



Patronage
of the Polish EU Presidency



Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce

Ksenia Zheltoukhova

Stephen Bevan

Anna Reich



Podziękowania

Wszystkim ekspertom, z którymi przeprowadziliśmy rozmowy podczas przygotowywania niniejszego raportu, chcielibyśmy podziękować za ich cenny czas i sugestie. Dziękujemy także naszemu partnerowi – Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC) – którego komentarze dotyczące wcześniejszych wersji raportu okazały się niezwykle pomocne. Podziękowania należą się też naszym współpracownikom z The Work Foundation, w szczególności Davidowi Shoemithowi i Ann Hyams, za pomoc udzieloną przy przygotowaniu niniejszego raportu. W merytorycznych pracach nad raportem uczestniczyli również Robin McGee, Tatiana Quadrello, Michelle Mahdon i Eleanor Passmore.

Prace nad raportem współfinansowane były z grantu przekazanego przez firmę Abbott.

Przygotowując niniejszy raport korzystaliśmy ze wsparcia:



Chcielibyśmy podziękować niżej wymienionym organizacjom za pomoc udzieloną przy upowszechnianiu treści raportu:



Tekst wersji polskiej Raportu opracowany został na podstawie tłumaczenia wykonanego przez biuro tłumacza przysięgłego Piotra Mleczko.



Szanowni Państwo,

prawo do pracy i jej godność, to podstawa funkcjonowania nowoczesnego społeczeństwa i gwarancja rozwoju gospodarki. Moją publiczną działalność zaczynałem jako związkowiec. W Stoczni Gdańskiej i w innych zakładach polskiego wybrzeża budowałem Solidarność, otrzymałem Pokojową Nagrodę Nobla a później wychodząc ze świata pracy zostałem Prezydentem Rzeczypospolitej. Bycie związkowcem oznaczało dla mnie zawsze walkę o godne życie i dobro pracowników.

Dzisiaj jestem dumny, że mogę nadal działać na rzecz godności pracy ludzkiej. Projekt Fit for Work, to przedsięwzięcie, które ma poprawić jakość życia osób czynnych zawodowo. Cieszę się, że w czasach kryzysu ekonomicznego znaleźli się ludzie, którzy poprzez promowanie nowych pomysłów chcą i potrafią walczyć o zmiany na lepsze. Znowu mamy szansę przypomnieć sobie, co oznacza słowo solidarność, co możemy wspólnie zrobić, jak pomóc i jak zmieniać społeczeństwo. Musimy znowu walczyć o stabilny rozwój gospodarki, mocno zaangażować się w budowę społeczeństwa obywatelskiego i bazując na idei solidarności budować wspólnotę, która pozwala nie tylko działać skutecznie, ale także osiągnąć zamierzone cele.

Gdy zapytamy ludzi, kiedy czują się bezpiecznie i kiedy z optymizmem patrzą w przyszłość, większość odpowie, że najważniejsze jest zdrowie, bo na wszystko inne można zapracować. Prawdziwy kryzys zaczyna się wtedy, kiedy brakuje zdrowia do pracy. Tylko ze zdrowym społeczeństwem mamy szansę na systematyczny wzrost PKB państwa i świata. W przyszłości kryzysy gospodarcze mogą być spowodowane deficytem sprawnych rąk do pracy, co jest o wiele groźniejsze od zawirowań w instytucjach finansowych i problemów budżetowych państwa. Dlatego zachęcam do zapoznania się z raportem Fit for Work. Ta lektura powinna skłonić nas do poważnej dyskusji nad społecznymi i ekonomicznymi skutkami zbyt późnego reagowania na zdrowotne problemy, które wykluczają ludzi z rynku pracy.

Każdy lekarz wie, że profilaktyka jest lepsza niż leczenie, a każdy ekonomista wie, że zapobieganie kryzysowi kosztuje o wiele mniej niż walka z nim. Pamiętajmy, praca to podstawa rozwoju.

Lech Wałęsa



**Laureat Pokojowej Nagrody Nobla 1983
Prezydent RP 1990 – 1995**

1. Abstrakt	7
2. Wstęp	13
2.1 Dlaczego zdrowie pracowników jest ważne dla Polski?	13
2.2 MSD w krajach Unii Europejskiej	17
2.3 Cele badania	18
2.4 Uwagi dotyczące definicji	20
2.5 Struktura raportu	21
3. Praca i MSD w Polsce	23
3.1 Niejasny obraz	23
3.2 Wpływ MSD na zdolność do pracy	24
3.3 Czynniki ryzyka MSD	34
3.4 Szersze ujęcie ekonomicznych i społecznych konsekwencji MSD	40
3.5 Podsumowanie	53
4. Interwencje	55
4.1 Zalety wczesnej interwencji	55
4.2 Osoby niezdolne do pracy w systemie zabezpieczenia społecznego	63
4.3 Interwencje dotyczące konkretnych schorzeń	66
4.4 Model biopsychospołeczny a praca	71
4.5 Rola pracodawców	74
4.6 Podsumowanie	79
5. Wnioski i rekomendacje	81
5.1 Zalecenia dla pracodawców	81
5.2 Zalecenia dla pracowników	82
5.3 Zalecenia dla lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów	83
5.4 Zalecenia dla służb medycyny pracy	84
5.5 Zalecenia dla władz	85
Bibliografia	88
Załącznik nr 1 – Rozmowy i konsultacje z ekspertami	101
Załącznik nr 2 – Wzór zaświadczenia o poziomie zdolności do pracy	102
Załącznik nr 3 – Dane porównawcze	103

Ramka nr 1. Program wczesnego diagnozowania RZS	61
Ramka nr 2. Praca z RZS	70
Ramka nr 3. Zasady terapii nieswoistych MSD	77
Rys. 2.1. Liczba przypadków chorób zawodowych w Polsce	14
Rys. 3.1. Częstość występowania bólów mięśniowych u polskich pracowników, z podziałem na część ciała i przyczynę	25
Rys. 3.2. Częstość występowania MSD w poszczególnych częściach ciała	26
Rys. 3.3. Prognoza zmian liczby ludności Polski do roku 2050	36
Rys. 3.4. Bezpośrednie koszty MSD w Polsce w latach 2007-2010	45
Rys. 3.5. Odsetek osób, u których w 2009 r. stwierdzono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy, z podziałem na grupy wiekowe	48
Rys. 3.6. Odsetek osób korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w 2009 r. w poszczególnych grupach wiekowych	49
Rys. 3.7. Koszty związane z niezdolnością do pracy	50
Rys. 4.1. Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce w 2007 r., z podziałem na rodzaje świadczeń	59
Rys. 4.2. Rezygnacje z potrzebnych badań medycznych w 2007 r., z podziałem na przyczyny i kwintyle dochodów	60
Rys. 4.3. Model ICF zastosowany w przypadku niezdolności do pracy w RZS	73
Tabela 3.1. Liczba hospitalizacji w wyniku MSD w latach 2006-2009	44
Tabela 3.2. Koszty MSD w Polsce w 2009 r.	52

Wykaz skrótów stosowanych w Raporcie

BHP	bezpieczeństwo i higiena pracy
CBT	Cognitive Behavioural Theory, teoria poznawczo-behawioralna
CIOP-PIB	Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
DALY	disability adjusted life years, lata życia skorygowane niesprawnością
DMARD	disease-modifying anti-rheumatic drugs, modyfikujące przebieg choroby leki antyreumatyczne
ETUI	European Trade Union Institute, Europejski Instytut Związków Zawodowych
EULAR	European League Against Rheumatism, Europejska Liga do Walki z Reumatyzmem
EWCS	European Working Conditions Survey, Europejskie Badanie Warunków Pracy
FUS	Fundusz Ubezpieczeń Społecznych
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HLA	Human Leucocyte Antigen, swoisty antygen leukocytów
IBD	inflammatory bowel disease, nieswoiste zapalenie jelit
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia
IMP	Instytut Medycyny Pracy
JŻ	jakość życia
LBP	low back pain, ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej
ŁZS	łuszczykowe zapalenie stawów
MIZS	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów
MSD	musculoskeletal disorders, zaburzenia (schorzenia) układu mięśniowo-szkieletowego
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug, niesterydowy lek przeciwzapalny
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
PKB	produkt krajowy brutto
QALY	quality adjusted life years, lata życia skorygowane jakością
ReZS	reaktywne zapalenie stawów
RF	rheumatoid factor, czynnik reumatyczny
RS	Reiter Syndrome, zespół Reitera
RSI	repetitive strain injury, chroniczne przeciążenie mięśni i ścięgien
RTG	rentgen
RZS	reumatoidalne zapalenie stawów
SpA	spondyloartropatia
TNF	tumor necrosis factor, czynnik martwicy nowotworu
UE	Unia Europejska
USA	United States of America, Stany Zjednoczone Ameryki
USG	ultrasonografia
USpA	undifferentiated spondyloarthropathy, niezróżnicowane spondyloartropatie
WHO	World Health Organisation, Światowa Organizacja Zdrowia
WRULD	work related upper limb disorders, dolegliwości szyi i kończyn górnych
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ZZSK	zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

1. Abstrakt

Zrównoważony rozwój Polski, zmierzającej w kierunku „gospodarki opartej na wiedzy“, będzie możliwy przede wszystkim dzięki pozyskaniu i utrzymaniu wykwalifikowanej siły roboczej. Wielu polskich pracowników zbyt wcześnie opuszcza rynek pracy ze względu na problemy zdrowotne uniemożliwiające wykonywanie obowiązków zawodowych; schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego takie jak bóle pleców, rąk i karku czy choroby stawów ograniczają wydajność co najmniej połowy osób zatrudnionych w Polsce. Według oficjalnych danych, niemal 10 procent krajowej populacji w wieku produkcyjnym nie pracuje z powodu całkowitej bądź częściowej niepełnosprawności.

Obecnie, po przejęciu Prezydencji Unii Europejskiej, Polska powinna dać przykład działań mających na celu bardziej efektywne radzenie sobie ze skutkami społecznymi chorób przewlekłych i związanych z pracą. Takich pozytywnych zmian dokonać można poprzez inwestowanie w dobre praktyki profilaktyki zdrowotnej i promocję ochrony zdrowia pracowników. Samo jednak reaktywne leczenie schorzeń przewlekłych nie wystarczy do długoterminowego rozwiązania problemu niezdolności do pracy i przedwczesnego opuszczania rynku pracy. Aby osiągnąć wyznaczone w strategii „Europa 2020”¹ cele dotyczące *podstawowej profilaktyki chorób przewlekłych*, Polska musi uwzględnić i obniżyć koszty leczenia chorób i starzenia się populacji ponoszone przez systemy opieki zdrowotnej i społecznej. Dokonać tego można poprzez podjęcie działań zmierzających do zatrzymania większej liczby pracowników na rynku pracy (lub ich powrotu na rynek pracy), niezależnie od problemów zdrowotnych ograniczających zdolność do pracy, z jakimi się borykają.

Istnieje konieczność dokonania fundamentalnej zmiany w sposobie traktowania problemu schorzeń przewlekłych przez decydentów, specjalistów ochrony zdrowia, pracodawców a nawet samych pacjentów. *Praca musi stać się pierwszoplanowym efektem leczenia*, ponieważ kontynuacja zatrudnienia lub powrót do pracy pozytywnie wpływa na somatyczny i psychiczny stan osób przewlekle chorych i zmniejsza społeczny ciężar chorób w Polsce. Konieczne jest opracowanie lepszych mechanizmów umożliwiających postawienie odpowiednio wczesnej diagnozy i przeprowadzenie rehabilitacji zawodowej, co pozwoli zapobiec skutkom lub zminimalizować długoterminowy wpływ schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego na wydajność pracy, koszty opieki zdrowotnej i stopień wykluczenia społecznego.

Projekt „Fit for Work?”

Projekt ten stanowi element szeroko zakrojonego programu, realizowanego w 31 krajach europejskich i pozaeuropejskich. Jego celem jest dokonanie szczegółowej analizy wpływu schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) na życie zawodowe tysięcy polskich

¹ „Europa 2020” jest unijną strategią rozwoju w kierunku inteligentnej, zrównoważonej i zapobiegającej wykluczeniu społecznemu gospodarki, zapewniającej wysoką stopę zatrudnienia, produktywność i spójność społeczną. Źródło: http://ec.europa.eu/europe2020/priorities/inclusive-growth/index_en.htm

pracowników, adekwatności oferowanego im leczenia i wsparcia, ich doświadczeń zawodowych, skutków tych schorzeń ponoszonych przez członków rodzin i współpracowników, a także wynikających z nich kosztów ludzkich i ekonomicznych. Ze szczególną uwagą przyglądaliśmy się bólom pleców oraz związanym z pracą zawodową dolegliwościom szyi i kończyn górnych (WRULD) – dwóm zespołom schorzeń zazwyczaj charakteryzujących się nieswoistymi i krótkotrwałymi objawami bólowymi oraz ograniczeniem ruchomości – a także reumatoidalnemu zapaleniu stawów (RZS) i spondyloartropatii (SpA), schorzeniom swoistym, często o charakterze postępującym, stopniowo obniżającym zdolność do pracy. Zapoznaliśmy się z najnowszymi badaniami naukowymi i empirycznymi dotyczącymi związku pomiędzy tymi schorzeniami a aktywnością na rynku pracy; przeprowadziliśmy też rozmowy z uznanymi polskim ekspertami w tej dziedzinie.

**Wpływ MSD
na populację
pracujących
Polaków**

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (musculoskeletal disorders, MSD) w istotny sposób wpływają na zdolność do pracy, zarówno w perspektywie jednostkowej, jak i zbiorowej, zmniejszając produktywność i udział w rynku pracy tysięcy polskich pracowników. Wyniki badań wskazują, że:

- Ponad połowa osób zatrudnionych w Polsce przynajmniej jednokrotnie doświadczyła bólów mięśni podczas wykonywania pracy.
- Około 300 000-400 000 osób może cierpieć na RZS lub spondyloartropatie zapalne.
- W 2010 r. przypadki MSD i zespołu cieśni nadgarstka skutkowały ponad 26 milionami dni nieobecności w pracy spowodowanej chorobą.
- W 2009 r. schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego kosztowały niemal 330 milionów euro wypłaconych w postaci zasiłków chorobowych i kolejne 470 milionów euro tytułem kosztów związanych z niezdolnością do pracy. Az 874 miliony euro przeznaczone zostało na finansowanie świadczeń związanych z niezdolnością do pracy, podczas gdy na rehabilitację zdrowotną wydano zaledwie 38 milionów euro.
- W 2010 r. ogólne bezpośrednie koszty związane ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego zamknęły się kwotą 937 milionów euro, z czego zaledwie 223 miliony euro wydatkowano na profilaktykę zdrowotną.
- Średni wiek osoby rehabilitowanej w Polsce wynosi 46 lat, co oznacza, że coraz więcej relatywnie młodych osób w wieku produkcyjnym wymaga wsparcia w leczeniu schorzeń długoterminowych.
- Co najmniej 12 procent bezrobotnych zarejestrowanych w Polsce nie poszukuje pracy z powodu problemów zdrowotnych.

Efekty MSD (w tym schorzeń opisanych w niniejszym raporcie) – mianowicie ból i ograniczenie zdolności ruchowej – mogą wpływać na szereg aspektów wydajności pracownika, w tym na: wytrzymałość, zdolności poznawcze i koncentrację, racjonalność myślenia/nastroj, sprawność ruchową i zręczność.

Opóźnienia w podjęciu leczenia mogą skutkować nasileniem się objawów schorzenia i ograniczyć zdolność danej osoby do kontynuacji zatrudnienia, wydłużyć czas przebywania na zwolnieniu lekarskim i utrudnić rehabilitację.

Staje się jasne, że osoby cierpiące na MSD skłonne są do zbyt pesymistycznego oceniania swojego stanu zdrowia. Niektórzy pracownicy zbyt wcześnie opuszczają rynek pracy, zadowolając się rentą z tytułu niezdolności do pracy, podczas gdy – z odpowiednim wsparciem – mogliby dalej pracować; inni nie chcą ujawnić faktu swojej choroby aż do momentu, w którym jej skuteczne leczenie nie jest już możliwe, generując dodatkowe koszty systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Znaczna część lekarzy pierwszego kontaktu i pracodawców nie do końca rozumie długofalowy wpływ problemów zdrowotnych na wydajność pracy i zdolność do kontynuacji zatrudnienia. Z drugiej jednak strony są oni w równym stopniu nieświadomi pozytywnego wpływu posiadania pracy, które skutkuje dłuższym zachowaniem wydolności funkcjonalnej i należytej kondycji psychicznej, co oznacza dla osób cierpiących na MSD satysfakcjonujące i produktywne życie.

W przypadku zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego praca może być zarówno ich przyczyną, jak i lekarstwem na nie. Podczas gdy fizyczne wymagania związane z pracą (lub ze środowiskiem pracy) mogą stanowić przyczynę lub nasilić dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, na stopień powodowanej przez nie długotrwałej absencji w pracy czy też niezdolności do pracy wpływają także czynniki psychospołeczne, takie jak zadowolenie z wykonywanej pracy czy odporność psychiczna. Wielu lekarzy pierwszego kontaktu i pracowników, obawiając się konsekwencji prawnych, błędnie zakłada, że powrót do pracy i jej efektywne wykonywanie wymaga od pracowników stuprocentowej zdolności do pracy. Tymczasem wyniki badań wskazują, że stopniowy lub wieloetapowy powrót do pracy może wspomóc łagodzenie skutków wielu schorzeń i ułatwić leczenie MSD. Biopsychospołeczny model zdrowia wskazuje na wzajemne zależności czynników biologicznych (schorzenie, obciążenie, uszkodzenie stawów itp.), psychologicznych (np. usposobienie, niepokój) i społecznych (np. wymogi wynikające z zatrudnienia, wsparcie ze strony rodziny) i stanowi użyteczną metodę oceny przyczyn niektórych MSD, planowania leczenia i terapii oraz stosowania rehabilitacji w miejscu pracy.

Patrząc w przyszłość, która najprawdopodobniej przyniesie starzenie się polskiej siły roboczej, wzrost liczby osób otyłych i palących, zmniejszoną aktywność fizyczną i ogólną sprawność całej populacji, można z dużą dozą prawdopodobieństwa uznać, że w średnio- i długoterminowej perspektywie sytuacja w obszarze zachorowalności i skutków MSD pogorszy się raczej niż poprawi. Obawiamy się, że spowoduje to obniżenie jakości życia zawodowego wielu polskich pracowników i w negatywny sposób wpłynie na tak przecież ważną produktywność polskiej siły roboczej.

**Co można
zrobić?**

Specjaliści ochrony zdrowia, pracodawcy, pracownicy i rząd powinni przede wszystkim skoncentrować swoją uwagę na sześciu głównych postulatach, których realizacja pozwoli na poprawienie zdolności do pracy osób cierpiących na MSD.

- **Podstawą jest wczesna interwencja.** Zgodnie z wynikami znakomitej większości badań, długotrwała nieobecność w pracy niesie za sobą zazwyczaj negatywne skutki dla pacjentów z MSD – im dłużej nie pracują, tym trudniejszy psychicznie jest dla nich powrót do pracy. Działania podjęte z odpowiednim wyprzedzeniem, najlepiej wspólnie przez lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów, pacjenta i jego pracodawcę, mogą umożliwić osobom cierpiącym na MSD utrzymanie zatrudnienia i ułatwić im zachowanie równowagi pomiędzy odczuwaną potrzebą odpoczynku i pracy. W przypadku niektórych pacjentów z MSD, wczesna diagnoza i następujące po niej fizjoterapia i leczenie farmakologiczne mogą zmniejszyć nasilenie objawów, skutki i postępy choroby, podczas gdy ewentualne opóźnienia w diagnozowaniu i leczeniu mogą w znacznym stopniu utrudnić powrót do zdrowia, kontynuowanie pracy i rehabilitację. Ważnym źródłem wsparcia i informacji o sposobach radzenia sobie z przewlekłymi schorzeniami są organizacje pacjenckie.
- **Należy odpowiednio kształcić specjalistów ochrony zdrowia.** Klinicyści powinni rozumieć, że możliwość podjęcia pracy stanowi istotny efekt leczenia i znać najbardziej efektywne kosztowo metody osiągnięcia takiego wyniku. Największe szanse na rozpoznanie wczesnych objawów wielu MSD mają lekarze pierwszego kontaktu; to właśnie oni muszą umieć rozpoznać konkretne schorzenia i jak najszybciej kierować pacjentów do specjalistów, umożliwiając tym samym rozpoczęcie terapii. Ponadto, powinni oni umiejętnie wyjaśniać pacjentom z MSD pozytywny wpływ pracy na wynik leczenia i zachęcać chorych do kontynuowania zatrudnienia odpowiedniej jakości. Pracownicy służby zdrowia powinni kierować pacjentów do stosownych pacjenckich grup wsparcia, które często mogą udzielić im rad dotyczących sposobów pozostania w pracy lub powrotu do pracy.
- **Należy wprowadzić system stopniowego powrotu do pracy.** Aby umożliwić ponowne podjęcie zatrudnienia (w pełnym lub częściowym wymiarze) większej liczbie osób zdolnych do pracy, konieczne jest ustanowienie lepszego systemu monitorowania stanu zdrowia poszczególnych pracowników. Pracownicy mogą przeceniać wpływ MSD na swoją zdolność do powrotu do pracy. Jeżeli lekarze pierwszego kontaktu mogliby wystawiać pacjentom „Zaświadczenia o poziomie zdolności do pracy” zamiast „Zwolnień z pracy”, pozwoliłoby to na lepsze określenie zakresu obowiązków, jakie pracownik jest nadal w stanie wykonywać. Ponadto, praktyka taka ułatwiłaby dobór modyfikacji miejsca pracy służących kontynuacji zatrudnienia oraz metod rehabilitacji, a także pozwoliłaby na skoncentrowanie się na zapobieganiu zbyt wczesnemu opuszczaniu rynku pracy ze względu na niepełnosprawność. Opisana polityka, wdrażana obecnie w Wielkiej Brytanii,

jest realizowana także w innych państwach członkowskich UE. Trzeba rozważyć jej wprowadzenie na gruncie polskim.

