjazdów itd.) (5).

Odpowiedzialność za istnienie przeszkód w zatrudnieniu niepełnosprawnych ponoszą także pracodawcy. Wynika to w dużym stopniu z obaw przed dodatkowymi formalnościami i obowiązkami, kosztami wynikającymi z niższej wydajności pracy osób niepełnosprawnych, konieczności likwidacji barier architektonicznych, konieczności dostosowania stanowisk pracy i obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych czy też z obawy przed niższą wydajnością, jakością pracy i mobilnością pracownika niepełnosprawnego.

Wyróżnia się trzy rodzaje postaw pracodawców wobec osób uznanych za niepełnosprawne z powodu chorób somatycznych — postawę pozytywną, ambiwalentną i negatywną (6,7). Pierwsza z nich to np. umożliwienie pracownikowi kontynuowania pracy zawodowej poprzez reorganizację jego miejsca pracy czy zmianę zakresu obowiązków. Z kolei postawa negatywna



i ambiwalentna utrudniają powrót do aktywności zawodowej po okresie choroby.

Zarówno osoby niepełnosprawne, jak i ich otoczenie (w tym pracodawcy) uważają zbyt małe zaangażowanie organów administracji publicznej w aktywizację zawodową niepełnosprawnych za jeden z najważniejszych powodów ich niskiej aktywności zawodowej. Sytuację tę mogłoby poprawić większe zainteresowanie organów administracji publicznej pomocą osobom niepełnosprawnym oraz odpowiednie środki finansowe na zwiększenie tej aktywności. Kluczową rolę w tych działaniach powinny odgrywać samorządy gminne jako instytucje najbliższe niepełnosprawnym mieszkańców. Podkreśla się również znaczenie takich czynników, jak brak stabilnych warunków wsparcia finansowego, skomplikowane i niejasne przepisy prawne, niestabilność prawa oraz brak możliwości przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych.

Findley i Sambamoorthi wykazali, że znaczącą rolę w podjęciu lub kontynuowaniu zatrudnienia przez osobę niepełnosprawną odgrywa posiadane ubezpieczenie zdrowotne. W badanej przez nich populacji, w grupie osób mających ubezpieczenie zdrowotne odsetek zatrudnienia był dwukrotnie wyższy niż u pozostałych. Uzyskany dzięki ubezpieczeniu dostęp do świadczeń zdrowotnych pozwalał na utrzymanie dotychczasowej pracy w momencie pojawienia się problemów zdrowotnych. Oferowane przez programy rządowe wsparcie powrotu do pracy jest natomiast w tych przypadkach pomocą niewystarczającą, ponieważ najczęściej adresowane jest do osób z już orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności. Tym samym, jak podkreślają Findley i Sambamoorthi, odpowiednio wcześnie zapewnienie pomocy medycznej może spowolnić proces pogarszania się stanu pacjenta i opóźnić rezygnację z pracy (8).

BADANIA PROFILAKTYCZNE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Warunkiem niezbędnym zatrudnienia pracownika, a więc i osoby niepełnosprawnej, jest uzyskanie orzeczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy od lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikami danego zakładu pracy.

W przypadku pracowników z problemami zdrowotnymi bardzo wiele zależy od właściwej współpracy lekarza medycyny pracy z lekarzami innych specjalności. Uważa się, że czas trwania absencji chorobowej i opinia lekarza leczącego o stanie zdrowia są często głównymi

przeszkodami w powrocie do pracy osoby z chorobami przewlekłymi. Rzadziej taką przeszkodą są problemy natury psychologicznej czy brak motywacji (9). Anema i wsp. wykazali, że komunikacja między lekarzem medycyny pracy a specjalistami innych dziedzin medycyny istniała tylko w 19% przypadków i dotyczyła przede wszystkim wymiany informacji, a nie ustalania wspólnej strategii działania (9).

Istotną przyczyną opóźniania powrotu pacjenta do pracy jest brak wiedzy lekarza leczącego na temat wymagań zdrowotnych przypisanych konkretnemu stanowisku pracy (10). Dodatkowo, lekarze nie rozpoznają związku dolegliwości z wykonywaną pracą, ponieważ nie są niestety szkoleni w tym zakresie (11). Według badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii i Danii współpraca między lekarzami medycyny pracy a lekarzami rodzinnymi w zakresie opieki nad osobami niepełnosprawnymi jest zdecydowanie niewystarczająca (12,13). Właściwa współpraca tych lekarzy mogłaby skrócić czas absencji chorobowej i zwiększyć zdolność badanego do świadczenia pracy.

Wstępny etap oceny zdolności do pracy na określonym stanowisku to ustalenie, czy praca ta jest odpowiednia dla osoby niepełnosprawnej. Pod uwagę powinny być wzięte następujące aspekty:

- pracownik musi posiadać odpowiednie możliwości psychofizyczne i umiejętności do danej pracy,
- praca nie może stanowić ryzyka dla zdrowia pracownika, a stanowisko pracy musi być dostosowane do potrzeb pracownika,
- obecność pracownika w miejscu pracy nie może stanowić zagrożenia dla zdrowia i/lub życia innych współpracowników.

Ocena stanowiska pracy

Ocena możliwości zatrudnienia pracownika niepełnosprawnego obejmuje dokładną analizę stanowiska pracy oraz określenie istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do zatrudnienia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. W przypadku zatrudniania osoby niepełnosprawnej analiza stanowiska pracy jest elementem kluczowym i musi uwzględniać poniższe elementy:

- organizacja pracy (zmianowa, w tym nocna, wyjazdy służbowe, praca w terenie),
- chronometraż pracy (ze zwróceniem uwagi na wykonywane czynności, np. podnoszenie, obracanie, siadanie, stanie, chodzenie, dźwiganie),
- rodzaj narzędzi i materiałów, z których korzysta pracownik,



- warunki pracy i związane z nimi zagrożenia,
- lokalizacja stanowiska pracy i dostęp do niego,
- charakterystyka zaplecza socjalno-sanitarnego,
- wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika.