- **Należy ustanowić zorganizowany system rehabilitacji zawodowej.** Pracodawcy muszą zdać sobie sprawę z wpływu złego stanu zdrowia pracowników na ich zaangażowanie i produktywność oraz z pozytywnego wpływu pracy na ogólne samopoczucie. Samo zapewnienie pracy ludziom cierpiącym na schorzenia przewlekłe nie wystarczy. Konieczne jest współdziałanie kadry kierowniczej i pracowników, które powinno odbywać się pod nadzorem specjalisty medycyny pracy i obejmować dostosowanie organizacji pracy w sposób gwarantujący zachowanie jej jakości, unikanie nadmiernych lub szkodliwych obciążeń oraz przestrzeganie dobrych praktyk ergonomicznych. Proste rozwiązania w rodzaju alternatywnego zakresu obowiązków czy elastycznego czasu pracy znacząco ułatwią pracownikowi ponowne osiągnięcie pełnej produktywności.
- **Konieczna jest strategiczna analiza problemu redukcji bezpośrednich i pośrednich kosztów MSD.** Należy opracować lepsze środki służące ocenie wpływu MSD na sytuację społeczną, ekonomiczną i stan zatrudnienia, co pozwoli Narodowemu Funduszowi Zdrowia i Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych na bardziej spójne, wspólne monitorowanie skutków MSD zarówno w obszarze zdrowotnym, jak i rynku zatrudnienia. Dzięki wiarygodnym analizom decydenci zyskają możliwość długofalowego przewidywania i zapobiegania znacznym i wciąż rosnącym kosztom społecznym chorób przewlekłych.
- **Krajowy Plan zapobiegania i leczenia MSD.** Z uwagi na daleko idące skutki występowania zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego w populacji Polaków w wieku produkcyjnym, sugerujemy opracowanie Krajowego Planu wczesnego diagnozowania, leczenia i rehabilitacji osób cierpiących na MSD. Plan może ustanawiać krajowe standardy diagnozowania i leczenia oraz stanowić płaszczyznę koordynacji działań podejmowanych przez resorty i instytucje rządowe, a także tworzyć mechanizmy wspierania działań podejmowanych przez lekarzy i pracodawców w celu kontynuacji zatrudnienia i ułatwiania powrotu do pracy cierpiącym na MSD osobom w wieku produkcyjnym. Jednocześnie plan taki umożliwi decydom monitorowanie postępów w diagnozowaniu i udostępnianiu odpowiednich terapii MSD w Polsce. Podobne mechanizmy wprowadzone zostały w innych krajach; przykładowo, w Irlandii powołany został Krajowy Konsultant Kliniczny, który nadzoruje wdrażanie planu krajowego. Rekomendujemy rozważenie ustanowienia takiego stanowiska w Polsce.

Z informacji przedstawionych w niniejszym raporcie wynika, że znaczna część Polaków w wieku produkcyjnym jest lub będzie w najbliższych latach bezpośrednio dotknięta skutkami schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Może to powodować istotne konsekwencje społeczne i ekonomiczne dla pracowników i ich rodzin oraz zmniejszyć ogólną produktywność siły roboczej i

poszczególnych branż, co z kolei może nadmiernie obciążyć zarówno system opieki zdrowotnej, jak i zabezpieczenia społecznego.

Uzyskaliśmy ważne dowody kliniczne, epidemiologiczne, psychologiczne i ekonomiczne oraz opinie ekspertów dotyczące charakterystyki, zakresu i skutków schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego występujących w Polsce. Nadal wydaje się jednak, że brakuje spójnej i całościowej analizy oraz działań koncentrujących się na **postrzeganiu pacjentów z MSD z perspektywy ich aktywności zawodowej** oraz na kosztach społecznych MSD, a nie tylko na kosztach bezpośrednich tego typu schorzeń. Chociaż powiększa się grono orędowników stosowania modelu biopsychospołecznego w kontekście wszystkich MSD, zauważyliśmy, że niektóre z podmiotów zdolnych znacząco wpłynąć na realizację postulatu włączenia pracowników z MSD do rynku pracy nie wykazują zbyt silnego zainteresowania tą kwestią.

2. Wstęp

2.1 Polska należy do najszybciej rozwijających się gospodarek w Europie. W porównaniu do swoich wschodnioeuropejskich sąsiadów i pozostałych członków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Polska w najmniejszym stopniu odczuła skutki światowego kryzysu ekonomicznego, zachowując w 2009 r. najwyższą realną stopę wzrostu gospodarczego w całej OECD (OECD, 2010). Polska gospodarka rozwija się miarowo, stopniowo przechodząc do modelu gospodarki opartej na wiedzy (*knowledge economy*). Nieodzownym czynnikiem zrównoważonego rozwoju są solidni i zdrowi pracownicy; to właśnie dlatego osiągnięcie wyższego wskaźnika zatrudnienia jest jednym z najważniejszych priorytetów gospodarczych Polski (Bank Światowy, 2011).

Polska jest jednym z nielicznych krajów OECD, które odnotowały spadek bezrobocia w okresie kryzysu gospodarczego (2007-2009). Liczba osób pozostających w Polsce bez pracy spadła o 1,4 procent (OECD, 2011) a stopa bezrobocia osiągnęła w 2010 r. poziom 9,7 procent.² To jednak nie bezrobocie, a brak aktywności osób w wieku produkcyjnym może zahamować zrównoważony rozwój gospodarczy. W Polsce wskaźnik zatrudnienia populacji w wieku produkcyjnym wynosi 59,3 procent, co nadal stanowi wynik gorszy niż średnia OECD wynosząca 66,1 procent (OECD, 2011). Generalnie rzecz biorąc, polscy pracownicy opuszczają rynek pracy wcześniej niż zatrudnieni z pozostałych krajów UE.³ Dążąc do osiągnięcia niezmiennego bądź wyższego poziomu wydajności przy pomocy mniej licznej siły roboczej, organizacje będą stawiać przed pracownikami coraz bardziej wymagające zadania, co może negatywnie wpłynąć na stan fizyczny i psychiczny tych ostatnich.

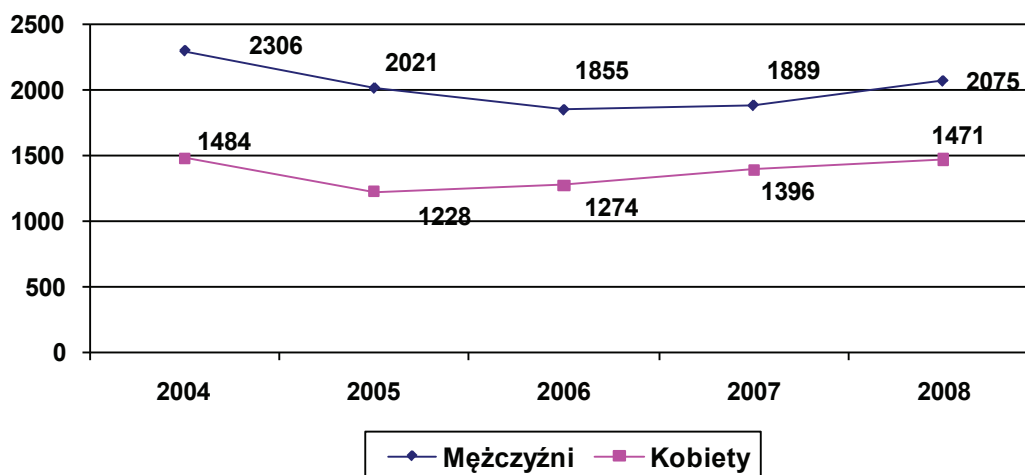
Mając na uwadze cele strategiczne wzrostu gospodarczego (Bank Światowy, 2011), zrozumiałym jest, że Polska odczuwa potrzebę maksymalizacji produktywności krajowej siły roboczej w celu uzyskania jak największych korzyści ekonomicznych. Obok umiejętności zawodowych, poziomu wykształcenia i kwalifikacji, jednym z najważniejszych czynników wzrostu wydajności pracy w Polsce jest kondycja zdrowotna i psychiczna osób zatrudnionych. Tymczasem stan zdrowia wielu polskich pracowników nie jest dobry. Choć w ostatnich latach podjęto różnorodne działania dotyczące monitorowania higieny i bezpieczeństwa w miejscu pracy, których celem było zmniejszenie liczby przypadków chorób zawodowych, niedawno przeprowadzone badania wskazują, że liczba ta ponownie zaczęła wzrastać (von Hirschberg, Kähler i Nienhaus, 2009). Centralny Rejestr Chorób Zawodowych Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi (IMP) odnotowuje wzrost ogólnej liczby przypadków chorób zawodowych⁴:

² Źródło: Portal danych statystycznych OECD <http://www.oecd.org/>

³ Źródło: Baza danych statystycznych Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>

⁴ Źródło: Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi <http://www.imp.lodz.pl/>

Rys. 2.1. Liczba przypadków chorób zawodowych w Polsce



Źródło: IMP

W 2006 r. choroby przewlekłe układu ruchu stanowiły co najmniej 2,7 procent wszystkich przypadków chorób zawodowych (Wilczyńska, Szeszenia-Dąbrowska i Szymczak, 2007); do 2008 r. odsetek ten wzrósł do 3,4 procent.⁵ Ogólna chorobowość MSD wśród pracowników w Polsce może okazać się dużo wyższa, ponieważ, jak zarzucają niektórzy badacze, statystyki pomijają przypadki zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego, które są *związane z pracą, ale nie wywołane przez pracę*.⁶ W konsekwencji, schorzenia tego rodzaju stanowią jedną z najczęstszych przyczyn nieobecności w pracy: Zakład Ubezpieczeń Społecznych ocenia, że co najmniej 12,8 procent wszystkich przypadków absencji chorobowej pracowników związanych jest z MSD i zespołem cieśni nadgarstka.⁷

Z biegiem czasu schorzenia przewlekłe eliminują z polskiego rynku pracy pracowników posiadających tak przecież potrzebne umiejętności i doświadczenie: niepełnosprawność jest główną przyczyną braku aktywności zawodowej wśród Polaków w wieku 45-59 lat i Polek w przedziale wiekowym 45-54 lat (Bank Światowy, 2011). W latach 2005-2009 co najmniej 15,7 procent Polaków w wieku produkcyjnym nie poszukiwało pracy ze względu na stan zdrowia; kolejne 2,5 procent pozostawało bez pracy z uwagi na konieczność opiekowania się niepełnosprawnymi lub sędziwymi członkami gospodarstwa domowego (Czapiński i Panek, 2010).

Zwiększenie aktywności chorych pracowników i ich nieformalnych opiekunów na rynku pracy przyniosłoby znaczne korzyści ekonomiczne (Bank Światowy, 2011). Jako że problemy

⁵ Źródło: Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi <http://www.imp.lodz.pl/>

⁶ Rozmowa z ekspertem

⁷ Dane uzyskane z ZUS

zdrowotne i przewlekłe schorzenia mogą znacząco wpływać na efektywność pracy – nawet w korzystnym klimacie ekonomicznym – należy zwrócić szczególną uwagę na zachowanie zdolności do kontynuowania aktywności zawodowej wśród osób starszych i wspieranie ich konkurencyjności zawodowej względem młodszych pracowników. Co więcej, zmniejszenie obciążeń wynikających ze złego stanu zdrowia i chorób przewlekłych zapobiegnie szeregowi szkodliwych konsekwencji społecznych. Z powyższej argumentacji wynikają istotne wnioski.

Po pierwsze, konkurencyjność polskiej gospodarki wynika (i będzie wynikać) przede wszystkim z umiejętności, doświadczenia i wiedzy polskich pracowników. Mimo, że Polska poczyniła duże postępy dążąc do osiągnięcia statusu „gospodarki opartej na wiedzy“, o której mowa w unijnej Strategii Lizbońskiej z 2000 r. (Posiedzenie Rady Europejskiej w Lizbonie, 2000), w jednym z raportów Komisji Europejskiej z 2006 r. stwierdzono, że liczba „pracowników wiedzy“ w Polsce była wówczas wciąż o 27 procent niższa od średniej europejskiej (Technopolis, 2006). Istnieje ryzyko, że ze względu na problemy zdrowotne gospodarka polska zostanie pozbawiona niezwykle jej potrzebnych umiejętności i wiedzy; tym samym realizacja długoterminowego planu przejścia do modelu „gospodarki opartej na wiedzy“ może okazać się trudniejsza.

Po drugie, z punktu widzenia jednostki, bezrobocie i utrata pracy niosą ze sobą poważne konsekwencje finansowe i zdrowotne. Badania wykazały, że osoby, które straciły pracę, narażone są na znaczne pogorszenie kondycji fizycznej i umysłowej, trwające nierzadko przez wiele miesięcy (Armstrong, 2006; Brinkley, Clayton, Coats, Hutton i Overell, 2008). Aby aktywizować coraz większą część populacji w wieku produkcyjnym, należy tworzyć nie tylko coraz więcej miejsc pracy, ale – co niezmiernie istotne – upewnić się, że są to „dobre“ miejsca pracy.

Po trzecie, kluczową kwestią jest zapobieżenie sytuacji, w której utrata pracy dotyka przede wszystkim najbardziej narażone na ekonomiczne zawirowania grupy zatrudnionych, czyli głównie niepełnosprawnych i cierpiących na długotrwałe lub przewlekłe problemy zdrowotne. Znalezienie sposobu na poprawienie stabilności zatrudnienia takich pracowników jest o tyle ważne, że – jak wiadomo – po wyjściu takich osób z rynku pracy ich szanse na powrót do pracy ulegają znacznemu zmniejszeniu. Ważne jest, aby podejmując działania zmierzające do zwiększenia liczby zatrudnionych, zachęcać chorych i zmagających się z długotrwałymi problemami zdrowotnymi pracowników do prowadzenia produktywnego i satysfakcjonującego życia zawodowego oraz chronić ich przed ubóstwem.

Po czwarte, decydenci w Polsce muszą zdać sobie sprawę, że z występowania chorób przewlekłych wynikają ogromne obciążenia społeczne. Rozwój gospodarczy hamowany jest w równym stopniu przez niedobór wykwalifikowanych, zmotywowanych i zdrowych pracowników,

jak i wzrastające koszty związane z niezdolnością do pracy. To właśnie na tej kwestii koncentrują się rozważania zasadniczej części niniejszego raportu.

Od wielu lat zdrowie i samopoczucie polskich pracowników stanowiło powód do niepokoju; niepokój ten będzie się nasilał w kontekście zarówno kryzysu gospodarczego, jak i faktu starzenia się siły roboczej w Polsce (Bank Światowy, 2011). Poniższe wyniki badań ilustrują niektóre z omawianych trendów:

- Czwarte europejskie badanie warunków pracy (European Working Conditions Survey (EWCS), Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley i Vermeylen, 2007) wykazało, że w 2005 r. niemal 46 procent polskich pracowników uskarżało się na związane z pracą ból pleców. Raport „Aktywność ekonomiczna ludności Polski” (GUS, 2008) wskazuje, że praca zawodowa była przyczyną bądź czynnikiem nasilającym objawy co najmniej 1,7 miliona przypadków bólu pleców w 2006 r.
- Parent-Thirion i in. (2007) stwierdzili, że 44 procent [polskich] pracowników uskarżało się na bóle mięśni karku, ramion i kończyn (średnia unijna: 22,8 procent). Zgodnie z raportem „Aktywność ekonomiczna ludności Polski w latach 2006-2007” niemal milion polskich pracowników uskarżało się na związane z pracą bóle mięśni karku, ramion, rąk i dłoni (GUS, 2008).
- W 2010 r. przypadki MSD i zespołu cieśni nadgarstka skutkowały prawie 26,3 milionami dni nieobecności w pracy spowodowanej chorobą.⁸
- Średni wiek wyjścia z rynku pracy w Polsce wynosi 61,4 lat w przypadku mężczyzn i 57,5 lat w przypadku kobiet, podczas gdy średnia unijna wynosi odpowiednio 61,9 i 60,5 lat.⁹
- W 2008 r. co najmniej 3,1 miliona osób pozostawało nieaktywnych zawodowo z powodu całkowitej bądź częściowej niepełnosprawności.¹⁰ Liczba ta stanowi 10 procent całej populacji w wieku produkcyjnym.¹¹ Jednocześnie coraz więcej osób w wieku produkcyjnym jest niepełnosprawnych: w 2010 r. wśród zatrudnionych było do 21,9 procent niepełnosprawnych, podczas gdy w 2007 r. odsetek ten wynosił 19,4 procent.¹²
- W 2005 r. co najmniej 5 procent Polaków pozostawało bez pracy z powodu niepełnosprawności związanej z MSD; kolejne 2,8 procent było niezdolnych do samodzielnej egzystencji podczas gdy u 16,3 procent pracowników stwierdzono częściową niezdolność do pracy spowodowaną MSD (Roman-Liu i Bartuzi, 2007).
-

⁸ Dane uzyskane z ZUS

⁹ Źródło: Baza danych statystycznych Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

¹⁰ Źródło: Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/>

¹¹ Źródło: Główny Urząd Statystyczny <http://www.stat.gov.pl/>

¹² Dane wynikające ze statystyki GUS uzyskane od eksperta krajowego

- Co najmniej 12 procent zarejestrowanych bezrobotnych nie poszukuje pracy z powodu problemów zdrowotnych (Czapiński i Panek, 2010).
- W 2009 r. co najmniej 5835 osób otrzymało rentę z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami układu mięśniowego i kostno-stawowego. Spośród nich, 866 osób uznanych zostało za całkowicie niezdolne do pracy.¹³

Pomimo tego, że powyższe dane potwierdzają, iż schorzenia mięśniowo-szkieletowe znacząco wpływają na stan zdrowia polskich pracowników, zmniejszenie częstotliwości ich występowania nie jest, jak na razie, traktowane priorytetowo przez decydentów i pracodawców. Tym istotniejsze jest zatem podnoszenie świadomości bezpośrednich i pośrednich kosztów złego stanu zdrowia ponoszonych przez organizacje i społeczeństwo, a także ocena jego potencjalnych długofalowych konsekwencji. Obecnie, po przejęciu Prezydencji Unii Europejskiej, Polska powinna dać przykład działań mających na celu bardziej efektywne radzenie sobie ze skutkami obciążeń społecznych wynikających z występowania chorób przewlekłych i związanych z pracą. Takich pozytywnych zmian dokonać można poprzez inwestowanie w dobre praktyki zapobiegania długoterminowym problemom zdrowotnym.

2.2
MSD w
krajach Unii
Europejskiej

W perspektywie europejskiej, Komisja Europejska i jej partnerzy społeczni od kilku lat są coraz bardziej zaniepokojeni powszechnością występowania i skutkami związanych z pracą zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Szacuje się, że 100 milionów Europejczyków cierpi na przewlekłe bóle mięśniowo-szkieletowe (Veale, Woolf i Carr, 2008), z czego ponad 40 milionów pracowników zatrudnionych w krajach UE to osoby chore na MSD, co stanowi blisko połowę wszystkich odnotowywanych tam zaburzeń zdrowotnych związanych z pracą (Europejski Instytut Związków Zawodowych (ETUI), 2007). Szacuje się, że koszty społeczne związane z występowaniem MSD wynoszą od 0,5 do 2,0 procent produktu krajowego brutto (PKB) (Cammarota, 2005).