Dostosowanie stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej

Zgodnie z art. 26, ust. 1, pkt 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych rozpoznanie potrzeb osób niepełnosprawnych w kontekście przystosowania stanowisk pracy, adaptacji pomieszczeń zakładu, adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie w zakładzie pracy dokonywane jest przez służbę medycyny pracy (14).

Służba medycyny pracy wykonuje niezbędne czynności mające na celu ustalenie:

- zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku z uwzględnieniem potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- koniecznych elementów składowych wyposażenia danego stanowiska oraz zakresu obowiązków na tym stanowisku pracy, które dają podstawę do oceny możliwości wykonywania pracy przez osobę niepełnosprawną,
- zakresu niezbędnego przystosowania pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Zaliczenie do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej nie wyklucza możliwości zatrudnienia tej osoby u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej. Do niedawna istniał obowiązek uzyskania pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) o przystosowaniu przez pracodawcę stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej (15). Od 31 marca 2010 r., zgodnie z Ustawą z dnia 8 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, pracodawca nie musi już starać się o taką opinię (16,17). Wprawdzie konieczność dostosowania stanowiska istnieje nadal, ale rola PIP-u sprowadza się już tylko do sprawowania kontroli nad poprawnym wypełnieniem tego obowiązku przez zatrudniającego.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe

Badanie podmiotowe i przedmiotowe ma na celu stwierdzenie istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do zatrudnienia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. W przypadku osoby niepeł-

nosprawnej uzyskanie pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta jest szczególnie istotne i wiąże się z:

- analizą dokumentacji medycznej badanego — w tym orzeczenia o niepełnosprawności (stopień i symbol niepełnosprawności oraz orzeczony okres niepełnosprawności: na stałe lub na określony czas),
- uzyskaniem informacji od lekarza leczącego na temat chorób stwierdzonych u pracownika — ważne są odpowiedzi na pytania takie, jak: czy pacjent leczy się regularnie, czy miewa zaostrzenia, czy był hospitalizowany z powodu choroby podstawowej, jaka jest skuteczność leczenia i czy zdaniem lekarza prowadzącego poradzi sobie z obowiązkami zawodowymi (fizycznie, intelektualnie i emocjonalnie).

Niestety, dość częstą i naganną praktyką jest wydawanie przez lekarzy leczących zaświadczeń zawierających w treści jedynie stwierdzenie „zdolny/a do pracy”, podczas gdy lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne oczekuje informacji o przebiegu choroby, a w przypadku badań kontrolnych — informacji na temat powodu zwolnienia lekarskiego, okresu czasowej niezdolności do pracy, zastosowanego leczenia bądź jego kontynuacji, informacji o zakończeniu leczenia oraz ewentualnych uwag dotyczących ograniczeń i przeciwwskazań do wykonywania pewnych czynności. Stwierdzenie, czy pacjent jest zdolny do pracy na określonym stanowisku, leży w kompetencjach lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne.

Wywiad lekarski uzyskany od pacjenta powinien uwzględniać również pytania o to, jakie zadania pacjent jest w stanie wykonać i czego potrzebuje, aby dobrze wywiązywać się z powierzonych zadań. Problemem jest niestety brak odpowiedzialności pacjenta za zatajone przed lekarzem informacje o stanie swojego zdrowia. Z tego powodu niezwykle ważne jest upewnienie się, czy pacjent zrozumiał zadane pytania, staranne wypełnianie dokumentacji, sporządzanie kopii kart informacyjnych i innych przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych.

Częstotliwość okresowych badań profilaktycznych u pracownika niepełnosprawnego

Powszechne jest przekonanie, że pracownik z orzeczonym stopniem niepełnosprawności powinien mieć wykonywane badania nie rzadziej niż co rok. Jest ono błędne, ponieważ częstotliwości badań profilaktycznych u osób niepełnosprawnych nie regulują żadne odrębne przepisy. Jest ona ustalana w zależności od rodzaju narażenia zawodowego, schorzenia, stopnia zaawansowania i dynamiki zmian chorobowych oraz



ewentualnego wpływu postępu choroby na możliwość wykonywania pracy w przyszłości lub też od potencjalnego negatywnego wpływu pracy na progresję zmian chorobowych pracownika. Na przykład, jeśli choroba/niepełnosprawność jest niezmienna od wielu lat (np. stałe upośledzenie funkcji układu ruchu), nie ma potrzeby zwiększania częstotliwości badań profilaktycznych. W niektórych przypadkach natomiast, w których choroba ma przebieg niestabilny (np. u osób z zaburzeniami psychicznymi), badania powinny być wykonywane często — zwykle zalecane są nie rzadziej niż raz na rok.

Najczęstsze problemy orzecznicze podczas badań profilaktycznych

Zaburzenia psychiczne

Dokonujące się w ostatnich dekadach zmiany w organizacji pracy, zwiększenie jej intensywności, a tym samym ograniczeń psychospołecznych, sprawiły, że zaburzenia psychiczne stały się jedną z najpowszechniejszych przyczyn absencji chorobowej wśród osób pracujących i głównym problemem zdrowotnym społeczeństw krajów rozwiniętych (18).

W Stanach Zjednoczonych oszacowano, że odsetek osób niepracujących z zaburzeniami psychicznymi jest większy niż w jakiegokolwiek innej grupie osób niepełnosprawnych i wynosi 70–90%. Jednocześnie, 70% badanych z tej grupy uważa pracę za ważny element życia (19). W Europie tylko 10–20% chorych na schizofrenię jest aktywnych zawodowo (20). W piśmiennictwie anglojęzycznym pojawił się termin 'presenteeism', oznaczający nieefektywne wykonywanie pracy w wyniku pojawiania się w niej w czasie utrzymywania się objawów chorobowych. Częstość tego zjawiska jest wysoka, szacuje się, że dotyczy ponad 50% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (18).

Przegląd piśmiennictwa z ostatnich 25 lat dokonany przez Fryersa i wsp. wskazuje, że niekorzystnie na możliwość powrotu do pracy wpływa niski status socjoekonomiczny. Dotyczy to przede wszystkim osób z tzw. pospolitymi zaburzeniami psychicznymi, obejmującymi depresję i zaburzenia lękowe, bez objawów psychotycznych (21).

Podczas badania profilaktycznego pierwszym problemem lekarza jest najczęściej ustalenie dokładnego rozpoznania klinicznego. Symbol 02P bowiem, umieszczany na orzeczeniach o niepełnosprawności, obejmuje wszystkie zaburzenia psychiczne, a pacjenci niechętnie przyznają się do chorób innych niż depresja, a szcze-

gólnie ukrywają schizofrenię. Co więcej, na podstawie wywiadu trudno ustalić rzeczywisty przebieg choroby, ponieważ badani mają skłonność do bagatelizowania swoich dolegliwości (zwykle określają je jako „jeden epizod, dawno temu”). Tymczasem do wydania zaświadczenia o istnieniu lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do zatrudnienia potrzebna jest pełna informacja o przebiegu choroby, zaostrzeniach i stosowanym leczeniu. Istnieje wprawdzie możliwość zlecenia w ramach badań profilaktycznych konsultacji psychiatrycznej, ale jednorazowe badanie pozwoli co najwyżej na uzyskanie informacji o braku objawów psychotycznych czy myśli samobójczych w chwili badania. Problemem są też wydawane często przez lekarzy psychiatrów na prośbę pacjentów zaświadczenia o braku przeciwwskazań do pracy nocnej, na samodzielnym stanowisku czy związanej z dużą odpowiedzialnością, mimo ewidentnych przeciwwskazań do takich rodzajów pracy.

Objawy będące powodem ograniczeń w zatrudnieniu to przede wszystkim: zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji uwagi, defekty sfery emocjonalnej, zmiany osobowości, zła tolerancja napięcia emocjonalnego, stresu, trudności w podejmowaniu decyzji, zmniejszona produktywność, zwiększona ilość popełnianych błędów w pracy oraz większa absencja chorobowa. Największe trudności w zatrudnieniu mają osoby z dużymi defektami sfery emocjonalnej w zakresie inicjatywy, zdolności do współpracy z otoczeniem czy wręcz do nawiązania kontaktu z innymi, a także osoby z urojeniami i halucynacjami, z brakiem wytrwałości w pracy oraz częstymi zaostrzeniami choroby.

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia należą do najczęstszych chorób populacji generalnej, a tym samym ich potencjalny wpływ na możliwość wykonywania pracy musi być często analizowany przez lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne. Dodatkowo, obecnie do standardów leczenia choroby niedokrwiennej serca należą zabiegi z zakresu kardiologii interwencyjnej, co znacznie skróciło czas trwania zasilku chorobowego i zmniejszyło liczbę osób trwale niezdolnych do pracy po przebytym zawale mięśnia serca.

Dla pracownika wykonującego lekką pracę biurową Perk (22) jako czas absencji chorobowej po niepowikłanym zawale serca — tj. bez upośledzenia funkcji lewej komory i niedokrwienia indukowanego wysiłkiem — zaleca 2 tygodnie, w przypadku średnio ciężkiej pracy fizycznej — 3 tygodnie, a ciężkiej pracy fizycznej — 6 tygodni.



Zdolność do pracy pacjenta z problemami kardio-logicznymi jest wypadkową wielu czynników medycznych i niemedycznych. Do pierwszej grupy należą czynniki rokownicze, bezpośrednio związane ze stopniem zaawansowania choroby oraz tolerancja przez pacjenta wysiłku fizycznego i wszystkich aspektów narażenia zawodowego, w tym również stresu. Czynniki niemedyczne obejmują zadowolenie pacjenta z wykonywanej pracy (a więc chęć powrotu do niej), aspekty ekonomiczne oraz postrzegane przez niego ryzyko zdrowotne związane z kontynuowaniem pracy. Właśnie to, jak pacjent postrzega ww. ryzyko i własną zdolność do pracy, jest niezwykle ważnym czynnikiem determinującym jego powrót do pracy (23). DeBusk i Dennis wytypowali trzy grupy czynników istotnych w ocenie możliwości powrotu do pracy u pacjenta z chorobą niedokrwienną serca (23):

- rokowanie, czyli ryzyko wystąpienia następnego epizodu wieńcowego oraz tolerancję przez pacjenta fizycznych, środowiskowych i psychologicznych aspektów pracy — głównymi czynnikami determinującymi rokowanie są rozległość martwicy mięśnia serca, wydolność układu krążenia i stopień ciężkości przetrwałego niedokrwienia (objawy kliniczne, zmiany w naczyniach wieńcowych stwierdzone w koronarografii, zastosowane metody leczenia);
- wydolność układu krążenia — jej wyznacznikiem są przetrwałe niedokrwienie oraz upośledzenie funkcji lewej komory (23,24);
- czynniki psychospołeczne — charakteryzują się ogromną zmiennością osobniczą.