Opublikowane przez Fundację Europejską Czwarte Europejskie Badanie Warunków Pracy (Parent-Thirion i in., 2007) ujawniło, że 25 procent osób zatrudnionych w krajach UE cierpi na okresowe bóle pleców, a 23 procent – na bóle mięśni. Co więcej, Komisja Europejska szacuje, że MSD jest przyczyną 50 procent nieobecności w pracy trwających 3 lub więcej dni oraz 60 procent przypadków trwałej niezdolności do pracy. Zdrowie i wydajność populacji UE w wieku produkcyjnym muszą stać się priorytetami polityki europejskiej, jeżeli oparta na wiedzy gospodarka europejska ma wyjść z kryzysu i stać się siłą zdolną do konkurowania z gospodarką amerykańską i rozwijającymi się gospodarkami krajów azjatyckich. Niniejszy raport sytuuje Polskę w szerszym kontekście UE i wskazuje obszary, w których kraj radzi sobie dobrze, oraz wyzwania, przed

¹³ Dane wynikające ze statystyki ZUS uzyskane od eksperta krajowego

którymi stoi. Ponadto, Załącznik nr 3 porównuje wskaźniki dotyczące rynku pracy oraz systemów opieki społecznej i zdrowotnej, pochodzące z różnych krajów europejskich.

2.3

W ramach przedmiotowego projektu poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania:

Cele badania

1. Jaki jest wpływ MSD na zatrudnienie i wyniki gospodarcze w Polsce? Jak może się to zmienić z uwagi na przewidywane w przyszłości zmiany demograficzne, dotyczące populacji pracowniczej i stylu życia?
2. Jaka jest zależność pomiędzy pracą a MSD? Jaki wpływ na MSD wywierają czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne, w tym związane ze środowiskiem pracy?
3. Jak pracodawcy, organy rządowe, lekarze pierwszego kontaktu i specjaliści medycyny pracy radzą sobie z MSD w kontekście zatrudnienia i jak dobrze rozumieją problematykę tych schorzeń? Czy służba zdrowia jest dobrze przygotowana do przeprowadzania wczesnej interwencji oraz rehabilitacji i oferowania wsparcia osobom cierpiącym na MSD?
4. Jakie formy wczesnej interwencji mogą zapewnić decydenci i pracodawcy, umożliwiając osobom chorym na MSD:
 - a. kontynuację zatrudnienia;
 - b. maksymalizację jakości życia zawodowego oraz udziału w życiu społecznym;
 - c. zachowanie dostępu do rynku pracy (i możliwości powrotu do zatrudnienia).

Analizując wymienione powyżej cele, zastosowaliśmy następujące metody badawcze:

1. Analiza źródeł wtórnych: Skorzystaliśmy z opublikowanych już wyników badań zamieszczonych w publikacjach z dziedziny medycyny ogólnej, medycyny pracy i ekonomiki zdrowia. Pozwoliło nam to na zebranie wiarygodnych informacji na temat istoty MSD, ich zakresu, skutków i kosztów dla polskiej gospodarki, pracodawców i jednostek. Zbadaliśmy różnorodne postaci MSD, co pozwoliło nam na ustalenie stopnia zróżnicowania ich skutków oraz zidentyfikowanie tych obszarów polityki i praktyki, które są skuteczne dla profilaktyki i interwencji MSD oraz tych, które działają wadliwie.
2. Analiza danych pomocniczych: Wykorzystaliśmy dane uzyskane z krajowych i europejskich badań, aby zbadać powszechność występowania i koszty MSD dla populacji Polaków w wieku produkcyjnym.
3. Rozmowy z ekspertami: Przeprowadziliśmy rozmowy z polskimi ekspertami różnych specjalności (zajmującymi się np. kosztami społecznymi chorób, medycyną pracy, niepełnosprawnością i chorobami reumatycznymi) w celu określenia głównych obszarów polityki i praktyki, którymi muszą przyjrzeć się decydenci, specjaliści ochrony zdrowia oraz pracodawcy.

Ponadto, oprócz szerokiego zdiagnozowania problemu, zdecydowaliśmy się na uszczegółowienie badań poprzez skoncentrowanie podejmowanych działań na czterech kategoriach czy też rodzajach MSD. Obejmują one:

- bóle pleców;
- związane z pracą zawodową dolegliwości szyi i kończyn górnych (WRULD);
- reumatoidalne zapalenie stawów (RZS);
- spondyloartropatię (SpA).

Bóle pleców oraz większość WRULD są zaliczane do nieswoistych i krótkotrwałych schorzeń, spowodowanych wykonywaną pracą, która jest także niejednokrotnie przyczyną zaostrzenia się objawów chorobowych. Wymienione powyżej MSD objawiają się na różnorakie sposoby i mogą prowadzić do trwającego dłuższy czas silnego dyskomfortu i ograniczenia sprawności ruchowej, co może wpływać na zdolność poszczególnych pracowników do wykonywania obowiązków służbowych. Objawy mogą również ustępować na dłuższy okres. Wiele osób dotkniętych dolegliwościami takimi jak bóle pleców nie zwraca się z tym problemem do lekarza i większość z nich odzyskuje sprawność bez pomocy specjalisty. Jednakże schorzenia te mogą być przyczyną długotrwałej absencji chorobowej lub zmniejszonej wydajności. O bólach pleców oraz WRULD wspomina się często w regulaminach BHP i w literaturze dotyczącej medycyny pracy, i to specjaliści medycyny pracy zajmują się zwykle ich leczeniem.

Natomiast RZS i SpA to swoiste, postępujące choroby reumatyczne, których przyczyną nie jest wykonywana praca, ale których przebieg może ulegać zaostrzeniu pod jej wpływem. Osoby cierpiące na RZS lub SpA korzystają zazwyczaj z pomocy lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów chorób reumatycznych, a nie lekarzy medycyny pracy. Wymienione MSD to diagnozowane klinicznie schorzenia, które nieleczone postępują w sposób łatwy do przewidzenia. Mogą one znacząco wpływać na wydolność funkcjonalną w miejscu pracy oraz na uczestnictwo w rynku pracy w dłuższej perspektywie. Większość osób cierpiących na wymienione schorzenia wymaga długotrwałej interwencji klinicznej, a w przypadku osób w wieku produkcyjnym terapia powinna być prowadzona przy częstym i aktywnym udziale klinicystów, pracodawców i specjalistów medycyny pracy.

Podsumowując, omawiane tutaj MSD stanowią schorzenia, które w pewnym momencie życia mogą dotknąć co najmniej połowę populacji pracowniczej w Polsce. Lepsze zrozumienie ich wpływu na życie osób chorych w wieku produkcyjnym, korzyści wynikających z kontynuacji zatrudnienia takich osób, a także sposobów łagodzenia skutków tych schorzeń, może przynieść znaczne korzyści społeczne i gospodarcze.

2.4 Uwagi dotyczące definicji Z uwagi na brak zgodności co do definicji klinicznej wielu MSD, posługiwanie się publikacjami dotyczącymi chorobowości, zachorowalności, diagnostyki, epidemiologii czy kosztów ponoszonych przez społeczeństwo polskie w związku z MSD jest zadaniem następującym wiele trudności. Stosowanie nieznormalizowanej i niezwyfikowanej terminologii i klasyfikacji MSD jest jedną z przyczyn pojawiania się sprzecznych wyników badań w publikacjach poświęconych diagnostyce, epidemiologii, leczeniu i rehabilitacji tych schorzeń (Światowa Organizacja Zdrowia, WHO, 2003). Niektórzy klinicyści rozróżniają „schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego” (ang. musculoskeletal conditions) i „zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego” (musculoskeletal disorders) zwane też czasem „zaburzeniami mięśniowo-szkieletowymi”. Pierwszy termin odnosi się do schorzeń klinicznych oddziałujących na układ mięśniowo-szkieletowy a drugi, zgodnie z definicją ETUI (2007), oznacza „wszelkie dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego występujące w miejscu pracy i będące źródłem dyskomfortu, trudności lub bólu podczas wykonywania pracy”.

Wiele problemów z oceną zakresu MSD w Polsce wynika ze słabo zarysowanej różnicy znaczeniowej pomiędzy schorzeniami wpływającymi na pracę a tymi wywołanymi przez środowisko pracy.¹⁴ Opracowany w Polsce wykaz chorób zawodowych ma charakter zamknięty (von Hirschberg, Kähler i Nienhaus, 2009). Za chorobę zawodową uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy (Rada Ministrów, 2009c). Istnieje duża dowolność w doborze kryteriów zbierania danych dotyczących chorobowości i zachorowalności na MSD, a te mogą obejmować część ciała, której dotyczy choroba lub przyczyny jej powstania (Sula, 2007). Oficjalny wykaz chorób zawodowych w Polsce obejmuje wyłącznie następujące MSD (Rada Ministrów, 2009a):

1. Choroby przewlekłe układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy:
 - a. przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki;
 - b. przewlekłe zapalenie kaletki maziowej;
 - c. przewlekłe uszkodzenie łąkotki;
 - d. przewlekłe uszkodzenie torebki stawowej;
 - e. przewlekłe zapalenie okołostawowe barku;
 - f. przewlekłe zapalenie nadkłykcia bocznego kości ramiennej;
 - g. zmęczeniowe złamanie kości;
 - h. nekroza niedokrwienna nadgarstka.

¹⁴ Rozmowa z ekspertem

2. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy:
 - a. zespół cieśni nadgarstka;
 - b. zespół kanału de Guyona;
 - c. uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej.
3. Zespół wibracyjny:
 - a. postać naczyniowo-nerwowa;
 - b. postać kostno-stawowa;
 - c. postać mieszana: naczyniowo-nerwowa i kostno-stawowa.

Wymienione schorzenia dotyczą przede wszystkim kończyn górnych oraz tkanek miękkich, podczas gdy w innych krajach UE częściej wśród chorób zawodowych wymienia się dolegliwości bólowe okolicy lędźwiowo-krzyżowej, stany zapalne i schorzenia kręgosłupa. Rozbieżności definicyjne i niestosowanie się do klasyfikacji chorób ICD-10 prowadzi do problemów przy zbieraniu i monitorowaniu danych dotyczących chorobowości i zachorowalności MSD w Polsce.¹⁵ Dalszy podział zależy od tego czy choroba ma status schorzenia „przewlekłego”.¹⁶ Dla przykładu, Polski wykaz chorób przewlekłych wymienia wyłącznie agresywną postać reumatoidalnego zapalenia stawów (Rada Ministrów, 2009a), co podnosi koszty leczenia dla niektórych pacjentów.¹⁷ Opracowanie opisowego krajowego rejestru chorób zawodowych jak również rozszerzenie wykazu chorób przewlekłych stanowiłoby czynnik sprzyjający przyjęciu spójnego podejścia do profilaktyki i terapii chorób zawodowych w Polsce.

2.5 Niniejszy raport składa się z następujących części:

Struktura raportu

- Część III omawia zakres występowania MSD w Polsce oraz ich wpływ na wydajność i obecność w pracy, uczestnictwo w rynku pracy oraz szeroko rozumianą gospodarkę kraju.
- Część IV analizuje różne rodzaje interwencji, w tym rehabilitację zawodową, które mogą zwiększyć stabilność zatrudnienia i uczestnictwo w rynku pracy osób cierpiących na MSD.
- Część V zawiera rekomendacje dla pracodawców, pracowników, lekarzy pierwszego kontaktu, specjalistów medycyny pracy i Rządu RP.

¹⁵ Rozmowa z ekspertem

¹⁶ Rozmowa z ekspertem

¹⁷ Rozmowa z ekspertem

- W Załączniku nr 3 zamieszczono wykres porównawczy, na którym zestawiono wskaźniki dotyczące rynku pracy, systemów opieki społecznej i zdrowotnej dla każdego kraju zaangażowanego w projekt Fit for Work.

3. Praca i MSD w Polsce

W tej części raportu opisujemy skutki zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego zaobserwowane w populacji Polaków w wieku produkcyjnym. Podstawę tych obserwacji stanowią dane, wyniki badań i wypowiedzi uzyskane – wszędzie tam, gdzie było to możliwe – ze źródeł polskich. Z treści poniższej części raportu wyłania się obraz wyzwań, przed którymi stoją (i będą stawać w przyszłości) polscy pracownicy, ich rodziny, pracodawcy a w końcu - organy państwowe. Najważniejszymi kwestiami omawianymi w Części III są:

1. brak odpowiednich danych dotyczących występowania MSD w Polsce i konsekwencje tego stanu rzeczy;
2. wpływ MSD na zdolność do pracy;
3. potencjalny wpływ wykonywanej pracy na MSD;
4. szersze ujęcie ekonomicznych i społecznych konsekwencji MSD w Polsce.

Nasze rozważania rozpoczniemy analizą jakości dostępnych danych.

3.1 Pomimo prób podejmowanych przez licznych badaczy, trudno jest podać precyzyjne dane liczbowe
Niejasny na temat MSD występujących w polskiej populacji w wieku produkcyjnym. Europejska Fundacja
obraz Poprawy Warunków Życia i Pracy (Eurofound, 2007) wielokrotnie próbowała naszkicować wiarygodny statystyczny obraz MSD w Polsce, bez większych efektów. Chociaż dane zbierane są przy pomocy różnorodnych metod, kryteria identyfikacji przypadków MSD pozostają niejednolite pod względem klasyfikacji dotkniętych nimi części ciała i przyczyn schorzenia (Sula, 2007). Poza tym, zgłaszane przez pracowników objawy MSD mogą być wyolbrzymiane w celu uzyskania świadczeń socjalnych.¹⁸ Nawet instytucje rządowe dysponują tylko fragmentarycznymi danymi na temat chorobowości MSD wśród populacji w wieku produkcyjnym (Sula, 2007). Taki stan rzeczy jest niepokojący z kilku powodów:

- Niemożliwe jest dokładne określenie ekonomicznych skutków MSD, ich wpływu na produktywność i związanych z nimi kosztów społecznych ponoszonych przez społeczeństwo, pracowników i ich rodziny.
- Jeżeli, co jest bardzo prawdopodobne, liczba przypadków MSD wzrasta proporcjonalnie do zwiększającego się średniego wieku polskiego pracownika, brak wiarygodnych i aktualnych danych bazowych znacząco utrudnia prognozowanie przyszłych skutków MSD.
- Niska jakość dostępnych danych w dużym stopniu uniemożliwia przedstawienie polskim pracodawcom i politykom przekonujących argumentów na rzecz podjęcia stosownych działań zaradczych.

¹⁸ Rozmowy z ekspertami

- Niedostępność wiarygodnych i wyczerpujących danych dotyczących zakresu i wpływu MSD na pracowników w Polsce w dużym stopniu utrudnia dokonywanie oceny ilościowej i jakościowej korzyści wynikających z interwencji klinicznych i działań podejmowanych na rynku pracy oraz w miejscu pracy.

Pomimo tego, The Work Foundation nie ma wątpliwości, że dane uzyskane w Polsce uzasadniają pilną potrzebę potraktowania zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego jako jednego z priorytetów polityki zdrowotnej w nadchodzących latach.

Wiemy na pewno, że Polska jest drugim w kolejności krajem UE pod względem liczby pracowników zgłaszających nawracające dolegliwości bólowe pleców i mięśni (Parent-Thirion i in., 2007).¹⁹ Uznaje się, że około 300 000-400 000 Polaków może cierpieć na reumatoidalne zapalenie stawów lub spondyloartropatie zapalne.²⁰ Badanie pracowników telefonicznych centrów obsługi klienta przeprowadzone przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (CIOP-PIB) (Kamińska, Kazenas, Najmiec, Roman-Liu, Tokarski i in., 2008) wykazało, że co najmniej 51 procent osób zatrudnionych w Polsce przynajmniej jednokrotnie doświadczyło bólów mięśni podczas wykonywania pracy (zob. rys. 3.1).

Należy bliżej przyjrzeć się skutkom MSD w kontekście przewidywanego wzrostu średniego wieku pracowników w Polsce. Z doświadczeń gospodarek o wyższej średniej wieku zatrudnionych wynika, że obciążenia związane z MSD mogą wywoływać coraz dalej idące konsekwencje ekonomiczne i społeczne. Polska musi być gotowa poradzić sobie ze skutkami niemal pewnego rozwoju zjawiska określanego przez niektórych komentatorów mianem „niezrozumianej pandemii” (ill-understood pandemic) (ETUI, 2007).

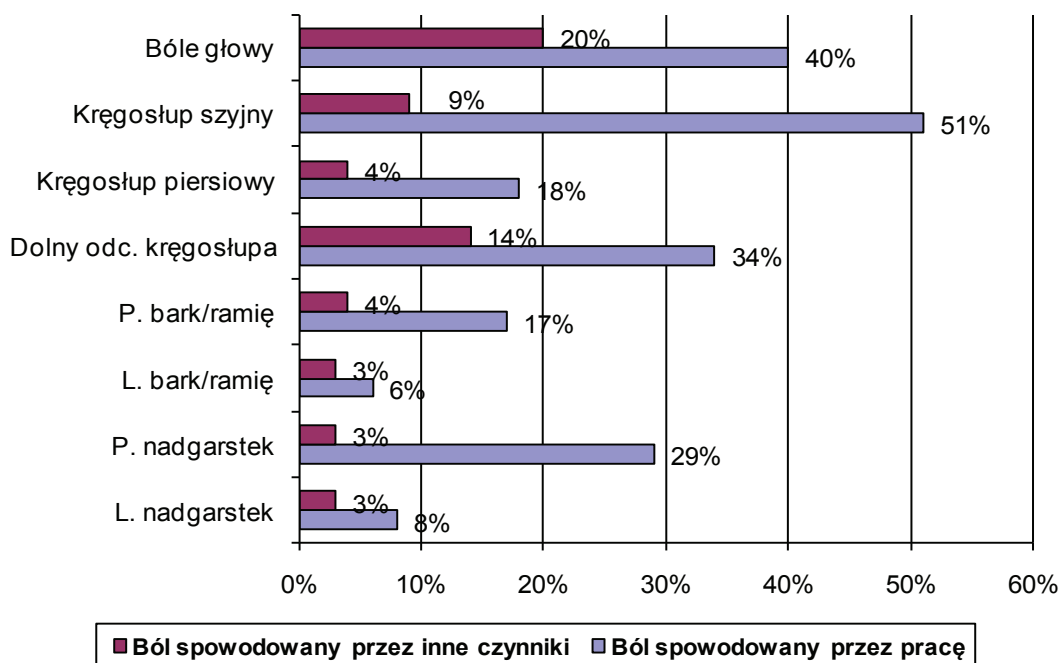
3.2 Wpływ MSD na zdolność do pracy

Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego mogą w bardzo zróżnicowany sposób wpływać na kondycję poszczególnych osób i ich zdolność do pracy. Podejmowane próby pomiaru stopnia niezdolności do pracy różnią się między sobą metodą zbierania danych, doboru badanych i stosowanymi definicjami niezdolności do pracy. Niezdolność do pracy zazwyczaj wiązana jest z ustaniem zatrudnienia, skróceniem czasu pracy lub otrzymywaniem świadczeń z tytułu niepełnosprawności. Ocena taka rzadko uwzględnia zmniejszoną efektywność wykonywanej pracy.

¹⁹ Porównanie danych uzyskanych w poszczególnych krajach znaleźć można w Załączniku nr 3

²⁰ Dane uzyskane od eksperta krajowego

Rys. 3.1. Częstość występowania bólów mięśniowych u polskich pracowników, z podziałem na część ciała i przyczynę



Źródło: Kamińska i in., 2008

MSD mogą wywoływać ból i zmęczenie ograniczające wydajność pracy, których wielu pracowników nie chce ujawniać. Badania wykazały, że nawet 30 procent pracowników cierpiących na schorzenia w rodzaju reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) niechętnie ujawnia swój stan współpracownikom i przełożonym z obawy przed dyskryminacją (Gignac, Cao, Lacaille, Anis i Badley, 2008), a 22 procent zatrudnionych nie informuje pracodawców o swoich problemach zdrowotnych (Gignac, Badley, Lacaille, Cott, Adam i in., 2004).