Zwraca się uwagę, że wielu pacjentów po zawale mięśnia serca przejawia tendencję do „oszczędzania się”, nawet jeżeli nie ma to żadnego uzasadnienia medycznego. Pomocne w takich przypadkach może być przeprowadzenie testu wysiłkowego i wykazanie pacjentowi jego rzeczywistych możliwości. Powrotowi do pracy powinna towarzyszyć również próba wzmocnienia zdolności pacjenta do radzenia sobie ze stresem związanym z pracą. Wiek, poziom wykształcenia, zawód i wymagany do wykonywania pracy poziom aktywności fizycznej są z kolei najważniejszymi czynnikami socjologicznymi w powrocie do pracy (24). Obserwuje się, że pracownicy umysłowi zwykle szybciej wracają do pracy niż pracownicy fizyczni, choć u pacjentów bez powikłań, z niskim ryzykiem ponownego epizodu nie ma medycznych powodów takich różnic.

Wątpliwości orzecznicze może też budzić wykonywanie pracy zmianowej, szczególnie obejmującej noc, przez osobę z chorobą układu krążenia. Ocenia się, że

taka praca o około 40% zwiększa ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego (25). Jako główne przyczyny wymienia się zaburzenia rytmu dobowego, zmianę stylu życia i stres. W ocenie zdolności do pracy w systemie zmianowym należy uwzględnić więc stan układu krążenia i czynniki ryzyka tych chorób, np. palenie papierosów, hiperlipidemię, brak aktywności fizycznej, otyłość itd.

Cukrzyca

Cukrzyca staje się chorobą coraz częstszą w populacji generalnej, również wśród ludzi młodych będących w okresie aktywności zawodowej, i jest istotnym problemem nie tylko społecznym, ale też orzeczniczym. Tunceli i wsp. wykazali, że cukrzyca w istotny sposób zmniejsza prawdopodobieństwo zatrudnienia i skutkuje zmniejszoną produktywnością oraz niższymi zarobkami (26).

Zgodnie ze stanowiskiem American Diabetes Association (ADA, Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne) z 1984 r. „każdy pacjent z cukrzycą, leczony insuliną lub innymi lekami, powinien mieć prawo do zatrudnienia zgodnie ze swoim wykształceniem” (27). Uważa się, że ograniczenia w wykonywaniu pracy przez chorego na cukrzycę są niewielkie i związane głównie z ryzykiem hipoglikemii podczas insulinoterapii. W związku z tym przeciwwskazane są zawody, w których nagła utrata przytomności mogłaby stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa własnego lub innych osób. Kluczowym elementem przy orzekaniu o zdolności do pracy jest więc ocena ryzyka wystąpienia hipoglikemii.

W codziennej praktyce, podczas badań profilaktycznych, lekarze przeprowadzający badanie obawiając się epizodu hipoglikemii podczas świadczenia pracy przez pracownika, bardzo często kierują się nadmierną ostrożnością i wydają orzeczenie o istnieniu przeciwwskazań do wykonywania pracy. Tymczasem hipoglikemia nie występuje u osób leczonych dietą i programem ćwiczeń fizycznych oraz jest rzadka u pacjentów leczonych inhibitorami glukozydazy, biguanidami lub tiazolidinedionami. Mało prawdopodobne jest również pojawienie się hipoglikemii w przebiegu leczenia doustnymi lekami hipoglikemizującymi, z wyjątkiem osób starszych lub chorych na inne choroby przewlekłe oraz długotrwale głodujących (28). Co więcej, większość chorych potrafi rozpoznać u siebie wczesne objawy hipoglikemii i szybko zareagować przez przyjęcie pokarmu czy płynu zwiększających poziom glikemii we krwi. Także właściwy system monitorowania poziomu cukru przez samego pacjenta pozwala na uniknię-



cie jego znacznego spadku. Poza tym większość chorych radzi sobie z cukrzycą w sposób minimalizujący ryzyko utraty przytomności w następstwie hipoglikemii. Oznacza to również, że omawiane ryzyko należy szacować indywidualnie dla każdego pacjenta.

Epizody hipoglikemii zdarzają się w przebiegu leczenia insuliną lub pochodnymi sulfonilomocznika, ale są rzadkie. Według wytycznych ADA należy wówczas dążyć do stworzenia pracownikowi możliwości unikania ciężkiej hipoglikemii, poprzez np. dodatkowe przerwy i wydzielone miejsce do wykonania pomiaru glikemii, przyjęcia leków czy spożycia posiłku (27).

Przytoczone powyżej wytyczne ADA mówią również o tym, że pojedynczy epizod ciężkiej hipoglikemii nie jest czynnikiem dyskwalifikującym pracownika. Wymaga on jednak szczegółowej oceny medycznej — we współpracy z diabetologiem — pod kątem ewentualnych przyczyn i ryzyka wystąpienia takiego epizodu w przyszłości (27). Jest bardzo mało prawdopodobne, aby zmiana dawkowania insuliny czy zachorowanie na chorobę infekcyjną były przyczyną następowego pojawienia się hipoglikemii. Powtarzające się epizody hipoglikemii (zwłaszcza takie, których przyczyny nie udaje się wyjaśnić) mogą oznaczać, że pacjent nie powinien wykonywać pracy, w której zaburzenia świadomości mogą skutkować zagrożeniem dla życia i zdrowia jego samego lub otoczenia. Ważna jest również świadomość hipoglikemii, czyli umiejętność wczesnego rozpoznania jej objawów. Należy zauważyć jednak, że niektóre osoby z czasem tracą umiejętność rozpoznawania objawów prodromalnych hipoglikemii, co sprawia, że są obciążone największym ryzykiem nagłej utraty przytomności.

Występowanie wysokich poziomów glukozy jest również często uważane przez lekarzy medycyny pracy za czynnik dyskwalifikujący pracownika do pracy. Tymczasem hiperglikemia, w przeciwieństwie do hipoglikemii, prowadzi wprawdzie do ciężkich powikłań cukrzycowych, ale nie zaburza możliwości wykonywania pracy. Objawy hiperglikemii nie pojawiają się nagle, tylko rozwijają w ciągu godzin lub dni, dlatego nie ma tu ryzyka nagłej utraty przytomności. Powikłania źle kontrolowanej cukrzycy mają znaczenie w przypadku ich wystąpienia (np. zaburzenia widzenia w przebiegu retinopatii) i mogą wówczas ograniczać zdolność do pracy. Ocena zdolności do pracy na określonym stanowisku nie powinna być jednak oparta na spekulacjach, jakie powikłania mogą wystąpić u pacjenta w przyszłości.

Istotną rolę pełnią również badania dodatkowe, których wyniki brane są pod uwagę przy formułowa-

niu treści zaświadczenia lekarskiego. Należy pamiętać, że pojedyncze oznaczenie poziomu glukozy daje nam informację jedynie o poziomie glukozy w tym określonym momencie. Poziom glukozy waha się w ciągu doby nawet u ludzi zdrowych, dlatego pojedynczy pomiar glikemii nie dostarcza nam żadnych informacji o przebiegu choroby u pacjenta z cukrzycą. Cennych informacji dostarcza ciągle monitorowanie poziomu glikemii przez dłuższy czas wraz z analizą uzyskanych wyników dokonywaną przez doświadczonego lekarza.

Z kolei ocena poziomu hemoglobiny glikowanej (HbA1C) odzwierciedla poziom glukozy z ostatnich kilku miesięcy i koreluje ze średnim poziomem glukozy w tym okresie. Jest więc dobrym wskaźnikiem skuteczności stosowanego leczenia, natomiast często bywa w sposób nieprawidłowy interpretowany przy ocenie zdolności do pracy. Poziom HbA1C odzwierciedla średnie, a nie ekstremalne poziomy glukozy i nie ma znaczenia w prognozowaniu takich powikłań cukrzycy, jak hipoglikemia. Rekomendowany przez American Diabetes Association poziom HbA1C to 7%, którego utrzymanie ma jednak służyć zapobieganiu przewlekłym powikłaniom cukrzycy, a nie ocenie zdolności do pracy (27). W warunkach polskich, gdzie często nie ma możliwości kontaktu z lekarzem diabetologiem leczącym pacjenta, a wywiad uzyskiwany od pacjenta nie zawsze jest wiarygodny, badanie to może być cennym uzupełnieniem obrazu klinicznego choroby badanego pracownika.

Choroby nowotworowe

Dla pacjentów z chorobą nowotworową powrót do pracy jest niezwykle istotny, ponieważ umożliwia powrót do normalnego życia pod każdym względem — emocjonalnym, społecznym i ekonomicznym. Często jednak towarzyszą temu problemy, np. zmniejszenie wytrzymałości fizycznej, częstsze uczucie zmęczenia i stąd trudności w radzeniu sobie z obowiązkami zawodowymi. W badaniach profilaktycznych częstym powodem problemów orzecznich jest reakcja otoczenia, w tym samego lekarza, na rozpoznanie nowotworu, a nie merytorycznie uzasadnione ograniczenia spowodowane rozpoznaną chorobą. Obserwuje się również tendencję do wyznaczania terminu kolejnych badań okresowych w bardzo krótkich odstępach czasowych, tak jakby miały służyć wykryciu wznowy procesu nowotworowego, mimo że pacjent z chorobą nowotworową jest objęty stałą specjalistyczną opieką ukierunkowaną na wykrycie nawrotu choroby.



Należy również podkreślić, że czynny proces nowotworowy sam w sobie nie jest przeciwwskazaniem do pracy, a jej podjęcie często może być bardzo korzystne dla psychiki pacjenta (pod warunkiem, że jest on w stanie tę pracę wykonywać).

Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi nowotworów, zgodnie z doniesieniami z ostatnich lat, może być natomiast praca zmianowa i nocna, które zaburzają regulację hormonalną, zwłaszcza rytm wydzielania melatoniny. W związku z tym każdorazowo należy uzyskać opinię onkologa na temat ewentualnego istnienia przeciwwskazań u badanego, choć uzyskanie w wywiadzie informacji o chorobie nowotworowej nie jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do pracy zmianowej, w tym nocnej.

Padaczka

Ocenia się, że dla osób z padaczką stygmatyzacja społeczna jest znacznie większym problemem niż występowanie napadów i jest ona najważniejszym czynnikiem pogarszającym jakość życia tych pacjentów (29). W przypadku tych chorych obawa przed dyskryminacją jest tak duża, że często ukrywają swój stan zdrowia przed otoczeniem, w tym również przed lekarzem przeprowadzającym badanie profilaktyczne.

Odsetek osób niepracujących wśród chorych na padaczkę jest tak wysoki, że trudno to wytłumaczyć jedynie niechęcią pracodawców do ich zatrudniania, poziomem otrzymywanych świadczeń, polityką społeczną i zdrowotną. W badaniu Elwesa i wsp. bezrobotnych było 77% osób z padaczką, niewykształconych i bez wyuczonego zawodu (30).

Zdaniem Dasgupta i wsp. częstotliwość wypadków i absencji chorobowej wśród chorych na padaczkę nie jest większa niż w populacji generalnej (31). Jedynie niewielka część chorych jest w znacznym stopniu niepełnosprawna z powodu częstych napadów i uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, i w związku z tym wymaga pracy w warunkach chronionych.