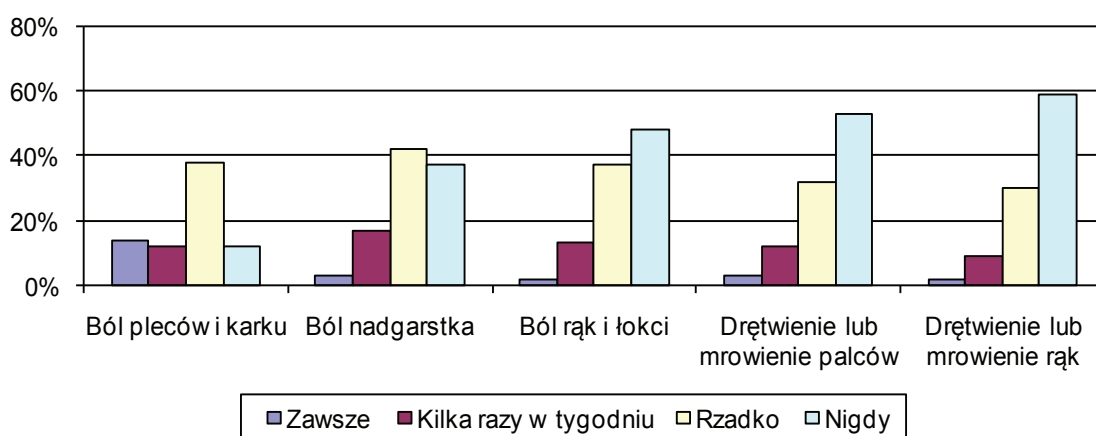
Jak stwierdzono już w Części II, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego dzielą się na swoiste i nieswoiste. Skutki swoistych MSD omówione zostały poniżej, ze szczególnym uwzględnieniem RZS i spondyloartropatii (SpA). Pozostałe – w znacznej części nieswoiste – MSD opisano stosując podział na dwie główne kategorie: bóle pleców i związane z pracą zawodową dolegliwości szyi i kończyn górnych. Skutki bólowe MSD mogą wpływać na następujące aspekty wydajności pracownika:

- wytrzymałość i odporność;
- zdolności poznawcze i koncentrację;
- racjonalność myślenia/nastroj;

- zmęczenie;
- sprawność ruchową;
- zręczność.

Wyniki przeprowadzonego w 2007 r. przez CIOP-PIB badania 8306 polskich pracowników²¹ pokazały, że nawet 94 procent pracowników biurowych odczuwało jakiś rodzaj dyskomfortu podczas wykonywania pracy w pozycji siedzącej. Rys. 3.2 pokazuje zarejestrowany poziom częstości występowania bólu w różnych częściach ciała.

Rys. 3.2. Częstość występowania MSD w poszczególnych częściach ciała



Źródło: Ergo-Test²²

Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego mogą też wpływać na bezpieczeństwo wykonywanej pracy. W przypadku, gdy schorzenie lub wywołany przezeń ból wpływa na koncentrację czy sprawność ruchową pracownika, może to w ten czy inny sposób obniżyć bezpieczeństwo wykonywanej pracy. Zwrócić należy również uwagę na fakt, że niektóre rodzaje stosowanych terapii zdiagnozowanych MSD mogą skutkować pojawieniem się silnie odczuwalnych efektów ubocznych, które mogą negatywnie wpłynąć na sprawność pracownika. Jeżeli wykonywana praca związana jest ze szczególnym ryzykiem (operowanie ciężkim sprzętem, prowadzenie pojazdów), uwzględnić należy także aspekty sprawności pracownika związane z bezpieczeństwem pracy.

3.2.1 Bóle pleców

Chociaż Polacy powszechnie skarżą się na ból pleców, dane dotyczące występowania tej dolegliwości nie są zbierane w sposób systematyczny, gdyż schorzenie to nie jest wymieniane na krajowej liście chorób zawodowych w Polsce (Rada Ministrów, 2009a). Tworząc statystykę

²¹ Źródło: ErgoTest (bez daty). <http://www.ergotest.pl/>

²² Źródło: ErgoTest (bez daty). <http://www.ergotest.pl/>

zachorowalności na choroby przewlekłe układu ruchowego *spowodowane pracą*, IMP odnotował zaledwie 85 nowych przypadków w 2006 roku (Wilczyńska, Szeszenia-Dąbrowska i Szymczak, 2007). Jednak ból pleców *może zmniejszać wydajność pracy* większej liczby ludzi aktywnych zawodowo. Wyniki czwartego badania EWCS (Parent-Thirion i in., 2007) pokazały, że w 2005 roku niemal 46 procent polskich pracowników doświadczyło bólu pleców związanego z pracą, co znacznie przewyższa średnią unijną, która wynosi 25 procent. Dane z raportu „Aktywność ekonomiczna ludności Polski” (GUS, 2008), wskazują, że w 2006 r. praca była przyczyną lub doprowadziła do zaostrzenia dolegliwości związanych z bólem pleców u 1,7 miliona osób, z czego kobiety nieco częściej niż mężczyźni skarżyły się na tego typu dolegliwości.

Bóle pleców występują powszechnie, mają charakter epizodyczny, ale często powracają, choć zazwyczaj samoistnie ustępują. Ból pleców definiowany jest jako nawracający, jeśli w ciągu roku odnotowuje się kilka epizodów bólu, które trwają mniej niż sześć miesięcy; ból klasyfikuje się jako ostry, jeśli utrzymuje się on krócej niż sześć tygodni, podostry – 7-12 tygodni, zaś przewlekły – ponad 12 tygodni. Aż do 72 procent osób cierpiących na ból pleców w Polsce odczuwa ograniczenia w codziennej aktywności, z czego 38 procent narzeka na ograniczoną produktywność spowodowaną bólem pleców; w 38 procent przypadków ból zmusza również do ograniczenia aktywności w czasie wolnym (Łukowicz, Gembala, Weber-Zimmermann, Ciechanowska i Zalewski, 2008; Rutkowska, 2003; Depa i Drużbicki, 2008).

Ból pleców jest powracającym problemem dla wielu ludzi, co nie jest jednak równoznaczne z nasilaniem się jego objawów. U większości osób ból znika samoistnie w ciągu od czterech do sześciu tygodni. Europejskie badania wykazują, że u 65 procent pacjentów, którzy zwracają się do lekarza rodzinnego z powodu bólu pleców, objawy ustępują w ciągu 12 tygodni (van der Hoogen i in., 1998 w: Bekkering, Henriks, Koes, Oostendorp, Ostelo i in., 2003). Liczba dni nieobecności w pracy jest najwyższa wśród tych najmniej licznych pacjentów, u których dolegliwości są przewlekłe lub nawracające. Większość osób uskarżających się na bóle pleców pozostaje w pracy lub szybko do niej powraca. Około 85 procent osób z bólem pleców przebywa na zwolnieniu lekarskim krócej niż siedem dni, zaś nieobecności te składają się na zaledwie połowę straconych dni pracy. Reszta nieobecności z tego powodu dotyczy 15 procent osób, których okres absencji w pracy jest dłuższy niż miesiąc (Bekkering i in., 2003). W 2010 roku w Polsce epizody bólu pleców złożyły się na 2,7 miliona dni nieobecności z tytułu zwolnień lekarskich.²³

Należy pamiętać, że istnieje różnica pomiędzy występowaniem objawów, szukaniem pomocy medycznej, utratą produktywności oraz niepełnosprawnością, a czynnikami, które się do nich przyczyniają (Burton, 2005). Oznacza to, że choć pracownicy mogą doświadczać

²³ Dane uzyskane z ZUS

bólów mięśniowo-szkieletowych (na przykład pleców), nie da się przewidzieć, jaką strategię radzenia sobie z chorobą lub urazem wybiorą (np. poszukując pomocy lekarskiej). Trudno też przewidzieć, w jaki sposób dolegliwość ta wpłynie na ich wyniki pracy, czy wezmą wolne z pracy i czy w dalszej perspektywie staną się częścią nielicznej mniejszości, która z tytułu swoich dolegliwości stała się trwale niepełnosprawna. Zatem ważnym pytaniem jest dlaczego w sytuacji, w której tak wiele osób doświadcza bólu pleców, na niektórych ma on tak negatywny wpływ, a na innych nie? Coraz częściej zauważa się, że czynnikiem różnicującym te dwie grupy są czynniki psychologiczne, ponieważ to właśnie one są ściśle związane z przekształceniem się bólu pleców z ostrego w przewlekły, na który cierpi od dwóch do siedmiu procent ludzi (Burton, 2005) i który prowadzi do niepełnosprawności (Burton, 2005; Bekkering i in., 2003). W swoim artykule Janowski, Steuden i Kuryłowicz (2010) dowodzą, że czynniki takie jak brak społecznego wsparcia, podeszły wiek oraz niski poziom wykształcenia stanowią u mieszkańców Polski istotne predyktory silniejszego subiektywnego poczucia niepełnosprawności, podczas gdy natężenie bólu nie ma wpływu na obszary funkcjonowania psychospołecznego.

3.2.2 Związane z pracą dolegliwości szyi i kończyn górnych

Dolegliwości szyi i kończyn górnych (WRULD) to schorzenia mięśniowo-szkieletowe, które dotyczą górnej części ciała i spowodowane są pracą lub zaostrzają się w wyniku pracy oraz pod wpływem środowiska pracy. Toczą się poważne spory co do tego, jak powinna brzmieć definicja i jakie kryteria diagnostyczne powinny być przyjęte dla tej grupy schorzeń, którą często określa się również mianem „urazy i uszkodzenia”, „powtarzające się uszkodzenia lub schorzenia powysiłkowe” lub „urazy skumulowane”. Kategorie te mogą obejmować zarówno choroby i symptomy swoiste, jak i nieswoiste. Van Eerd, Beaton, Cole, Lucas, Hogg-Johnson i in. (2003) zidentyfikowali 27 różnych systemów klasyfikacji dla zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego związanych z pracą, z których żadne się nie pokrywały. To, że dane schorzenie jest często opisywane na różne sposoby, dodatkowo potęguje problem. Van Eerd i in. (2003) krytycznie stwierdzają, że pomiędzy różnymi systemami klasyfikacyjnymi brak jest zgodności co do tego, które schorzenia należałoby objąć tą definicją. Problemy te sprawiają, że trudno jest oszacować liczbę osób, które cierpią z powodu WRULD oraz wypracować jednolity katalog związanych z tym czynników ryzyka.

Pomimo braku ustalonej klasyfikacji tej grupy schorzeń, powszechnie przyjmuje się, że objawy WRULD mogą dotyczyć ścięgien, mięśni, stawów, naczyń krwionośnych lub nerwów, i przybierać postać miejscowego bólu, dyskomfortu, zdrętwienia, bądź też uczucia mrowienia. WRULD obejmuje schorzenia swoiste i nieswoiste (Aptel, Aublet-Cuvelier i Cnockaert, 2002), a podejmowane próby klasyfikacji zazwyczaj dokonywane są w odniesieniu do przyczyny choroby albo części ciała, której ona dotyczy. Przykładowa typologia WRULD oparta na ich przyporządkowaniu do poszczególnych części ciała może obejmować:

- łokieć: zapalenie nadkłykcia (zależnie od szczegółowej postaci zwane również łokciem tenisisty lub łokciem golfisty);
- dłoń, nadgarstek i przedramię: zespół cieśni nadgarstka; urazy na skutek chronicznego przeciążenia mięśni i ścięgien (RSI), zespół de Quervaina;
- obręcz barkową: zapalenie ścięgna barku;
- szyję: ból szyi.

Klasyfikacja ze względu na przyczyny związane z wykonywanym zawodem odnosi się do działań takich jak np. wibracja dłoni i ręki, która może wywoływać np. zespół Raynauda. Ze względu na pojemność kategorii WRULD niemal wszystkie objawy i czynniki związane z pracą, które prowadzą do schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego dotyczą również WRULD. Dlatego też swoiste objawy i skutki schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego omówione są bardziej szczegółowo w odniesieniu do bólu pleców, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz zapalenia stawów z zajęciem stawów kręgosłupa.

Zgodnie z raportem „Aktywność ekonomiczna ludności Polski w latach 2006-2007” niemal milion polskich pracowników uskarżało się na związane z pracą bóle mięśni karku, barków, ramion i dłoni (GUS, 2008). W Polsce objawy WRULD zgłasza ponad 12 procent więcej kobiet niż mężczyzn (GUS, 2008). Istnieją jednak duże rozbieżności pomiędzy liczbą WRULD skategoryzowanych jako choroby zawodowe a liczbą epizodów chorobowych, o których donoszą sami pracownicy. W 2006 roku IMP odnotował zaledwie 80 nowych przypadków zespołu wibracyjnego oraz 108 przypadków przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego, takich jak zespół cieśni nadgarstka czy zespół kanału de Guyona, które klasyfikowane są jako choroby zawodowe (Wilczyńska, Szeszenia-Dąbrowska i Szymczak, 2007). Wyniki innego badania przeprowadzonego w Polsce pokazują, że zespół cieśni nadgarstka dotyka około 5,8 procent kobiet i 0,6 procent mężczyzn (Zyluk i Puchalski, 2008). Z drugiej zaś strony, inne źródła (Parent-Thirion i in., 2007) podają, że niemal 44 procent pracowników doświadczyło bólu mięśni karku, barków oraz kończyn górnych i dolnych, który to ból może nie być spowodowany pracą, ale wpływa na jej wykonywanie (średnia unijna wynosi 22,8 procent). Potencjalnie wyższą chorobowość WRULD wśród polskich pracowników potwierdzają dane dotyczące absencji chorobowej w miejscu pracy: szacuje się, że zespół cieśni nadgarstka odpowiada za 807 tys. dni nieobecności w pracy z tytułu choroby w 2010 roku.²⁴ Rozbieżność pomiędzy względnie niską liczbą zarejestrowanych chorób zawodowych a liczbą przypadków, o których donoszą pacjenci, można tłumaczyć brakiem spójnej definicji jednostek chorobowych.

²⁴ Dane uzyskane z ZUS

3.2.3 Reumatoidalne zapalenie stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przykładem swoistego schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego. Ten typ zapalenia stawów może dotknąć osobę w każdym wieku, choć najczęściej zachorowań odnotowuje się w średnim wieku produkcyjnym, tj. pomiędzy 35. a 45. rokiem życia (Tlustochowicz, 2009b). Badania epidemiologiczne wykazują, że RZS skraca przewidywaną długość życia o około 8-10 lat (Tlustochowicz, 2009b).

Chorobowość RZS w Polsce wynosi pomiędzy 0,6 a 1 procent,²⁵ i jest nieco wyższa niż w wielu uprzemysłowionych krajach (WHO, 2003). Lundkvist, Kastäng i Kobelt, (2008) podają, że Polsce mieszka 252 tys. chorych na RZS. Inne niedawne oszacowania podają, że na RZS cierpi 131 546 Polaków powyżej 19. roku życia (Kobelt i Kastaeng, 2009). Dodatkowo, aktywność RZS w Polsce jest jedną z najwyższych w Europie, co odzwierciedla wskaźnik aktywności choroby DAS 28, wynoszący ponad 5,1.²⁶

Dokładne przyczyny RZS nie są znane. Wyniki badań wskazują, że schorzenie to jest skutkiem reakcji odpornościowej, która przyjmuje postać zapalenia obejmującego stawy i inne tkanki. Wśród czynników ryzyka wymienić należy płeć, występowanie RZS w rodzinie oraz obecność swoistego antygenu leukocytów (HLA) (WHO, 2003). Przebieg kliniczny RZS jest specyficzny dla każdego pacjenta, ale wspólne cechy poszczególnych przypadków to ból, sztywność stawów oraz zmęczenie, które występują zwłaszcza rano lub po okresach obniżonej aktywności, utrata wagi oraz gorączka lub objawy grypopodobne. Choroba atakuje stawy maziówkowe, powodując ból, a w końcu prowadzi do ich deformacji i niepełnosprawności chorego. Choroba może postępować bardzo szybko, powodując obrzęk i okołostawowe uszkodzenia chrząstek oraz tkanki kostnej. Najczęściej atakuje stawy dłoni, stóp oraz nadgarstków, chociaż może objąć dowolne stawy w organizmie. RZS może mieć również wpływ na serce, oczy, płuca, krew oraz skórę. Pomimo tego, że RZS rzadko bywa przyczyną śmierci, najczęściej prowadzi do postępującej niepełnosprawności (Moskalewicz, 2002).

Przebieg RZS bywa różny, co oznacza, że choroba może mieć przebieg łagodny lub przybrać nawet formę samoistnie ustępującą, ale też charakteryzować się ostrym przebiegiem i wyniszczającymi skutkami następującymi w krótkim okresie czasu (Young, Dixey, Cox, Davis, Devlin i in., 2000). RZS jest zazwyczaj chorobą przewlekłą (uporczywą), a u chorych występują okresy nawrotów silnego bólu, które często związane są ze zmęczeniem, chociaż powód występowania tych epizodów nie jest znany. Nawroty te oznaczają, że osoby z RZS jednego dnia mogą normalnie wykonywać swoje obowiązki, zaś kolejnego już nie. Zarówno

²⁵ Rozmowy z ekspertami

²⁶ Dane uzyskane od eksperta krajowego

współpracownikom, jak i przełożonym może być trudno to zrozumieć oraz nastroczać trudności w planowaniu podziału zadań w pracy. Radzenie sobie z tymi „falami“ nawracającego RZS w kontekście zatrudnienia wymaga bliskiej współpracy i zrozumienia pomiędzy pracownikami a pracodawcami.

RZS ma istotny negatywny wpływ na jakość życia chorych, która obniża się wraz z postępowaniem choroby (Bączyk, Samborski, Pieścikowska, Kmiecik i Walkowiak, 2007). Międzynarodowe badanie (Bugajska, Brzosko, Jędryka-Góral, Głuszko, Żołnierczyk-Zreda i in., 2010) wykazało, że aż 95 procent polskich pacjentów czuje się wykluczonych z życia społecznego. Dla porównania, o podobnych odczuciach wspomniało 62 procent pacjentów niemieckich. Choroba może utrudniać wykonywanie codziennych czynności, co zmusza wielu chorych do rezygnacji z pracy z powodu stanu zdrowia. Pojawiają się sugestie, że choroba ogranicza możliwości kształcenia oraz zmniejsza szanse awansu nawet wśród osób aktywnych zawodowo (van Jaarsveld, Jacobs, Schrijvers, van Albada-Kuipers, Hofman i in., 1998).

Jedno z badań wykazało, że w Polsce zaledwie 38 procent osób z RZS jest ogólnie zadowolonych z życia, zaś choroba ma największy wpływ na kwestie zawodowe oraz na sytuację finansową (Tasiemski, Angiaszwili-Biedna i Wilski, 2009). Przed pojawieniem się symptomów choroby zatrudnionych było nawet 61,9 procent ankietowanych, jednak wielu z nich krótko po postawieniu diagnozy musiało zrezygnować z pracy, a przynajmniej połowa ankietowanych pacjentów z RZS musiała zacząć utrzymywać się z renty inwalidzkiej oraz była zagrożona ubóstwem (Tasiemski, Angiaszwili-Biedna i Wilski, 2009). Specjaliści sugerują, że pięć lat po wystąpieniu pierwszych objawów choroby zaledwie połowa chorych na RZS nadal pracuje; po dziesięciu latach od początku choroby procent osób wciąż aktywnych zawodowo spada do 20.²⁷ Co najmniej 12,1 procent przypadków absencji chorobowej związanych jest z chorobami reumatycznymi.²⁸

Na decyzję o odejściu z pracy u osób z chorobami przewlekłymi może mieć jednak wpływ również szereg czynników finansowych i osobistych. Young, Dixey, Kulinskaja, Cox, Davies i in. (2002) stwierdzili, że u pewnej grupy badanych odchodzących z pracy z powodu RZS (ok. 40 procent), decyzja o rezygnacji z pracy była wynikiem RZS oraz innych czynników osobistych. Wydaje się, że Polska ma jeden z najniższych wskaźników zatrudnienia osób z RZS. W Polsce wśród pacjentów z RZS w wieku 20-44 lat zatrudnionych jest 64 procent kobiet i 77 procent mężczyzn; wśród pacjentów z RZS w przedziale wiekowym 45-64 pracuje zaledwie 44 procent kobiet i 60 procent mężczyzn (Kobelt i Kastaeng, 2009). Wyniki ankiet potwierdzają przypuszczenia ekspertów, że część polskich pracowników może decydować się na skorzystanie z dostępnych

²⁷ Rozmowa z ekspertem

²⁸ Dane uzyskane od eksperta krajowego

świadczeń socjalnych na wczesnym etapie choroby, zaś niemal połowa z nich prawdopodobnie kontynuuje pracę „na czarno”.²⁹

3.2.4 Spondyloartropatie

Zapalenie stawów z zajęciem stawów kręgosłupa (spondyloartropatie, SpA) to określenie obejmujące grupę przewlekłych schorzeń, do których zaliczamy:

- zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK);
- reaktywne zapalenie stawów (ReZS) / zespół Reitera (RS);
- łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS);
- spondyloartropatię związaną z nieswoistym zapaleniem jelit (IBD);
- niezróżnicowane spondyloartropatie (USpA).

Ostatnie badania dotyczące częstotliwości występowania SpA wśród ludności Europy dowodzą, że liczba przypadków zachorowań była przez długi czas niedoszacowana, a wskaźnik zachorowań dotyczący tej grupy schorzeń może być zbliżony do wskaźnika zachorowań na RZS (Akkoc, 2008). Przeciętnie, częstotliwość występowania SpA u osób rasy białej wynosi 0,2-0,9 procent (Kołczewska, 2004), natomiast występowanie schorzeń tej grupy w Polsce jest nieco wyższe, bo dotyczy 1 procenta ludności (Tłustochowicz, 2009a).

Zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) jest swoistym, postępującym oraz przewlekłym zaburzeniem reumatycznym, które dotyczy głównie kręgosłupa, ale może również zaatakować inne stawy, ścięgna i więzadła, a także powodować znaczną niepełnosprawność (Sierakowska, Karpińska, Sierakowski, Krajewska-Kułak, Kamieńska i in., 2006). Chorobowość ZZSK określa się najczęściej na poziomie 0,1-0,2 procent, zaś stosunek liczby chorych mężczyzn do kobiet wynosi od 3:1 do 2:1 (Dagfinrud, Mengshoel, Hagen, Loge i Kvien, 2004). W Polsce zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa dotyczy od 0,2 do 1 procent ogółu ludności (Wiland, 2006).

Zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa jest często pierwszy raz diagnozowane u nastolatków i dwudziestokilkulatków, czyli głównie u osób w przedziale wiekowym 18-25 lat (Tłustochowicz, 2009b). Badania wskazują na silne uwarunkowania genetyczne występowania tej choroby. Pomimo tego, że każdy może zachorować, ZZSK ma nieco inny wpływ na mężczyzn, kobiety i dzieci (Dagfinrud i in., 2004). W przypadku mężczyzn, choroba najczęściej dotyczy obszaru miednicy i kręgosłupa, a także ścian klatki piersiowej, bioder, barków oraz stóp. U kobiet choroba rozwija się później, ma łagodniejszy przebieg i dłuższe okresy bezobjawowe, a w

²⁹ Stwierdzenie powtarzające się w rozmowach z ekspertami

większym stopniu obejmuje przestrzeń wewnątrzkanałową kręgosłupa. Trafna diagnoza może być często stawiana z opóźnieniem, ponieważ wczesne objawy są niejednokrotnie mylnie brane za urazy sportowe; specjaliści (Sieper, Braun, Rudwaleit, Boonen i Zink, 2002) szacują, że od początkowych objawów choroby do diagnozy mija średnio siedem lat, co pokrywa się z opóźnieniem, o którym wspominają polscy eksperci.³⁰ Typowe objawy ZZSK to ból, zwłaszcza wcześniej rano; utrata wagi, zwłaszcza na początkowym etapie choroby; zmęczenie, gorączka i poty nocne oraz odczuwanie poprawy po ćwiczeniach fizycznych. Poza tym, schorzenie to może prowadzić do depresji, apatii, niechęci do stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia i rehabilitacji (Sierakowska i in., 2006). Podobnie jak w przypadku RZS, każde stadium choroby wymaga prawidłowej terapii, umożliwiającej chorym wykonywanie pracy.

U około połowy chorych choroba ma przebieg ciężki, zaś u innych objawy są znikome. ZZSK jest ogólnie uznawana za chorobę, z którą wiele osób może żyć zachowując względnie dobry poziom funkcjonowania (Chorus, Boonen, Miedema i van der Linden, 2002), chociaż dane dotyczące wskaźnika bezrobocia są trzy razy wyższe wśród osób z ZZSK niż u ogółu ludności (Boonen, Chorus, Miedema, van der Heijde, Landewé i in., 2001).

Ostatnie badania dowodzą, że praca ma pozytywny wpływ na jakość życia związaną ze zdrowiem fizycznym osób z RZS (Chorus, Miedema, Boonen i van der Linden, 2003) oraz z ZZSK (Gordeev, Maksymowych, Evers, Ament, Schachna i in., 2010). Chorus i in. dochodzą do wniosku, że *„praca może być ważnym czynnikiem, mającym pozytywny wpływ na to, jak pacjenci postrzegają swoją sprawność fizyczną”*. Stwierdzenie to pokrywa się z konkluzją Waddella i Burtona (2006a), że dobrej jakości praca ma korzystny wpływ na zdrowie pracowników i ułatwia im powrót do zdrowia. Zakres, w jakim miejsce pracy może mieć pozytywny lub negatywny wpływ na rozwój i występowanie zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego został omówiony poniżej.

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) jest typem zapalenia stawów, które dotyka od 2 do 3 procent ogółu ludności w Polsce i od 6 do 39 procent chorych na łuszczycę (Lewicki, Dutkiewicz, Widuchowska i Kucharz, 2008). Gdy dochodzi do stanu zapalnego w stawach, stają się one czułe na ucisk, puchną i sprawiają ból podczas ruchu. Zazwyczaj stawy są sztywne po okresie spoczynku, tj. wcześniej rano lub w czasie odpoczynku wieczornego. Około stawowe tkanki miękkie (więzadła i ścięgna) mogą być również objęte stanem chorobowym. U osób z łuszczycowym zapaleniem stawów występuje także zapalenie ścięgien lub mięśni (np. łokieć tenisisty lub ból wokół pięty). W 80 procent przypadków zapalenie stawów rozwija się po pojawieniu się objawów łuszczycy. Choroba dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet, a badania porównawcze wykazały,

³⁰ Rozmowy z ekspertami

że pacjenci z łuszczycowym zapaleniem stawów odczuwają brzemię swojej choroby na równi z pacjentami z RZS i ZZSK (Wallenius, Skomsvoll, Koldingsnes, Rødevand, Mikkelsen i in., 2008).

Istnieje kilka cech, które odróżniają łuszczycowe zapalenie stawów od innych typów zapalenia stawów: jedną z nich jest zapalenie stawów międzypaliczkowych dalszych w palcach. Kolejny powtarzający się element to zapalenie stawów kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych, co nosi nazwę zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych (spondylitis) (choroba podobna to zeszywniającego zapalenia stawów). Może występować ból i sztywność szyi lub obrzęk i stan zapalny całego palca u stopy lub u ręki (zapalenie palców). Zdarza się również, że stawy mają tendencję do sztywnienia, a czasem nawet się zrastają. Należy zwrócić uwagę, że łuszczycowe zapalenie stawów od reumatoidalnego zapalenia stawów pomaga odróżnić brak czynnika reumatycznego (RF) we krwi. Schorzenie to zazwyczaj pojawia się w wieku kilkunastu lat. U kobiet zachorowalność może być wyższa w okresie bezpośrednio po ciąży lub menopauzie. Ponieważ łuszczycowe zapalenie stawów obejmuje zarówno skórę, jak i stawy, wywiera ono negatywny wpływ na jakość życia chorych; z powodu problemów emocjonalnych chorzy mogą doświadczać większego bólu oraz ograniczeń niż pacjenci z RZS (Husted, Gladman, Farewell i Cook, 2001). Wśród chorych na łuszczycowe zapalenie stawów odnotowuje się wyższą śmiertelność w porównaniu z ogółem ludności (Wallenius i in., 2008).

3.3 Spektrum czynników ryzyka MSD jest szerokie. Pomimo faktu, że specjaliści są zgodni co do tego, iż praca może prowadzić do zaostrzenia stanu chorobowego, czynności niezwiązane z pracą, takie jak sport lub obowiązki domowe, mogą również przyczyniać się do uszkodzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (Rada Ministrów, 2007) wzywa do ograniczenia stopnia oddziaływania niektórych czynników ryzyka, które mogą prowadzić do pogorszenia się stanu zdrowia, takich jak otyłość, brak aktywności fizycznej i starzenie się.

Czynniki ryzyka MSD

3.3.1 Rola czynników wewnątrzpochodnych i stylu życia

Na rozwój MSD może wpływać cały wachlarz czynników. Niektóre badania wykazują na przykład, że częstsze przypadki bólu mięśniowo-szkieletowego wśród pracujących kobiet mogą mieć związek z tym, że kobiety wykonują większość obowiązków domowych (Punnett i Wegman, 2004). Czynniki wewnątrzpochodne również mają znaczenie dla momentu wystąpienia MSD i postępów choroby. Niektóre czynniki wewnątrzpochodne daje się usunąć, zaś inne, takie jak predyspozycje genetyczne, są niezmiennie. WHO (2003) wymienia kilka wewnątrzpochodnych czynników zagrożenia zachorowaniem na nieswoiste MSD:

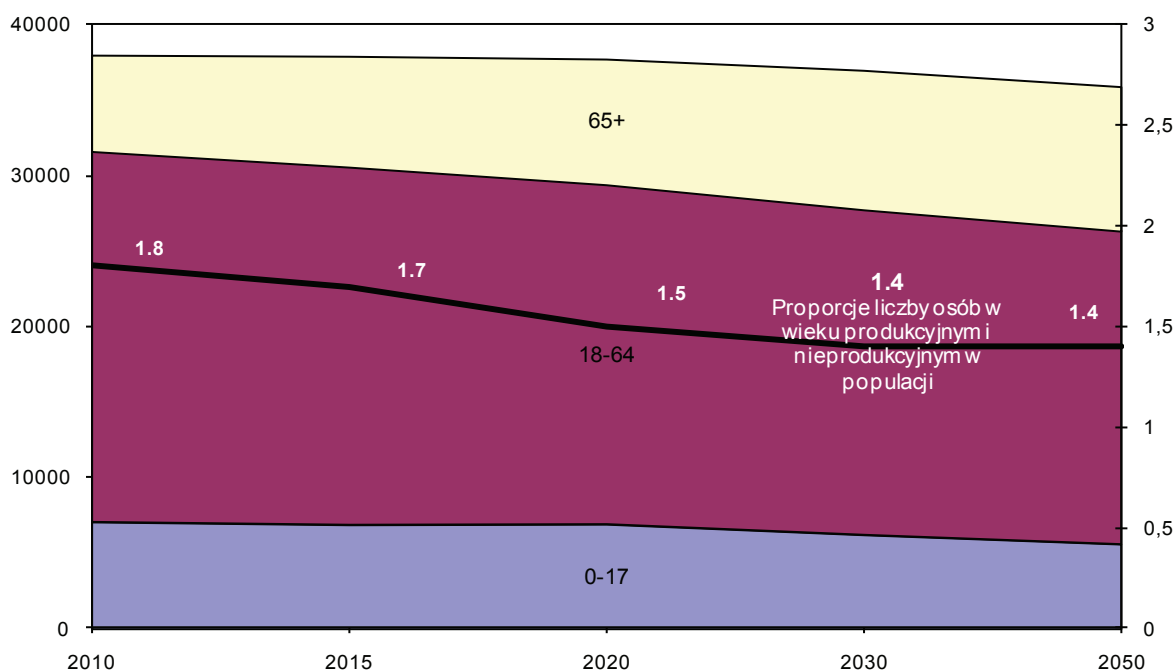
- otyłość i wzrost;
- nieprawidłowości w budowie kręgosłupa;
- predyspozycje genetyczne;
- ciąża;
- obciążenia psychospołeczne: postrzeganie samego siebie;
- przekonania dotyczące zdrowia: umiejscowienie kontroli, samowystarczalność, postrzeganie niepełnosprawności oraz oczekiwania co do niej;
- obciążenia w rodzinie;
- obciążenia psychologiczne: somatyzacja, lęk i depresja;
- starzenie się.

Bardzo niepokojące jest zjawisko starzenia się polskiej siły roboczej (Bugajska, Makowiec-Dąbrowska i Wągrowaska-Koski, 2010). Udział ludności w wieku 65 i więcej lat w ogólnej populacji wynosi przynajmniej 13,5 procent³¹ zaś prognozy wskazują, że odsetek ten ulegnie podwojeniu do roku 2050 (Wspólnoty Europejskie, 2007). Obecnie nieco ponad jedna trzecia Polaków w wieku 55-64 lat pozostaje zatrudniona, liczba ta jednak cały czas rośnie,³² po części dlatego, że część osób musi nadal pracować, żeby uniknąć trudności finansowych.³³ Oznacza to, że w nadchodzących dziesięcioleciach coraz mniej liczna grupa osób w wieku produkcyjnym będzie musiała utrzymywać rosnącą liczbę osób w wieku nieprodukcyjnym (zob. rys. 3.3). Pogarszający się stan zdrowia, a zwłaszcza częstsze występowanie zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego wśród starszych pracowników wpływa na ich zdolność wykonywania pracy z powodu zmian zachodzących w ich sprawności fizycznej i psychofizycznej (Bugajska, Makowiec-Dąbrowska i Wągrowaska-Koski, 2010). Równocześnie wymagania wobec zatrudnionych pozostają bez zmian niezależnie od ich wieku, co wymaga znacznego wysiłku ze strony starszych pracowników. Niezbędne jest dostosowanie środowiska pracy do zmieniających się wraz z wiekiem potrzeb pracowników. W takim dostosowaniu może pomóc wprowadzenie elastycznego kalendarza zadań i rytmu pracy, a także dopasowanie stanowisk pracy do możliwości pracowników.

³¹ Źródło: Eurostat. Baza danych statystycznych <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

³² Źródło: Eurostat. Baza danych statystycznych <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

³³ Rozmowa z ekspertem

Rys. 3.3. Prognoza zmian liczby ludności Polski do roku 2050

Źródło: GUS, 2010a

Innym ważnym problemem zdrowotnym w Polsce jest coraz częściej występująca otyłość (OECD, 2009), która stanowi czynnik ryzyka dla chorób kostno-stawowych (a także zwiększa ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia oraz cukrzycy). Według danych z 2008 roku niemal 23 procent dorosłych powyżej 20. roku życia było otyłych (WHO, 2011). Równocześnie coraz mniej osób przejawia regularną aktywność fizyczną. Dodatkowo, rosnące zapotrzebowanie na pracowników umysłowych sprawia, że coraz więcej osób spędza dzień w pracy przy biurku. W kilku badaniach (Zejda, Bugajska, Kowalska, Krzych, Mieszkowska i in., 2009; Malińska i Bugajska, 2010) podkreślany jest fakt, że długotrwałe korzystanie z komputera przyczynia się do powstawania zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego wśród polskich pracowników. Siedzący tryb życia może powodować zaostrzenie przebiegu MSD, zwłaszcza bólu pleców, a także przyczynić się do otyłości; z drugiej zaś strony dodatkowe kilogramy sprzyjają postępom niepełnosprawności, co oznacza, że chorzy wpadają w błędne koło i stają się coraz bardziej otyli i coraz mniej sprawni fizycznie (Piechota, Małkiewicz i Karwat, 2005).

Badania wykazały, że palenie ma wpływ na rozwój RZS (Bone and Joint Decade, 2005). W krajach OECD średni odsetek palaczy wśród dorosłych wynosi 23 procent (OECD, 2010), zaś w Polsce jest względnie wysoki, gdyż wynosi 30,3 procent; dodatkowe czynniki ryzyka związane są z narażaniem

dzieci i osób niepalących na bierne palenie (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; Warszawski Uniwersytet Medyczny; Center for Disease Control and Prevention, 2010).

Niestety, wydaje się jednak, że negatywne nastawienie do niepełnosprawności może przyczyniać się do późnego szukania pomocy. Wyuczona bezradność jest zjawiskiem szczególnie typowym dla polskiej siły roboczej (Łuszczzyńska, Schwarzer, Lippke i Mazurkiewicz, 2011). Pacjenci często nie zdają sobie sprawy z pozytywnego wpływu pracy na zdrowie i katastrofizują swój stan zdrowia, co sprawia, że zaczynają korzystać ze świadczeń dla niepełnosprawnych, podczas gdy byłiby w stanie jeszcze w jakimś stopniu pracować.³⁴ Mężczyźni częściej korzystają ze świadczeń dla niepełnosprawnych niż kobiety, ponieważ niejednokrotnie nie biorą pod uwagę możliwości wykonywania mniej fizycznie obciążającej pracy.³⁵ Roman-Liu (2008) sugeruje, że do rozwoju MSD przyczyniają się zarówno czynniki fizyczne, jak i psychiczne. Nawet 9,5 procent chorych odczuwa ból o podłożu psychosomatycznym w barkach lub karku, a także ból/napiecie mięśni, zaś 8,5 procent osób odczuwa ból całego ciała (Czapiński i Panek, 2010). Jednocześnie u wielu pracodawców nikła świadomość zależności pomiędzy stanem zdrowia pracowników a wynikami ich pracy często prowadzi do zaniedbywania kwestii zdrowotnych w miejscu pracy.³⁶

3.3.2 Wpływ miejsca pracy na MSD

Jeżeli chodzi o dowody wpływu wykonywanej pracy na zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego i czynniki ryzyka z nią związane, ponownie należy dokonać rozróżnienia pomiędzy zaburzeniami „związanymi z pracą” a schorzeniami „zawodowymi” (Punnett i Wegman, 2004). Określone rodzaje MSD uznawane są przez rządy niektórych państw europejskich za choroby zawodowe. Są to, przykładowo, zapalenie pochewki maziowej ścięgna, zapalenie nadkłykcia kości ramiennej, zespół Reynauda czy zespół wibracyjny i zespół cieśni nadgarstka (Eurostat, 2004). Co do zasady, wpływ wykonywanej pracy na występowanie tych schorzeń jest powszechnie uznawany w polskiej literaturze przedmiotu (Bortkiewicz, Gadzicka, Jędrasik, Merecz, Pas-Wyroślak i in., 2007). Jednakże, jak już wspomniano, istnieją znaczące różnice między liczbą zarejestrowanych przypadków chorób zawodowych a liczbą związanych z pracą schorzeń zgłaszanych przez pracowników. Badanie EWCS 2010³⁷ wskazuje, że 31 procent pracowników w Polsce uważa, że wykonywana praca w negatywny sposób wpływa na stan ich zdrowia.

Nie ulega wątpliwości, że praca nie stanowi przyczyny chorób reumatycznych takich jak RZS czy spondyloartropatie. Stwierdzono jednak, że ryzyka zawodowe (np. wibracje, powtarzalne urazy, zginanie kolan i podnoszenie ciężarów) mogą przyczynić się do wystąpienia reumatoidalnego

³⁴ Stwierdzenie powtarzające się w rozmowach z ekspertami

³⁵ Rozmowa z ekspertem

³⁶ Rozmowa z ekspertem

³⁷ Źródło: EWCS 2010 <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/results.htm>

zapalenia stawów (Prüss-Üstün i Corvalán, 2006). Ponadto, obciążenia fizyczne związane z pracą, brak wsparcia, samopiętnowanie i nieelastyczny czas pracy mogą utrudnić kontynuację zatrudnienia i powrót do pracy pacjentów cierpiących na swoiste MSD (der Tempel i van der Linden, 2001; Gignac i in., 2004).

Brak jest przekonujących dowodów na istnienie związku pomiędzy występowaniem MSD niebędących chorobami zawodowymi a wykonywaną pracą; trudno jest też określić wyraźne związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy poszczególnymi aspektami wykonywanej pracy a stanem poszczególnych części ciała. Nie zmienia to jednak faktu, że wiele znanych czynników ryzyka rozwoju nieswoistych MSD może występować w miejscu pracy; nawet jeżeli praca nie wywołuje schorzenia, może na nie wpływać. Co więcej, jeżeli do czynników ryzyka zaliczymy aspekty inne niż fizyczne, wówczas wpływ miejsca pracy na MSD będzie najprawdopodobniej o wiele silniejszy. Wraz ze zmianami demograficznymi populacji zatrudnionych w Polsce, stanowiska i warunki pracy będą musiały zostać dostosowane do potrzeb starszych oraz niepełnosprawnych pracowników (Koradecka i Konarska, 2002).

Do najczęściej wskazywanych czynników ryzyka wystąpienia MSD związanych z miejscem pracy zaliczamy:

- duże tempo pracy i powtarzalne schematy ruchowe;
- podnoszenie ciężkich przedmiotów i wykonywanie czynności wymagających dużej siły rąk;
- dynamiczne i statyczne wymuszone pozycje ciała, częste zginanie i skręty tułowia;
- punktowy nacisk mechaniczny;
- wibracje całego ciała lub poszczególnych jego części;
- działanie niskich temperatur na całe ciało lub poszczególne jego części;
- zbyt krótki czas przeznaczony na odpoczynek i regenerację (Punnett i Wegman, 2004).