Padaczka wiąże się z licznymi przeciwwskazaniami do pracy, które wynikają przede wszystkim z trudności z zapewnieniem bezpieczeństwa badanemu i otoczeniu w przypadku jego nagłej utraty przytomności. Przeciwwskazaniem do pracy u tych pacjentów jest więc m.in. praca na wysokości, praca przy obsłudze maszyn w ruchu i niezabezpieczonych urządzeń będących źródłem prądu elektrycznego, prowadzenie pojazdów silnikowych, praca w pobliżu zbiorników wodnych, źródeł ognia, chemikaliów czy praca związana z posługiwaniem się bronią. Dodatkowo,

pacjenci, u których istnieje ryzyko nagłej utraty świadomości, nie powinni pozostawać sami na swoim stanowisku pracy.

Wątpliwości wśród lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne budzi praca osoby z padaczką przy monitorze ekranowym, ponieważ 9–25% takich chorych wykazuje nadwrażliwość na światło. Napady mogą być więc skutkiem wykonywania tego typu pracy (32).

Pierwszym rodzajem bodźców mogących wywołać napady padaczkowe są przerywane bodźce świetlne. Rozpoznanie padaczki z nadwrażliwością na światło ustala się na podstawie zapisu EEG z wykorzystaniem stymulacji stroboskopowej. Reakcja napadowa przy częstotliwości odnawiania obrazu rzędu 50 Hz występuje u połowy pacjentów cierpiących na padaczkę z nadwrażliwości na światło, natomiast odsetek ten spada do 15% przy częstotliwości 60 Hz. Szczególnie groźne są programy telewizyjne, w których wykorzystuje się błyski o częstotliwości 10–20 Hz (33). Zagrożenia takiego nie stanowią monitory ciekłokrystaliczne (LCD), w których nie ma odświeżania obrazu i jego drgań. Problemów u osób z nadwrażliwością na światło nie powodują też monitory z częstotliwością odświeżania 100 Hz, ponieważ ludzkie oko nie odróżnia poszczególnych punktów obrazu przy częstotliwości większej niż 90 Hz i całość odbiera wówczas jako jeden obraz. Napad padaczkowy mogą za to wywołać bodźce świetlne z częstotliwością większą niż 3 na sekundę i gwałtownie zmieniające się obrazy. Trzeba jednak podkreślić, że takie bodźce nie występują podczas korzystania z komputerowych edytorów tekstu, więc pojawienie się wówczas napadów padaczkowych jest bardzo mało prawdopodobne.

U około 50–70% pacjentów z nadwrażliwością na światło drugim rodzajem bodźców wywołujących napady są wzory, kolory o dużym kontraście. Stwierdzono, że wzory czarno-białe zmieniające się z częstotliwością 1–4 cykle na stopień kąta widzenia wywołują silniejszą czynność napadową niż wzory kolorowe o niskim kontraście (34).

Podsumowując, pacjent cierpiący na padaczkę wymaga szczegółowej analizy dotyczącej rodzaju monitora, jaki ma obsługiwać, czasu pracy, a także wnikliwej oceny przez neurologa przebiegu choroby, typu padaczki, zapisu EEG i historii ewentualnych napadów prowokowanych (33).

U wszystkich badanych należy zwrócić uwagę na skutki przyjmowanych leków i ich wpływ na sprawność psychoruchową, występowanie zaburzeń równowagi itd. Badaniem pomocnym w takich sytuacjach może



być konsultacja psychologiczna połączona z wykonaniem testów psychotechnicznych. W każdym przypadku badania wstępnego pracownika z chorobą neurologiczną konieczne jest uzyskanie szczegółowych informacji od lekarza leczącego pacjenta na temat przebiegu choroby i stosowanego leczenia.

Stwardnienie rozsiane

Spośród chorób układu nerwowego stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex — SM) zwraca szczególną uwagę, ponieważ dotyczy przede wszystkim ludzi młodych, a więc osób w okresie największej aktywności zawodowej, oraz wiąże się z upośledzeniem wielu funkcji układu nerwowego i postępującą niepełnosprawnością (35). Mimo że stwardnienie rozsiane jest chorobą rzadko występującą w populacji generalnej, jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności w zakresie układu nerwowego u ludzi młodych i w średnim wieku (36).

Ocenia się, że 24–80% chorych na SM nie pracuje. Wskaźniki zatrudnienia wśród tych pacjentów maleją wraz ze wzrostem ograniczenia mobilności, czasem trwania oraz postępem choroby (37). Szansę znalezienia pracy zmniejszają także takie objawy, jak zmęczenie, zaburzenia funkcji poznawczych i obniżona sprawność psychoruchowa. Dodatkowo, ryzyko utraty pracy zwiększają starszy wiek i niższy poziom wykształcenia. Generalnie, w przypadku pacjentów niepełnosprawnych wyższy poziom wykształcenia jest czynnikiem chroniącym przed utratą pracy. Zwraca się jednak uwagę, że w przypadku bardzo wąskiej specjalizacji w momencie utraty zdolności do wykonywania dotychczasowych zadań dalsze świadczenie pracy może wymagać przeniesienia na niższe stanowisko, a co za tym idzie — wiązać się z obniżeniem zarobków (8).

Zalecenia dotyczące ograniczeń do pracy na określonym stanowisku

Z przeprowadzonego badania profilaktycznego mogą wyniknąć dodatkowe wnioski, które lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną przekazuje pracodawcy. Mogą one dotyczyć:

- ograniczeń czasu pracy — np. praca w niepełnym wymiarze godzin,
- zmiany systemu pracy — np. bez pracy zmianowej, zwłaszcza nocnej,
- zakazu wykonywania pewnych zadań — np. bez podnoszenia ciężarów,
- przeniesienia pracownika na inne stanowisko.