Choć MSD występują u przedstawicieli wszystkich zawodów i branż, w przypadku niektórych z nich ryzyko jest wyższe, a wykonywanie pewnych zawodów wiąże się z obciążeniami konkretnych części układu mięśniowo-szkieletowego. Stwierdzono wyraźny związek pomiędzy wykonywaniem ciężkiej pracy fizycznej a bólem pleców oraz mięśni (Parent-Thirion i in., 2007). W badaniu przeprowadzonym w Polsce, Bortkiewicz i in. (2007) podkreślają, że nadmierny wysiłek fizyczny i wymuszona pozycja ciała wpływają na częstość występowania chorób zawodowych i nasilanie się zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego związanych z pracą, co skutkuje w szczególności zwiększoną liczbą przypadków zespołu cieśni nadgarstka i zespołów bólowych kręgosłupa. Wynika to częściowo z udziału poszczególnych sektorów zatrudnienia w gospodarce

polskiej: duża część pracowników zatrudnionych jest w branżach wymagających pracy fizycznej, takich jak przemysł i rolnictwo. Niemal 41 procent zatrudnionych w Polsce przenosi ciężkie przedmioty, a ponad 58,1 procent nieustannie wykonuje powtarzalne ruchy rąk i ramion, innymi słowy czynności, które mogą spowodować nasilenie objawów już istniejących MSD (Parent-Thirion i in., 2007). Ponadto, nienależyte standardy ergonomiczne zwiększają negatywny wpływ pracy fizycznej na stan zdrowia. Przykładowo, nawet 70 procent stanowisk pracy może nie spełniać wymogów dotyczących poziomu wibracji, co skutkuje wyższym poziomem bólu mięśni (Bortkiewicz i in., 2007).

Większość uwagi, jaką pracodawcy poświęcają kwestii MSD i wpływowi miejsca pracy na pojawianie się i nasilenie ich objawów, wynika z chęci uniknięcia bądź ograniczenia skutków roszczeń dochodzonych przez pracowników na drodze sądowej oraz wykonania ciążącego na pracodawcy obowiązku zachowania należytej staranności, przejawiającego się np. w dokonywaniu inspekcji stanowisk pracy i instruowaniu pracowników w sprawie sposobu wykonywania czynności manualnych. Takie podejście nie uwzględnia jednak szerszego problemu innych, związanych z pracą czynników, jakie mogą przyczynić się do rozwoju MSD. Te dodatkowe aspekty bywają często pomijane w literaturze przedmiotu i poradach dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy. Jeżeli nawet wspomina się o „stresie”, skoncentrowanie uwagi na kwestiach bezpieczeństwa skutkuje nieuwzględnieniem związku pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a warunkami fizycznymi.

Ogólnie rzecz ujmując, zwiększone ryzyko obrażeń istnieje w sytuacji, w której wyżej wspomniane fizyczne czynniki ryzyka występują łącznie lub też wówczas, gdy pojawiają się negatywne czynniki psychospołeczne, osobiste i zawodowe (Devereux, Rydstedt, Kelly, Weston i Buckle, 2004). Czynniki psychospołeczne i organizacyjne mogą też współwystępować z czynnikami fizycznymi, zwiększając prawdopodobieństwo przedwczesnego zakończenia aktywności zawodowej danej osoby. Badania dolegliwości bólowych okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa pokazują, że przekonanie pracownika o tym, że to praca jest przyczyną bólu, poprzedza zmianę zachowania wywołaną chorobą oraz stanowi czynnik ryzyka przewlekłej niezdolności do pracy (Werner, Lærum, Wormgoor, Lindh i Indhal, 2007). Po przeanalizowaniu wyników 15 badań Sokka i Pincus (2001) wykazali, że praca wymagająca wysiłku fizycznego, brak autonomii, ból o wyższym natężeniu, niższa sprawność czynnościowa i gorsze wykształcenie stanowią predykatory wcześniejszej rezygnacji z pracy osób cierpiących na RZS. Sokka i Pincus podkreślają, że nie tylko aspekty fizyczne pracy mogą wpłynąć na wydolność funkcjonalną pracownika i prawdopodobieństwo jego pozostania na rynku pracy. Należy ponadto uwzględnić psychospołeczne i organizacyjne aspekty wykonywanej pracy.

Do psychospołecznych i organizacyjnych czynników związanych z występowaniem MSD zaliczamy:

- duże tempo pracy lub wysokie obciążenie pracą;
- dostrzegana monotonia pracy;
- niska satysfakcja z pracy;
- niewielka swoboda decyzyjna/kontrola nad wykonywanymi czynnościami;
- niedostateczne wsparcie społeczne;
- stres związany z pracą.

Stres związany z pracą jest pojemnym terminem i może wynikać z różnorodnych przyczyn, takich jak wygórowane wymagania czy niedostosowanie posiadanych umiejętności do wymogów wykonywanej pracy. Poza tym, stres może wynikać ze złego traktowania lub przemocy doświadczanej w pracy, a także dyskryminacji lub obawy przed utratą pracy. Niemal 35 procent polskich pracowników uskarża się na stres związany z pracą (Parent-Thirion i in., 2007).

W tym miejscu wypada ponownie podkreślić, jak ważne jest dostrzeżenie związku pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną. Stres związany z pracą, w tym spowodowany przemocą i dyskryminacją w miejscu pracy, może skutkować nie tylko zmniejszeniem produktywności, ale też wywoływać zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego wynikające z silnego napięcia lub przeciążenia. Stwierdzono też związek pomiędzy zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia objawów bólowych o znacznym natężeniu a niedostatecznym wsparciem społecznym, niskim poziomem „zakotwiczenia społecznego” i niskim poziomem aktywności społecznej (Katz, 2002). Tym samym niezmiernie istotne jest posiadanie „dobrej pracy” i zapewnienie wysokiej jakości miejsc pracy (Coats i Max, 2005, Coats i Lehki, 2008).

3.4
Szersze ujęcie
ekonomicznych
i społecznych
konsekwencji
MSD

Ze względu na potencjalny wpływ MSD na zdolność do pracy poszczególnych osób oraz czas ich nieobecności w pracy, z zaburzeniami tymi związane są znaczne koszty, które odczuwają uskarżające się na te zaburzenia osoby, ich rodziny, pracodawcy a także cała gospodarka. Określenie dokładnej wysokości kosztów nie jest łatwe (Lundkvist, Kastäng i Kobelt, 2008), jako że uwzględnić należy szereg czynników, a uzyskanie dokładnych, wiarygodnych i spójnych danych liczbowych jest prawie niemożliwe. Niemniej jednak ze znanych, konserwatywnych szacunków na temat skutków ekonomicznych MSD wynika, że zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego stanowią znaczące obciążenie dla polskiej gospodarki.

Przy obliczaniu kosztów MSD (lub innej choroby) należy skwantyfikować następujące czynniki:

- **Koszty bezpośrednie** obejmujące koszty medyczne takie jak koszty profilaktyki, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i opieki długoterminowej oraz bieżące wydatki medyczne i prywatne. Wśród nich często rozróżnia się koszty medyczne występujące w sektorze ochrony zdrowia oraz koszty pozamedyczne pojawiające się w innych sektorach (Lundkvist, Kastäng i Kobelt, 2008);
- **Koszty pośrednie**, do których należą gorsze wyniki w pracy spowodowane ograniczoną zdolnością do wykonywania poszczególnych czynności zawodowych: zmniejszona produktywność, utracone zarobki, utracone szanse rozwoju członków rodziny, utracone zarobki członków rodziny oraz niższe wpływy z podatków;
- **Koszty o charakterze niematerialnym** obejmujące psychospołeczne obciążenia wynikające z obniżenia standardu życia, w tym stres związany z wykonywaną pracą, napięcia i cierpienie psychiczne o podłożu ekonomicznym lub związane z sytuacją rodzinną (WHO, 2003).

Wymienione koszty różnią się znacznie w zależności od schorzenia, nasilenia symptomów oraz faktu wystąpienia krótko- bądź długoterminowej nieobecności w pracy lub niepełnosprawności. Ponadto, zróżnicowanie kosztów wynika z przyjęcia określonej metody ich obliczania. Niektóre z czynników wpływających na wyniki kalkulacji kosztów wskazane zostały poniżej:

- stopień nasilenia objawów schorzenia;
- cechy demograficzne grupy pacjentów objętej badaniem;
- metoda obliczania wydajności pracy;
- przyjęta definicja niezdolności do pracy;
- koszty i spodziewane efekty leczenia (uwzględniane są także obliczone koszty roczne, choćby z uwagi na potencjalne zmiany procedur leczniczych);
- zmiany systemu finansowania opieki zdrowotnej;
- prognozy kosztów uzyskane w oparciu o dane na temat zachorowalności lub chorobowości.

Koszty o charakterze niematerialnym są rzadko uwzględniane w kalkulacjach, ponieważ ich wyrażenie w postaci pieniężnej jest prawie niemożliwe (Sieper i in., 2002). Jednak ocena kosztów niematerialnych umożliwia uzyskanie użytecznej wiedzy na temat ceny płaconej przez osoby cierpiące na MSD w postaci obniżenia jakości życia (JŻ), której pomiary mogą być traktowane jako dodatkowe wskaźniki skuteczności interwencji (Leardini, Salaffi, Montanelli, Gerzeli i Canesi, 2002). Dwie najpowszechniej obecnie stosowane miary to:

1. **Lata życia skorygowane niesprawnością (wskaźnik DALY).** Wskaźnik DALY jest miarą ogólnych skutków negatywnych choroby; służy do pomiaru całkowitego obciążenia daną chorobą. Kluczowe kryteria uwzględniane przy obliczaniu wskaźnika DALY obejmują wiek, w którym pojawia się choroba lub niepełnosprawność, długość okresu jej występowania i jej wpływ na jakość życia. Wartość DALY równa jeden oznacza tym samym utratę jednego roku zdrowego życia. Przykładowo, RZS odpowiada za 0,97 procent wszystkich utraconych DALY w Polsce, co stanowi najwyższy odsetek spośród badanych krajów (Lundkvist, Kastäng i Kobelt, 2008).
2. **Lata życia skorygowane jakością (wskaźnik QALY).** Wskaźnik QALY także stanowi miernik obciążenia chorobą i dotyczy zarówno jakości, jak i długości życia. Jest on używany przy ocenianiu stosunku wartości (skuteczności) interwencji medycznych do ich ceny. Wartość QALY obliczana jest na podstawie liczby dodatkowych lat życia uzyskanych dzięki tym interwencjom. Wskazuje ona, ile dodatkowych miesięcy lub lat życia odpowiedniej jakości dana osoba mogłaby zyskać w rezultacie leczenia i pomaga ocenić efektywność kosztową i użyteczność takiego leczenia.

Na temat obydwu mierników toczy się dyskusja, ale uznaje się je za przydatne narzędzie analizy porównawczej poszczególnych schorzeń i danych międzynarodowych.

3.4.1 Koszty bezpośrednie

Jak już wspomniano, szacunek kosztów choroby obejmuje szereg czynników, a pomiędzy wynikami poszczególnych badań występują znaczne różnice. W przypadku bólu okolicy lędźwiowo-krzyżowej (LBP), najwyższe koszty bezpośrednie związane są z fizjoterapią, opieką szpitalną, leczeniem farmakologicznym i podstawową opieką medyczną (Dagenais, Caro i Haldeman, 2008). Nachemson, Waddell i Norlund (2000) obliczyli, że ok. 80 procent kosztów opieki zdrowotnej generowane jest przez 10 procent pacjentów z przewlekłym bólem okolicy lędźwiowo-krzyżowej i niepełnosprawnością. W przypadku RZS ponoszone w przeszłości bezpośrednie koszty opieki zdrowotnej były relatywnie niskie (Lundkvist, Kastäng i Kobelt, 2008), ale wiele badań wskazuje, że koszty bezpośrednie rosną wraz z obniżającą się wydolnością funkcjonalną, co sprawia, że ta ostatnia staje się istotnym czynnikiem kosztowym (Huscher, Merkesdal, Thiele, Schneider i Zink, 2006; Kobelt, 2007; Leardini i in., 2002).

W odróżnieniu od kosztów pośrednich, koszty bezpośrednie zazwyczaj reprezentują mniejszą część wszystkich kosztów (Dagenais, Caro i Haldeman, 2008; Kavanaugh, 2005; Kobelt, 2007; Lundkvist, Kastäng i Kobelt, 2008). Jednak w przypadku RZS w literaturze występują znaczące różnice w szacunkach kosztów bezpośrednich dotyczących poszczególnych krajów. Wynika to ze

zróżnicowanego zainteresowania różnymi formami terapii w poszczególnych krajach (Lundkvist, Kastäng i Kobelt, 2008).

Niektóre z opisanych w literaturze (Woolf, 2004, cytowany w: The Bone and Joint Decade, 2005; Kavanaugh, 2005; Dagenais, Caro i Haldeman, 2008) rodzajów kosztów bezpośrednich, wspólnych dla ogółu schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, a w szczególności RZS i bólu okolicy lędźwiowo-krzyżowej obejmują:

- koszty wizyt lekarskich i konsultacji innych specjalistów;
- koszty zabiegów ambulatoryjnych;
- koszty interwencji w przypadkach nagłych;
- koszty świadczeń rehabilitacyjnych (opieki fizjoterapeutów, terapeutów zawodowych, pracowników opieki społecznej);
- koszty farmakoterapii i terapii alternatywnych;
- koszty sprzętu medycznego;
- koszty procedur diagnostycznych/terapeutycznych i badań: obrazowych i laboratoryjnych;
- koszty urządzeń i środków pomocniczych, adaptacji środowiska życia;
- zabiegi szpitalne, w tym w stanach ostrych i chirurgiczne;
- koszty usług opieki zdrowotnej świadczonych w domu;
- koszty usług opieki psychologicznej i psychiatrycznej.

Dane uzyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) potwierdzają, że w Polsce koszty procedur medycznych stanowią jedynie ułamek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem MSD. W 2009 r. około 150 000 pacjentów poddanych było leczeniu farmakologicznemu RZS.³⁸ Według szacunkowych danych, w sumie 300 000-400 000 chorych na RZS i spondyloartropatie zapalne leczonych było ambulatoryjnie.³⁹ Polskie Towarzystwo Reumatologiczne⁴⁰ ocenia, że w 2008 r. NFZ wydał na leczenie chorób reumatycznych 39,4 mln euro, z czego na leczenie szpitalne 30,8 mln euro, a na leczenie ambulatoryjne 8,6 mln euro. Na leczenie farmakologiczne wydano z tego 16,9 mln euro, w tym 15,2 mln euro na terapię biologiczną, zastosowaną u 2168 pacjentów. Co najmniej 57,8 mln euro wydano na rehabilitację pacjentów reumatologicznych w sanatoriach, co stanowiło 40 procent całości wydatków na leczenie sanatoryjne.

³⁸ Dane uzyskane od eksperta krajowego

³⁹ Dane uzyskane od eksperta krajowego

⁴⁰ Źródło: Polskie Towarzystwo Reumatologiczne

http://www.reumatologia.pttr.net.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=5&lang=pl

Według ostatnich danych uzyskanych z NFZ, w latach 2004-2009 w Polsce na terapię biologiczną RZS, młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów i SpA wydano zaledwie 44,2 mln euro, natomiast liczba cierpiących na te schorzenia pacjentów poddanych terapiom biologicznym wzrosła w listopadzie 2010 r. do 2 936. Całkowity koszt leczenia RZS i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów wyniósł w 2010 r. 22,6 mln euro.⁴¹

Znaczna część kosztów terapii MSD w Polsce przypada na koszty leczenia szpitalnego.⁴² W 2009 r. choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) stanowiły przyczynę prawie 357 000 hospitalizacji, zaś w 2006 r. – jedynie 122 000). Równocześnie, przeciętna długość pobytu w szpitalu spowodowanego MSD w 2009 r. wynosiła 8,6 dnia i była o niemal 25 procent niższa niż w 2006 r. (Tabela 3.1). Najdłużej przebywają w szpitalu pacjenci w wieku 65 lat i starsi.

Tabela 3.1. iczba hospitalizacji w wyniku MSD w latach 2006-2009

Główne przyczyny hospitalizacji		2006	2007	2008	2009
M00-M99	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	121 970	122 348	138 685	357 255
M16	Koksartroza	9 375	9 952	11 663	31 198
M17	Gonartroza	5 017	5 344	6 154	25 150
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	11 333	13 046	15 881	25 518
M00-M15, M18-M22, M24-M25	Inne choroby stawów	22 921	22 937	27 245	89 898
M30-M36	Układowe choroby tkanki łącznej	2 301	2 505	2 987	15 565
M40-M49	Zniekształcające choroby grzbietu i choroby kręgosłupa	20 077	19 119	30 524	48 536
M50-M51	Choroby kręgów szyjnych i krążka międzykręgowego	24 925	24 276	26 807	44 248
M54	Bóle grzbietu	4 164	3 920	10 537	18 926
M60-M79	Choroby tkanek miękkich	13 708	13 229	15 014	32 590
M53, M80-M99	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej, inne choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	8 149	8 020	11 592	25 626
Przeciętna długość hospitalizacji (w dniach)		11,4	9,7	9,1	8,7

Źródło: Państwowy Zakład Higieny <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm>

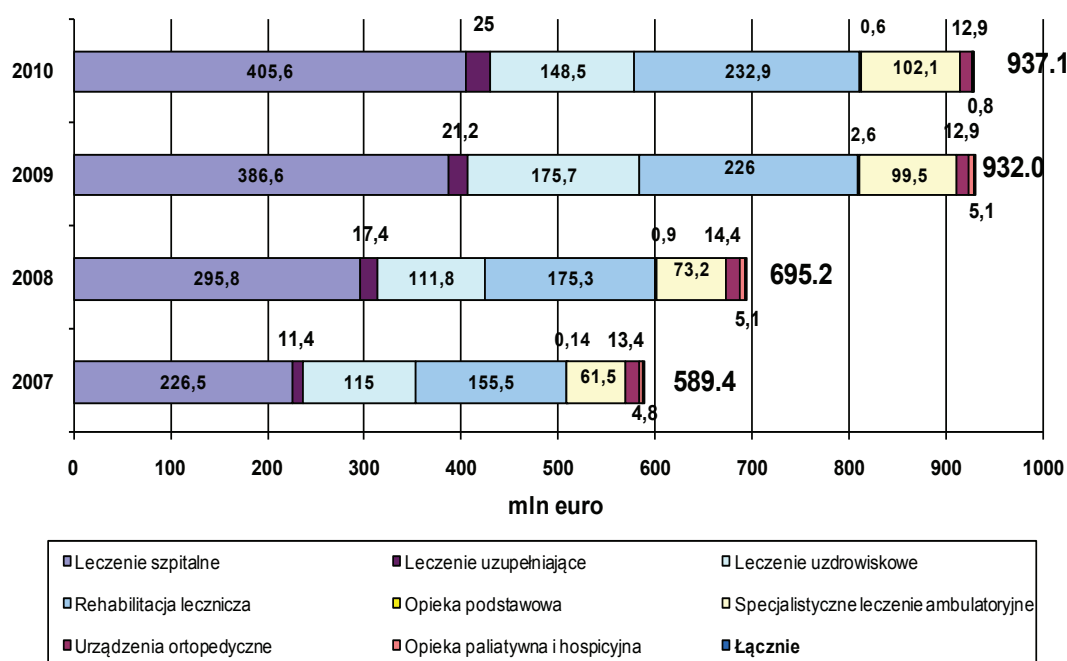
⁴¹ Źródło: Polskie Towarzystwo Reumatologiczne <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3anddzialnr=19andartnr=1483>

⁴² Źródło: NFZ <http://www.nfz.gov.pl/>

Zgodnie z danymi NFZ, w 2010 r. koszty bezpośrednie schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego (M00 – M99.9) zamknęły się kwotą 937 mln euro,⁴³ z czego zaledwie 223 mln euro wydano na programy profilaktyki zdrowotnej.⁴⁴ Rys. 3.4 obrazuje dynamikę kosztów bezpośrednich schorzeń tej kategorii.

Kalkulacje kosztów leczenia zazwyczaj obejmują ocenę kosztów klinicznych i korzyści uzyskanych dzięki leczeniu. Szerszy wpływ kontynuacji zatrudnienia lub wczesnego powrotu do pracy osób z MSD przejawia się w biopsychospołecznych i ekonomicznych skutkach zatrudnienia odczuwanych przez daną osobę oraz zmniejszonych kosztach ponoszonych przez ZUS i inne instytucje publiczne. Spójne i wspólne podejście do analizy kosztów terapii chorób w ogólności, a MSD w szczególności, może skutkować odmienną i – być może – bardziej realistyczną oceną kosztów i korzyści związanych z leczeniem.

Rys. 3.4. Bezpośrednie koszty MSD w Polsce w latach 2007-2010



Źródło: dane dostarczone przez NFZ

⁴³ Dane uzyskane z NFZ

⁴⁴ Dane uzyskane z NFZ

3.4.2 Koszty pośrednie

Istnieją dwa główne rodzaje kosztów pośrednich, które najczęściej występują w związku z problemami zdrowotnymi pracowników. Są to koszty nieobecności w pracy i koszty „nieefektywnej obecności” w pracy, czyli utraconej efektywności chorego lub niezdolnego do pracy pracownika przebywającego w miejscu pracy. Nieefektywną obecność jest niezwykle trudno zmierzyć; brak jest danych na temat kosztów tego zjawiska w Polsce.

Tym samym większość szacunków kosztów pośrednich opiera się na danych dotyczących nieobecności w pracy. Zgodnie z polskim prawem, pracodawca wypłaca pracownikowi wynagrodzenie za pierwsze 33 dni nieobecności spowodowanej chorobą, od 34. do 182. dnia nieobecności obowiązek ten przejmuje Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Dane na ten temat są jednak rzadko zbierane we właściwy sposób. Przykładowo, w samodzielnie sporządzanych ankietach pracownicy mogą deklarować chorobę w dniach i tak wolnych od pracy. W przypadku ankiet przeznaczonych dla pracodawców, rzetelność udzielanych odpowiedzi ograniczona jest jakością prowadzonej przez nich dokumentacji absencji pracowniczej (problemy mogą wynikać np. z nierzetelnego dokumentowania nieobecności przez pracowników czy nieadekwatnej kategoryzacji przyczyn nieobecności). Stan taki wynika również po części z nieefektywności systemu zabezpieczenia społecznego, którego regulacje mogą zachęcać pracowników do uzyskiwania nienależnych świadczeń socjalnych. Czarzasty (2010) wskazuje na znaczną liczbę przypadków nadużyć w ramach systemu zwolnień lekarskich w Polsce.⁴⁵ Po wprowadzeniu przez ZUS systemu bardziej wnikliwych kontroli, w 2008 r. ok. 10 procent wydanych zwolnień zostało unieważnionych po uznaniu ich za nienależne (Czarzasty, 2010). Mimo tego ilość absencji chorobowych, a w szczególności absencji długoterminowych, nadal wzrasta: w 2010 r. przypadki MSD i zespołu cieśni nadgarstka skutkowały ponad 26 milionami dni nieobecności w pracy, co stanowiło 10 procent całkowitej liczby dni nieobecności w pracy w Polsce.⁴⁶ Z danych ZUS za 2009 r. wynika, że przeciętna długość zwolnienia lekarskiego wydanego z tytułu MSD wyniosła 13,6 dnia, podczas gdy średnia długość zwolnienia w ogóle wyniosła 11,9 dnia.

Z drugiej strony w raporcie „Aktywność ekonomiczna ludności Polski w latach 2006-2007”⁴⁷ stwierdzono, że choć ponad dwie trzecie respondentów odnotowało ograniczenia w codziennej aktywności wynikające ze złego stanu zdrowia, jedynie połowa z nich skorzystała ze zwolnienia lekarskiego. Zgodnie ze wstępnymi wynikami badania EWCS 2010,⁴⁸ niemal jedna czwarta pracowników przyznała się do przyścia do pracy w czasie choroby. Powyższe ustalenia wskazują

⁴⁵ Stwierdzenie powtarzające się w rozmowach z ekspertami

⁴⁶ Dane uzyskane z ZUS

⁴⁷ Źródło: Eurostat. Baza danych statystycznych <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

⁴⁸ Źródło: EWCS 2010 <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index.htm>

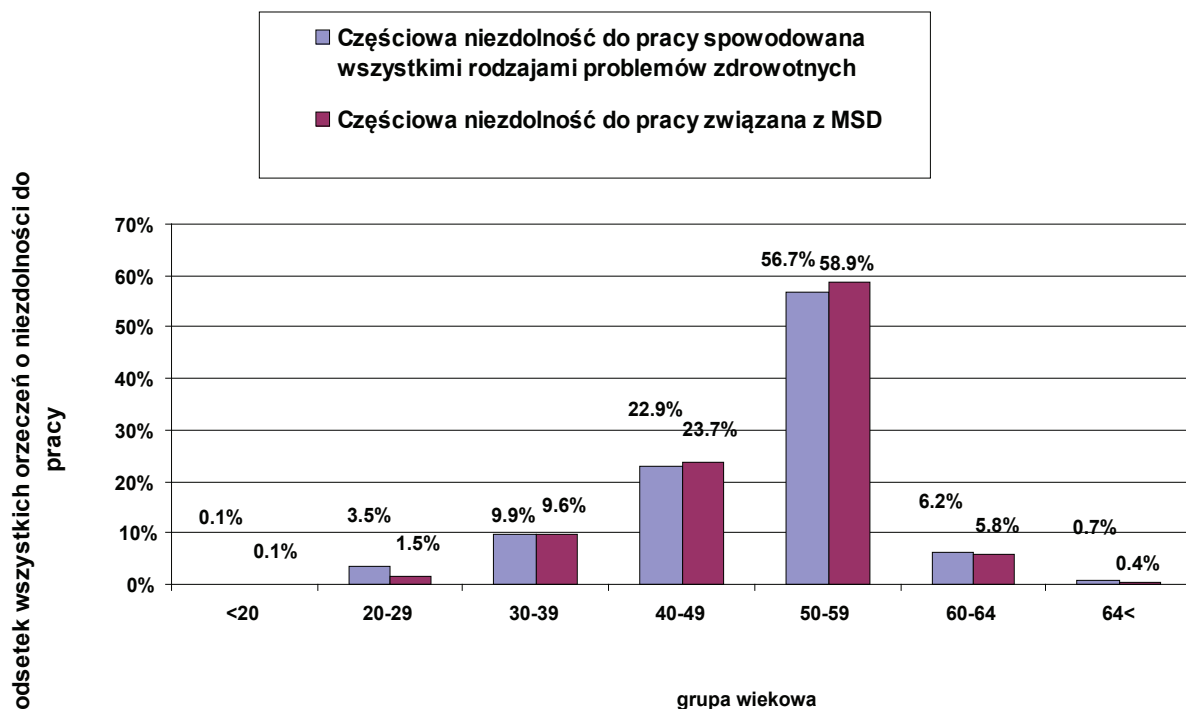
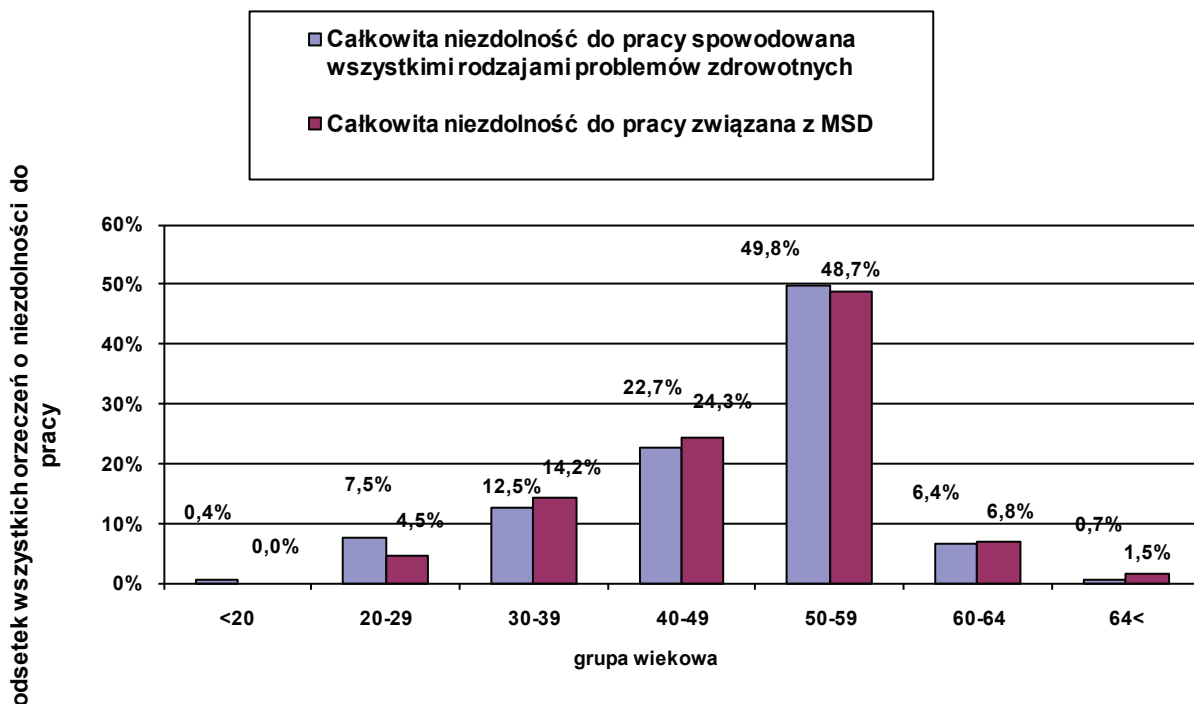
na możliwość istnienia u polskich pracowników wysokiego poziomu nieefektywnej obecności w pracy (Czarzasty, 2010).

Przedwczesne zakończenie aktywności zawodowej przez chorych z MSD generuje dodatkowe koszty pośrednie (Dagenais, Caro i Haldeman, 2008; Alavinia i Burdorf, 2008). Zły stan zdrowia (a w szczególności schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego) jest w Polsce jedną z najczęstszych przyczyn odejścia z pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego (Szubert i Sobala, 2004). Eksperci szacują, że w Polsce pacjenci cierpiący na choroby reumatyczne tracą pracę średnio po upływie 3 do 5 lat od wystąpienia pierwszych objawów choroby, natomiast trwale inwalidztwo następuje przeciętnie po upływie 20 lat od tego momentu (Tłustochowicz, 2009b).

W 2009 r. około 50,2 tys. osób uznano za niezdolne do pracy przez okres do 24 miesięcy, co stanowi 4,6 procentowy wzrost w porównaniu z 2008 r. (ZUS, 2011). Spośród nich, 48,5 procent było całkowicie niezdolnych do pracy a u pozostałych 51,6 procent stwierdzono niezdolność częściową (ZUS, 2011). Choroby układu kostno-stawowego stanowiły przyczynę co najmniej 11,6 procent wszystkich przypadków orzeczenia niezdolności do pracy (ZUS, 2011). Średni wiek osoby, u której stwierdzono niezdolność do pracy wyniósł 49,2 lat (dla mężczyzn - 50,2, dla kobiet - 47,3) i obniżył się średnio o 2 miesiące w porównaniu z 2008 r. (zob. rys. 3.5.). Co najmniej połowa osób z niepełnosprawnością w wieku 50-59 lat była niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji z powodu MSD, podczas gdy w 2008 r. odsetek ten wyniósł 38 procent (ZUS, 2011).

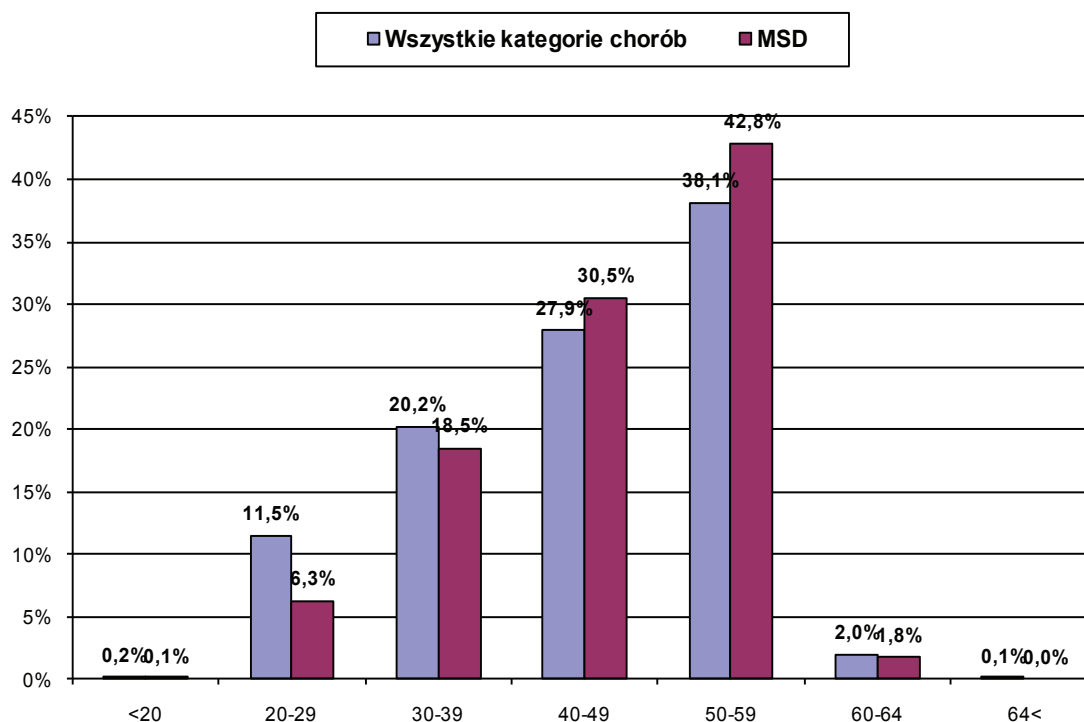
Świadczenie rehabilitacyjne przyznawane jest osobom tymczasowo niezdolnym do pracy na okres, który jest niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, jednak nie dłużej niż na 12 miesięcy. W 2009 r. najwięcej tego typu świadczeń przyznano osobom cierpiącym na schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, co stanowiło 24,7 procent ogólnej liczby przyznanych świadczeń (ZUS, 2011). Średni wiek odbiorcy świadczenia rehabilitacyjnego w Polsce wynosił 46 lat (zob. rys. 3.6.). Biorąc pod uwagę prognozy dotyczące starzenia się polskiego społeczeństwa w najbliższych dekadach, powyższe dane potwierdzają niepokojący trend: w sytuacji, w której coraz więcej osób zwraca się o pomoc z powodu złego stanu zdrowia będąc w najbardziej produktywnym okresie swojego życia, zmniejszająca się liczba zdrowych obywateli będzie musiała utrzymywać starzejącą się populację cierpiącą na przewlekłe schorzenia.

Rys. 3.5. Odsetek osób, u których w 2009 r. stwierdzono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy, z podziałem na grupy wiekowe



Źródło: ZUS, 2011

Rys. 3.6. Odsetek osób korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w 2009 r. w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: ZUS, 2011

W 2009 r. koszty rent z tytułu niezdolności do pracy wynikającej z chorób układu mięśniowo-szkieletowego wyniosły około 470 milionów euro, choć liczba osób otrzymujących tę rentę maleje.⁴⁹ Spory odsetek niepełnosprawnych (82,6 procent) nie stara się nawet szukać pracy; 96,3 procent badanych stwierdziło brak gotowości do podjęcia pracy w najbliższej przyszłości (Czapiński i Panek, 2010). W 2009 r. około 3,6 miliarda euro wydano na świadczenia związane z niezdolnością do pracy; co najmniej 13,2 procent tych kosztów związane było z MSD.⁵⁰ Pojawiają się sugestie, że koszty społeczne RZS są dwu-trzykrotnie wyższe niż związane z tą chorobą bezpośrednie koszty opieki zdrowotnej.⁵¹ Pomimo tego RZS nie jest uznawane za chorobę o poważnych skutkach społecznych.⁵²

Poniższy rys 3.7. pokazuje rosnące wydatki związane z występującą w Polsce niezdolnością do pracy związaną z problemami zdrowotnymi. Chociaż świadczenia przeznaczone dla 1,3 miliona

⁴⁹ Dane uzyskane z ZUS

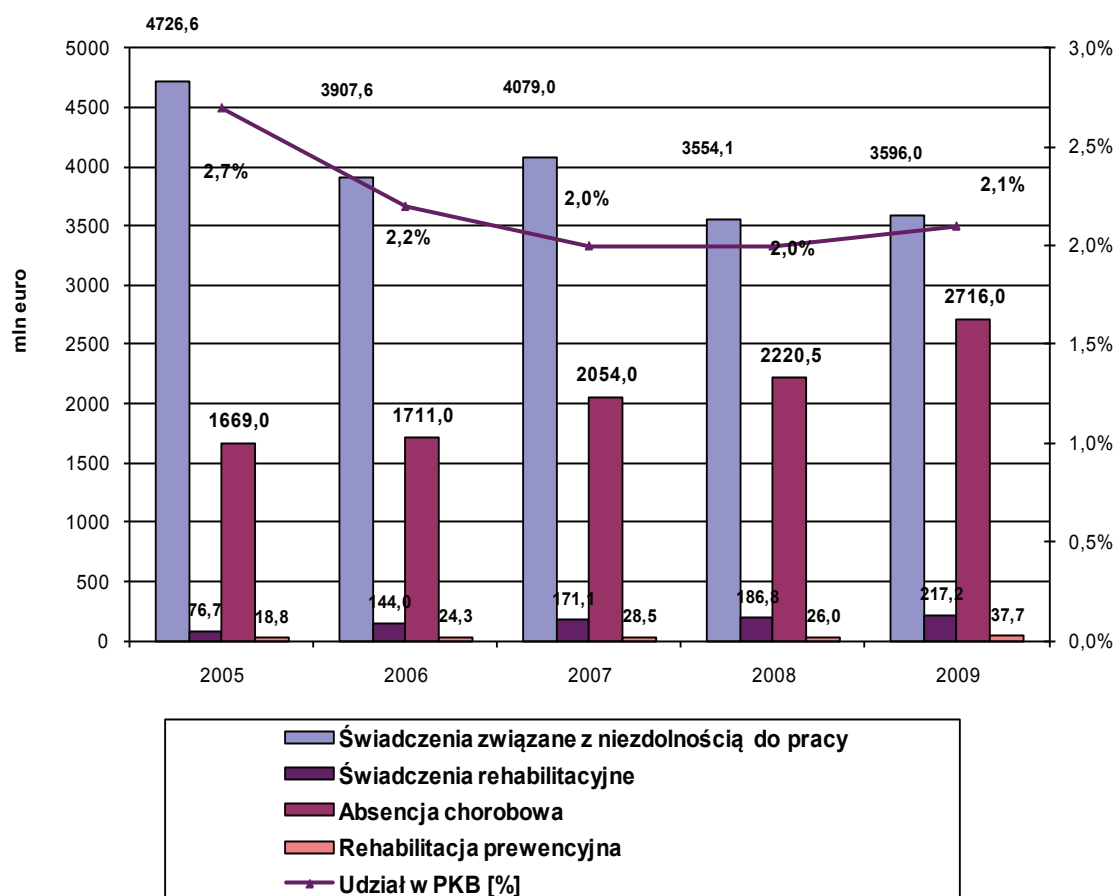
⁵⁰ Dane uzyskane z ZUS

⁵¹ Rozmowa z ekspertem

⁵² Rozmowa z ekspertem

osób niezdolnych do pracy ze względu na stan zdrowia kosztowały budżet państwa niemal 3,6 miliarda euro, zaledwie 38 milionów euro wydano na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, którą objęto 73,4 tys. osób (ZUS, 2011). Szerszy dostęp do opieki prewencyjnej skutkowałby znaczącą redukcją kosztów wynikających z problemów zdrowotnych.

Rys. 3.7. Koszty związane z niezdolnością do pracy



Źródło: ZUS, 2011

Liczby te jednak nie w pełni oddają rzeczywiste koszty schorzeń takich jak MSD. Większość osób cierpiących na MSD (nawet tych z już rozpoznanym schorzeniem) nadal pracuje (Waddell i Burton, 2006a), doświadczając zaburzeń emocjonalnych związanych ze strachem przed utratą pracy i źródła utrzymania. Dodatkowe koszty wynikają ze zmniejszonej zdolności osoby dotkniętej MSD do samodzielnej egzystencji. Takie pośrednie koszty mogą obejmować np. wydatki związane z zatrudnieniem pomocy domowej (Kavanaugh, 2005) a także utracone dochody członków rodziny, którzy wychodzą z rynku pracy, aby zapewnić choremu nieformalną opiekę (Pugner, Scott, Holmes i Hieke, 2000). Koszty takiej nieformalnej opieki są trudne do

określenia, skwantyfikowania i oszacowania (to, co przez niektórych uznawane jest za opiekę nieformalną, inni mogą uważać za „normalną”). Lundkvist, Kastäng i Kobelt (2008) stwierdzili, że w przypadku RZS roczne wydatki na opiekę nieformalną w Polsce wyniosły 830 euro na pacjenta. W innym badaniu Kobelt i Kastaeng (2009) określili taki koszt na poziomie 579 euro na pacjenta, co stanowi kwotę znacznie niższą niż średnia europejska (2 012 euro) ale nieco wyższą od przeciętnych wydatków w pozostałych krajach Europy Wschodniej (513 euro).

Z danych ZUS wynika, że w 2009 r. całkowity koszt niezdolności do pracy wynikającej ze schorzeń układu ruchu i zespołu cieśni nadgarstka zamknął się kwotą 874 milionów euro.⁵³ Poniższa tabela 3.2. przedstawia podsumowanie dostępnych danych dotyczących kosztów poszczególnych schorzeń.