Sposób przekazania tych wniosków zależy od ustaleń lekarza z pracodawcą. Obecnie kodeksowe wzory zaświadczeń o braku bądź istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku nie przewidują miejsca, gdzie lekarz przeprowadzający badanie mógłby umieścić swoje uwagi. Niektórzy pracodawcy wręcz żądają (zgodnie z prawem) jednoznacznych orzeczeń, czy pracownik jest zdolny do pracy na określonym stanowisku — którego charakterystyka jest szczegółowo opisana w skierowaniu na badanie profilaktyczne — bez podawania ograniczeń typu „bez pracy na wysokości” czy „bez pracy nocnej”. Jeśli więc istnieją jakieś ograniczenia do pracy na wskazanym przez pracodawcę stanowisku, to zgodnie z obowiązującymi przepisami lekarz powinien wydać orzeczenie o istnieniu przeciwwskazań do pracy na tym stanowisku. Dopiero, kiedy pracodawca zmodyfikuje skierowanie, lekarz może orzec zdolność do pracy.

Informowanie otoczenia o chorobie pracownika

Pracownik może się obawiać reakcji otoczenia, stygmatyzacji czy wręcz utraty zatrudnienia i nie chce ujawniać swojej choroby przed kolegami z pracy (38). Tymczasem w przypadku takich chorób, jak padaczka czy schizofrenia otoczenie powinno być przygotowane do udzielenia pomocy w sytuacji wystąpienia nagłych objawów choroby. Lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne jest zobowiązany do dochowania tajemnicy lekarskiej, dlatego nie może ujawniać innym informacji o chorym. Zaleca się jednak, aby przeprowadził z pacjentem rozmowę na temat tego, co chciałby on ujawnić otoczeniu, a w przypadku niechęci pracownika do udzielania informacji przełożonym/współpracownikom, wskazał powody, dla których jest to ważne. Mogą być nimi np.:

- właściwa reakcja otoczenia, gdyby nastąpiło nagłe pogorszenie stanu zdrowia w czasie pracy lub nagła nieusprawiedliwiona nieobecność,
- uniknięcie podejrzeń o nadużywanie alkoholu w sytuacji, kiedy sugerujące to zmiany w zachowaniu pracownika są wynikiem niepożądanego działania aktualnie przyjmowanych leków (39).

PODSUMOWANIE

Niewątpliwym problemem w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym jest brak wytycznych i standardów orzeczniczych. Należy jednak pamiętać, że żaden z opracowanych standardów nie obejmuje swoim zakresem wszystkich sytuacji klinicz-



nych, ponieważ pacjenci bardzo różnie radzą sobie ze swoją niepełnosprawnością — osoby z tym samym rozpoznaniem klinicznym mogą więc być w stanie wykonywać bardzo różną pracę. Najbardziej skutecznym rozwiązaniem jest odpowiednie kształcenie podyplomowe lekarzy, czyli włączenie zagadnień dotyczących opieki profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym w program specjalizacji z medycyny pracy dla lekarzy i pielęgniarek. Pomoże im to w indywidualnych przypadkach podejmować właściwe decyzje oraz utrzymywać stałą wymianę doświadczeń z lekarzami sprawującymi opiekę profilaktyczną i specjalistami z innych dziedzin medycyny. Takie działania powinny również zapobiec obserwowanej wśród lekarzy medycyny pracy — zwłaszcza tych, którzy nie stykają się na co dzień z zagadnieniami niepełnosprawności — nadmiernej ostrożności i wydawaniu orzeczenia o istnieniu przeciwwskazań do wykonywania pracy tylko dlatego, że pacjent ma orzeczony stopień niepełnosprawności.

Bardzo istotnym utrudnieniem w pracy lekarza orzecznika jest także niepełna wiedza o stanie zdrowia pacjenta, która wynika zarówno z niechęci pacjenta do ujawniania prawdy, jak i braku wglądu do dokumentacji, np. przedstawionej zespołowi ds. orzekania o niepełnosprawności. Z pewnością znacznie poprawiłyby tę sytuację zmiany legislacyjne nakładające na pacjenta odpowiedzialność za udzielone informacje i za zatajenie prawdy o stanie zdrowia, jak również umożliwiające przepływ informacji o pacjencie (np. karty elektroniczne).

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 2 grudnia 1999 r. o narodowym spisie powszechnym ludności i mieszkań. DzU z 2000 r. nr 1, poz. 1 z późn.zm.
2. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I: Osoby niepełnosprawne. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003 [cytowany 15 stycznia 2011]. Adres: http://www.stat.gov.pl/gus/5840_759_PLK_HTML.htm
3. Aktywność ekonomiczna ludności Polski. II kwartał 2010. GUS, Departament Pracy, Warszawa 2010 [cytowany 15 stycznia 2011]. Adres: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_pw_aktyw_ekonom_ludnosci_IIkW_2010.pdf
4. Barczyński A.: Koszty zatrudniania osób niepełnosprawnych. Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna, Warszawa 2008
5. Materiały konferencyjne „Identyfikacja przyczyn niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych — możliwości przełamывania barier zatrudniania”. 19 marca 2008, Warszawa
6. Benham P.K.: Attitudes of occupational therapy personnel toward persons with disabilities. *Am. J. Occup. Ther.* 1988;42:305–311
7. Hebl M., Kleck E.: Acknowledging one's stigma in the interview setting: Effective strategy or liability? *J. Appl. Soc. Psychol.* 2002;32:223–249
8. Findley P.A., Sambamoorthi U.: Employment and disability: Evidence from the 1996 medical expenditures panel survey. *J. Occup. Rehabil.* 2004;14(1):1–11
9. Anema J.R., van der Giezen A.M., Buijs P.C., van Mechelen W.: Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: A cohort study on low back pain patients sicklisted for 3–4 months. *Occup. Environ. Med.* 2002;59:729–733
10. Merrill R.N., Pransky G., Hathaway J., Scott D.: Illness and the workplace. A study of physicians and employers. *J. Fam. Pract.* 1990;31:55–59
11. Yassi A., Hassard T.H., Kopelow M.M., Schnabl G.: Evaluating medical performance in the diagnosis and treatment of occupational health problems: A standardized patient approach. *J. Occup. Med.* 1990;32:582–585
12. Buijs P., van Amstel R., van Dijk F.: Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve co-operation. *Occup. Environ. Med.* 1999;56:1–5
13. Parker G.: General practitioners and occupational health services. *Br. J. Gen. Pract.* 1996;46:303–305
14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. DzU z 1997 r. nr 123, poz. 776 z późn.zm.
15. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 15 września 2004 r. w sprawie zwrotu kosztów przystosowania stanowisk pracy, adaptacji pomieszczeń i urządzeń do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz kosztów zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu. DzU z 2004 r. nr 215, poz. 2186
16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 czerwca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zwrotu kosztów przystosowania stanowisk pracy, adaptacji pomieszczeń i urządzeń do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz kosztów zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu. DzU z 2007 r. nr 107, poz. 736
17. Ustawa z 8 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. DzU z 2010 r. nr 40, poz. 223



18. Cohidon C., Imbernon E., Gorlberg M.: Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am. J. Ind. Med.* 2009;52:141–152
19. Gabriel P.: Mental health in the workplace: situation analysis United States. ILO Publications, Geneva 2000
20. Catty J., Lissouba P., White S., Becker T., Drake R.E., Fioritti A. i wsp.: EQOLISE Group. Predictors of employment for people with severe mental illness: Results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br. J. Psych.* 2008;192(3):224–231
21. Fryers T., Melzer D., Jenkins R., Brugha T.: The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health* 2005;1:14. DOI: 10.1186/1745-0179-1-14
22. Perk J.: Returning to work after myocardial infarction. W: Perk J., Mathes P., Gohlke H., Monpere C., Helleman I. [red.]. *Cardiovascular prevention and rehabilitation*. Springer Verlag, London 2007, ss. 317–323
23. DeBusk R.F., Dennis C.A.: Occupational work evaluation of patients with cardiac disease: A guide for physicians. *West. J. Med.* 1982;137(6):515–520
24. Sellier P.: Return to work after coronary interventions. W: Perk J., Mathes P., Gohlke H., Monpere C., Helleman I. [red.]. *Cardiovascular prevention and rehabilitation*. Springer Verlag, London 2007, ss. 324–328
25. Mosendane T., Mosendane T., Raal F.J.: Shift work and its effects on the cardiovascular system. *Cardiovasc. J. Africa* 2008;19(4):210–215
26. Tunceli K., Bradley C.J., Nerenz D., Williams L.K., Pladevall M., Elston Lafata J.: The impact of diabetes on employment and work productivity. *Diabetes Care* 2005;28(11):2662–2667
27. American Diabetes Association: Diabetes and employment. *Diabetes Care* 2009;32(Supl. 1):S80–S84
28. Cryer P.E., Davis S.N., Shamoon H.: Hypoglycemia in diabetes. *Diabetes Care* 2003;26:1902–1912
29. Myeong-Kyu K.: Marital prospects of people with epilepsy among Asians. *Neurol. Asia* 2007;12:13–14
30. Elwes R.D.C., Marshall J., Beattie A., Newman P.K.: Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1991;54:200–203
31. Dasgupta A.K., Saunders M., Dick D.J.: Epilepsy in the British Steel Corporation: An evaluation of sickness, accident and work records. *Br. J. Ind. Med.* 1982;39:145–148
32. Ricci S., Vigeveno F., Manfredi M., Kasteleijn-Nolst Trenité D.G.: Epilepsy provoked by television and video games: safety of 100-Hz screens. *Neurology* 1998;50:790–793
33. Pas-Wyroślak A., Lewańska M.: Prace związane z obsługą stanowisk wyposażonych w monitory ekranowe. W: Rybacki M., Wągrowaska-Koski E., Walusiak-Skorupa J. [red.]. *Problemy orzecznicze w badaniach profilaktycznych*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2009, ss. 53–61
34. Bruhn K., Kronisch S., Waltz S., Stephani U.: Screen sensitivity in photosensitive children and adolescents: Patient-dependant and stimulus-dependant factors. *Epileptic Disord.* 2007;9(1):57–64
35. Dunn J.: Impact of mobility impairment on the burden of caregiving in individuals with multiple sclerosis. *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.* 2010;10(4):433–440
36. Paltamaa J., Sarasoja T., Wikstrom J., Malkia E.: Physical functioning in multiple sclerosis: A population-based study in central Finland. *J. Rehabil. Med.* 2006;38:339–345
37. Julian L.J., Vella L., Vollmer T., Hadjimichael O., Mohr D.C.: Employment in multiple sclerosis. Exiting and re-entering the work force. *J. Neurol.* 2008;255(9):1354–1360
38. Schneider J.: Is supported employment cost effective? A review. *Int. J. Psychosoc. Rehabil.* 2003;7:145–156
39. Secker J., Membrey H.: Promoting mental health through employment and developing health workplaces: The potential of natural supports at work. *Health Educ. Res.* 2003;18(2):207–215