3.4.3 Koszty całkowite

Obliczenie kosztów poszczególnych MSD wiąże się z takimi samymi problemami, jak oszacowanie wydatków związanych z całą kategorią MSD. W większości badań dotyczących obciążenia ekonomicznego wynikającego z RZS przedstawiono szacunki kosztów odnoszące się do populacji i systemu opieki zdrowotnej USA (Cooper, 2000). Jeszcze większą niewiadomą stanowią koszty społeczne ZZSK (Chorus i in., 2002). Lepiej niż w Polsce kwestię kosztów zbadano w USA, Kanadzie oraz w innych krajach europejskich (w szczególności w Holandii, Belgii i we Francji). Jednakże co do zasady uzyskane w poszczególnych krajach wyniki badań dotyczących odsetka osób niezdolnych do pracy nie nadają się do bezpośredniego porównania ze względu na różnice w przepisach regulujących warunki pracy, np. długość i warunki otrzymywania zasiłków chorobowych (Sieper i in., 2002).

Lundkvist, Kastäng i Kobelt (2008) stwierdzili, że całkowity koszt leczenia polskich pacjentów z RZS wyniósł 5 633 euro na chorego rocznie, co sytuuje łączną kwotę kosztów na poziomie 1,419 mln euro. Według późniejszych szacunków Kobelta i Kastaenga (2009) koszty RZS wyniosły mniej, bo 3 720 euro na pacjenta rocznie, czyli w sumie 490 mln euro. Wydatki takie obejmują koszty leczenia, leków, koszty pozamedyczne, koszty opieki nieformalnej i inne koszty pośrednie. Brak jest natomiast rozróżnienia pomiędzy kosztami ponoszonymi przez osoby w wieku produkcyjnym oraz kosztami dotyczącymi osób, które osiągnęły wiek emerytalny. W przeliczeniu na pacjenta koszty RZS są znacząco niższe niż te ponoszone w krajach Europy Zachodniej. Pozostają one natomiast na poziomie porównywalnym ze średnią wschodnioeuropejską.

⁵³ Dane uzyskane z ZUS

Tabela 3.2. Koszty MSD w Polsce w 2009 r

Schorzenie	Liczba zarejestrowanych osób na zwolnieniu lekarskim (w tys.)	Liczba dni zwolnienia (w tys.)	Koszt absencji chorobowej (w mln euro)		Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy (w mln euro)	Całkowity koszt związany z niezdolnością do pracy (w mln euro)
			Pracodawcy	FUS		
Zespół cieśni nadgarstka (G56)	19.2	735.2	2.7	5.8	4.5	15.3
Sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów (M05)	8.4	334.7	1.0	2.4	28.2	33.2
Inne reumatoidalne zapalenia stawów (M06)	7.9	229.6	0.8	1.6	13.7	17.1
Artropatie towarzyszące łuszczycy i chorobom jelit (M07)	1.5	58	0.2	0.5	4.0	4.9
Młodzieńcze zapalenie stawów (M08)	0.3	5.6	0.0	0.0	0.3	1
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (M45)	3.6	110.5	0.4	0.9	15.9	17.7
Inne spondylopatie zapalne (M46)	3.5	76.6	0.4	0.7	1.2	2.3
Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47)	181	5 061.80	20.8	45.8	136.9	217.7
Inne choroby kręgosłupa (M48)	27.8	648.5	3.2	5.7	2.8	12.4
Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej (M49)	1.4	29.8	0.2	0.3	1.0	2
Choroby kręgów szyjnych (M50)	36.5	1 149.50	4.7	10.8	11.3	30
Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej (M53)	3	65	0.3	0.5	0.7	1.7
Bóle grzbietu (M54)	138.6	2 579.90	15.0	18.3	3.4	37.9
Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem (M70)	113.4	2 049.40	10.6	12.4	2.5	26.9
Uszkodzenia barku (M75)	14.6	467.1	1.8	4.1	1.5	8.7
Inne choroby tkanek miękkich gdzie indziej niesklasyfikowane (M79)	2.6	37	0.2	0.2	0.1	0.6
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	brak danych	26 187.90	111.0	214.5	469.2	874.0

Opracowano na podstawie danych uzyskanych z ZUS

Wspomniane ograniczenia dotyczące sposobu zbierania danych są tylko niektórymi z trudności, jakie napotkać można przy podejmowaniu prób oszacowania kosztów wpływu MSD na pracodawców i społeczeństwo.

3.5

Podsumowanie

W niniejszej części raportu omówiliśmy wpływ MSD na zdolność pacjentów do pracy – zarówno wpływ fizyczny, związany z samym schorzeniem, jak i wynikający z efektów mu towarzyszących, takich jak utrata zdolności koncentracji spowodowana dolegliwościami bólowymi. Przeanalizowaliśmy też wpływ wywierany na MSD przez miejsce pracy, zarówno w momencie pojawienia się schorzenia, jak i w trakcie rozwoju jego objawów. Istnieje wiele wewnątrzpochodnych czynników ryzyka zachorowania na MSD, ale bez wątpienia miejsce pracy może spowodować narażenie pracowników na inne czynniki ryzyka, fizyczne i psychologiczne. Niektóre z dobrze udokumentowanych czynników ryzyka związanych z miejscem pracy, takie jak wibracje i ergonomia stanowiska pracy zostały już dostrzeżone przez pracodawców, którzy dokonują oceny zagrożeń w celu zminimalizowania ich skutków. Jednocześnie wpływ innych tego rodzaju czynników ryzyka (np. jakości oferowanej pracy) nie jest już tak powszechnie uznawany.

Podkreśliliśmy ponadto, że należy rozróżnić pomiędzy czynnikami ryzyka wystąpienia MSD a czynnikami ryzyka dotyczącymi ich przejścia w postać przewlekłą, prowadzącą do niepełnosprawności. Warunki fizyczne pracy mogą powodować wystąpienie lub zaostrzenie objawów zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego, jednakże ich oddziaływanie na poszczególne osoby i skutki przez nie wywoływane (absencja w pracy i niezdolność do pracy) są ściśle powiązane z czynnikami psychospołecznymi (Waddell i Burton, 2006b).

Na koniec, przyjrzeliliśmy się ekonomicznym i społecznym skutkom MSD i omówiliśmy bezpośrednie, pośrednie i całkowite koszty tych zaburzeń. W 2010 r. ogólne bezpośrednie koszty związane ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego zamknęły się kwotą 937 milionów euro, z czego zaledwie 223 miliony euro wydankowano na profilaktykę zdrowotną. Głównymi składnikami kosztów bezpośrednich są koszty hospitalizacji i rehabilitacji, podczas gdy koszty leków stanowią tylko niewielki odsetek ogólnej kwoty wydatków. Pośrednie koszty tych schorzeń wyniosły w sumie 330 miliony euro wypłacone w postaci zasiłków chorobowych. Koszty związane z niezdolnością do pracy wyniosły 470 milionów euro. Wydatki na świadczenia przeznaczone dla osób niezdolnych do pracy ze względu na stan zdrowia wyniosły 3,6 miliarda euro, z czego zaledwie 38 milionów euro wydano na rehabilitację leczniczą. Powyższe dane wskazują, że MSD generują koszty pośrednie co najmniej dwukrotnie wyższe od kosztów obciążających system opieki zdrowotnej. Jednakże części tych kosztów dałoby się uniknąć stosując bardziej proaktywne podejście do zapobiegania niezdolności do pracy powodowanej przez MSD oraz aktywniej podejmując wczesne interwencje w tym obszarze. Podczas planowania interwencji i prewencji należy uwzględnić znaczne obciążenie społeczne wynikające z MSD.

Niestety, pojawiające się w literaturze szacunki kosztów całkowitych MSD nie uwzględniają ogromnych kosztów niematerialnych ponoszonych przez osoby cierpiące na tego typu schorzenia, co wynika z trudności wyrażenia takich kosztów w postaci pieniężnej. Okazało się, że ogólne koszty RZS ponoszone w związku z leczeniem pacjentów w wieku ponad 19 lat wyniosły 490 milionów euro. Jednocześnie dane wskazują, że – szczególnie w przypadku RZS – bezpośrednie i pośrednie koszty rosną wraz z postępami choroby. W konsekwencji, niezbędne wydaje się opracowanie strategii oraz podjęcie interwencji w celu zatrzymania takich postępów i zapewnienia pacjentom z MSD pomocy umożliwiającej im prowadzenie w pełni produktywnego życia zawodowego. W kolejnym dziale omówione zostaną najpowszechniejsze i najodpowiedniejsze interwencje podejmowane w przypadku każdego z tych schorzeń, w miejscu pracy i poza nim.

4. Interwencje

Jak wynika z przedstawionych powyżej informacji, MSD mogą w istotny sposób wpływać na życie dotkniętych nimi osób, sytuację pracodawców oraz całego społeczeństwa. Od niedawna wzrasta świadomość ich oddziaływania na populację pracowniczą. Mimo tego, że powszechnie docenia się znaczenie wczesnej interwencji w przeciwdziałaniu MSD oraz zapobieganiu absencji chorobowej pracowników, wciąż wiele pozostaje do zrobienia w kwestii zapewnienia im możliwości kontynuacji zatrudnienia lub powrotu na dawne stanowisko pracy oraz jak najszybszego wsparcia w tym zakresie. Długi okres oczekiwania na opiekę medyczną, brak zdolności pracodawców do poradzenia sobie z chorobą pracowników, brak świadomości pracowników na temat tego rodzaju schorzeń i dostępnej terapii oraz sprzeczne przekazy dotyczące skuteczności różnych metod interwencji w miejscu pracy lub programów powrotu do pracy stanowią bariery uniemożliwiające osobom cierpiącym na MSD wykonywanie efektywnej i niezagrażającej ich zdrowiu pracy.

Niniejsza część przedstawia rodzaje interwencji, które mogą najskuteczniej aktywizować chorych na MSD do kontynuacji zatrudnienia, powrotu do pracy, zachowania wydajności, czerpania z pracy korzyści zdrowotnych oraz uczestniczenia w życiu społecznym. Ponadto, Załącznik nr 3 wymienia wiele wskaźników, które mogą ułatwić określenie czynników zarówno sprzyjających jak i utrudniających wczesną interwencję w Polsce oraz porównanie Polski z krajami o podobnych lub odmiennych rynkach pracy, systemach opieki społecznej i zdrowotnej.

4.1 Priorytetem dla pracodawców i specjalistów ochrony zdrowia musi być zapewnienie pracownikom
Zalety cierpiącym na MSD w najkrótszym możliwym czasie dostępu do odpowiedniego leczenia oraz
wczesnej udzielenie wsparcia. Badania epidemiologiczne pracowników, których absencja spowodowana
interwencji jest bólami okolicy lędźwiowo-krzyżowej wskazują, że im dłużej osoby takie przebywają na
zwolnieniu lekarskim, tym trudniej zmobilizować je do powrotu do pracy oraz tym wyższe koszty
gospodarcze ponosi państwo (Frank, Sinclair, Hogg-Johnson, Shannon, Bombardier i in., 1998;
Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj i Frings-Dresen, 2006). Z przeprowadzonych badań wynika
również, że absencja chorobowa pracowników wywiera negatywne skutki psychologiczne (Meijer,
Sluiter i Frings-Dresen, 2005). Stąd też, dla powrotu do zdrowia danego pacjenta i możliwości
samodzielnego kontrolowania przez niego procesu leczenia niezwykle istotna jest wczesna
interwencja, która może również przyczynić się do ograniczenia absencji chorobowej pracownika
oraz spadku jego produktywności wywołanej MSD (brak jest jednak jednoznacznych dowodów
potwierdzających opłacalność konkretnych programów powrotu do pracy).

W najlepszym interesie pracodawców leży podjęcie z wyprzedzeniem działań zmierzających do minimalizacji kosztów zdrowotnych ponoszonych przez pracowników oraz kosztów przedsiębiorstwa spowodowanych absencją chorobową pracowników. Opierając się na analizie dostępnych danych, Breen, Langworthy i Bagust (2005) zalecają, aby pracownicy i pracodawcy w pierwszym tygodniu po postawieniu diagnozy omówili i dostosowali warunki pracy. Jeżeli

pracownicy są zaniepokojeni swoim stanem zdrowia, powinni oni zasięgnąć porady lekarskiej. Po otrzymaniu skierowania lub zdiagnozowaniu schorzenia, otrzymaniu zaleceń i zaplanowaniu leczenia, w ciągu czterech tygodni należy dokonać weryfikacji stanu zdrowia pracownika.

Skuteczność programów kontynuowania zatrudnienia i powrotu do pracy zależy od tego, czy pacjent otrzymał odpowiednią pomoc medyczną w najkrótszym możliwym czasie. Ponieważ większość osób cierpiących na MSD zwraca się najpierw do lekarzy pierwszego kontaktu, którzy wystawiają zwolnienia, to do nich należy upewnienie się, czy pacjent jest w stanie samodzielnie prowadzić terapię i to ich decyzje mogą utrudniać lub ułatwiać powrót pacjenta do pracy.

Eksperti są zgodni co do tego, że pacjenci z MSD w Polsce po otrzymaniu diagnozy nie mają problemów z dostępem do różnych wariantów leczenia. Jednakże okres oczekiwania na wizytę u specjalisty oraz poprawne zdiagnozowanie schorzenia jest niejednokrotnie bardzo długi (Europ Assistant Group i Cercle Santé Societé, 2010). Jednocześnie w Polsce nie brakuje reumatologów.⁵⁴ Na 100 000 mieszkańców przypada 2,3 lekarza tej specjalności, co stanowi wskaźnik porównywalny z wieloma innymi krajami Europy Zachodniej.⁵⁵ Pojawiają się sugestie, że wielu lekarzy pierwszego kontaktu może nie być w stanie rozpoznać wczesnych objawów swoistych MSD, np. RZS i SpA, a zatem również przeprowadzić wczesnej interwencji.⁵⁶ Względnie wyższy wskaźnik aktywności RZS w Polsce⁵⁷ może być skutkiem długiego okresu oczekiwania.

Jednocześnie występują problemy z monitorowaniem opóźnień w dostępie do opieki medycznej w Polsce. Skuteczny mechanizm monitorujący opracowany został przez Fundację Watch Health Care,⁵⁸ która gromadzi informacje o zgłaszanych przez pacjentów przypadkach ograniczonego dostępu do usług lekarzy różnych specjalności w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Ebner, Palotai, Codreanu, Géher, Pahor i in. (2008) ustalili, że przeciętny okres pomiędzy pojawieniem się pierwszych objawów SpA a postawieniem diagnozy wynosi w Polsce około 4 lat. Ostatnie zaś dane wskazują, że diagnoza może być stawiana z opóźnieniem wynoszącym od 5 do nawet 7 lat (Stanisławska-Biernat, 2010). Dla pacjentów z RZS przeciętny okres oczekiwania pomiędzy początkiem choroby a wizytą u reumatologa wynosi od 3 do 6 miesięcy.⁵⁹

⁵⁴ Rozmowa z ekspertem

⁵⁵ Źródło: Eurostat. Baza danych statystycznych <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

⁵⁶ Rozmowa z ekspertem

⁵⁷ Dane uzyskane od eksperta krajowego

⁵⁸ Źródło: Fundacja Watch Health Care <http://www.korektorzdrowia.pl>

⁵⁹ Rozmowy z ekspertami

Panuje błędne przekonanie, nawet wśród specjalistów ochrony zdrowia, że RZS dotyka wyłącznie osoby, które ukończyły 60. rok życia.⁶⁰ Lekarze pierwszego kontaktu nie postrzegają możliwości wykonywania pracy jako ważnego efektu leczenia i dlatego nie uznają przywrócenia pełnej sprawności funkcjonalnej swoich pacjentów, w tym zdolności do pracy, za kwestię priorytetową.⁶¹ Jednocześnie zaś dane epidemiologiczne potwierdzają, że objawy RZS występują u wielu młodych pracowników oraz pracowników w wieku średnim (Moskalewicz, Goryński i Wojtyniak, 2008). Bez prawidłowego i podjętego na czas leczenia połowa pacjentów odchodzi z rynku pracy po pięciu latach od pojawienia się pierwszych objawów choroby.⁶² Ważne jest wczesne podjęcie interwencji w celu powstrzymania postępów choroby (Moskalewicz, Goryński i Wojtyniak, 2008). Sugeruje się, że optymalny czas na podjęcie leczenia RZS wynosi 4 tygodnie od momentu wystąpienia jego pierwszych objawów; w praktyce czas oczekiwania wynosi co najmniej 2 miesiące lub więcej.⁶³

Ponadto, badanie porównawcze dotyczące praktyki leczenia w Europie Środkowej i Wschodniej wskazuje, że wytyczne w zakresie leczenia RZS są w tej części Europy bardziej restrykcyjne niż w krajach Europy Zachodniej (Orlewska, Ancuta, Anic, Codrenau, Damjanov i in., 2011). Obecnie jedynie około 2 procent osób cierpiących na RZS w Polsce ma dostęp do leczenia biologicznego (Śliwczyński, Kruszewski, Binkowski, Gryglewicz, Tłustochowicz i in., 2010). Zarówno opublikowane wyniki badań, jak i eksperci w bezpośrednich rozmowach podkreślają wagę stosowania jednolitych metod leczenia pacjentów z RZS w Polsce (Jędryka-Góral i Łastowiecka, 2002).⁶⁴ Aktualnie obowiązujący plan leczenia z zastosowaniem terapii inhibitorem TNF przewiduje zaprzestanie podawania leku po sześciu miesiącach utrzymującej się niskiej aktywności choroby aż do momentu jej ponownego nawrotu.⁶⁵ Jeżeli stan pacjenta kwalifikuje go do wznowienia leczenia, jest on po raz kolejny umieszczany na liście oczekujących na rozpoczęcie terapii, której wcześniej był poddawany.⁶⁶

Opóźnienia w dostępie do terapii mogą skutkować pogorszeniem stanu pacjenta cierpiącego na RZS. Przeciętne wskaźniki nasilenia RZS w Polsce należą do najwyższych w Europie, co prowadzi do zwiększenia wydatków na opiekę zdrowotną. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest zbyt późne rozpoczęcie leczenia u wielu pacjentów. Eksperci wskazują, że sześć

⁶⁰ Stwierdzenie powtarzające się w rozmowach z ekspertami

⁶¹ Rozmowy z ekspertami

⁶² Rozmowy z ekspertami

⁶³ Rozmowy z ekspertami

⁶⁴ Stwierdzenie powtarzające się w rozmowach z ekspertami

⁶⁵ Źródło: Ministerstwo Zdrowia. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) o przebiegu agresywnym (ICD- 08). .

http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik1_rzs_22122010.pdf

⁶⁶ Rozmowy z ekspertami

miesiący może nie wystarczyć na prawidłową ocenę postępów choroby. Gdyby udało się wydłużyć okres obserwacji do jednego roku, możliwe byłoby zwiększenie skuteczności leczenia.⁶⁷

Wiele opóźnień wynika z braku środków. Ponieważ w każdym roku budżetowym na leczenie przeznaczana jest pewna ograniczona pula środków finansowych, niektórzy pacjenci muszą czekać na rozpoczęcie terapii aż do czasu przydzielenia nowych funduszy.⁶⁸ Sposób podziału funduszy między pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych może skłaniać niektórych lekarzy do niepotrzebnego hospitalizowania pacjentów, aby ułatwić im dostęp do leczenia.⁶⁹ Koszty takiego leczenia są w dłuższej perspektywie znacznie wyższe ze względu na koszty osobodni leczenia, których można by uniknąć. W 2009 r. Krajowy Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej odnotował 73 485 pacjentów hospitalizowanych na oddziałach reumatologicznych, co przełożyło się na 6 262 000 osobodni leczenia, przy czym przeciętny okres pobytu w szpitalu wyniósł 8,5 dnia (GUS, 2010b).

Z drugiej strony, ograniczenie środków finansowych na opiekę ambulatoryjną może oznaczać, że przychodnia przyjmie liczbę pacjentów niższą od liczby wynikającej z jej faktycznych możliwości.⁷⁰ Taka praktyka wskazuje na nieskuteczność podziału środków i niepełne wykorzystanie potencjału ludzkiego. Rys. 4.1 przedstawia podział nakładów na opiekę zdrowotną w Polsce.

Utrudniony dostęp do pomocy medycznej mogą mieć w szczególności osoby mieszkające na terenach wiejskich i obszarach oddalonych od większych skupisk miejskich. Ze względu na koncentrację specjalistów i placówek ochrony zdrowia w miastach, w poszczególnych rejonach Polski występują znaczne różnice w dostępie do opieki medycznej (Europ Assistant Group i Cercle Santé Societé, 2010).⁷¹ Ponadto, z uwagi na zmniejszającą się liczbę absolwentów kierunków medycznych wybierających specjalizację z dziedziny reumatologii, rosną obawy, że za 10-15 lat, gdy starsze pokolenie reumatologów przejdzie na emeryturę, powstanie luka kompetencyjna skutkującą ograniczonym dostępem do specjalistów.⁷²

⁶⁷ Rozmowy z ekspertami

⁶⁸ Rozmowy z ekspertami

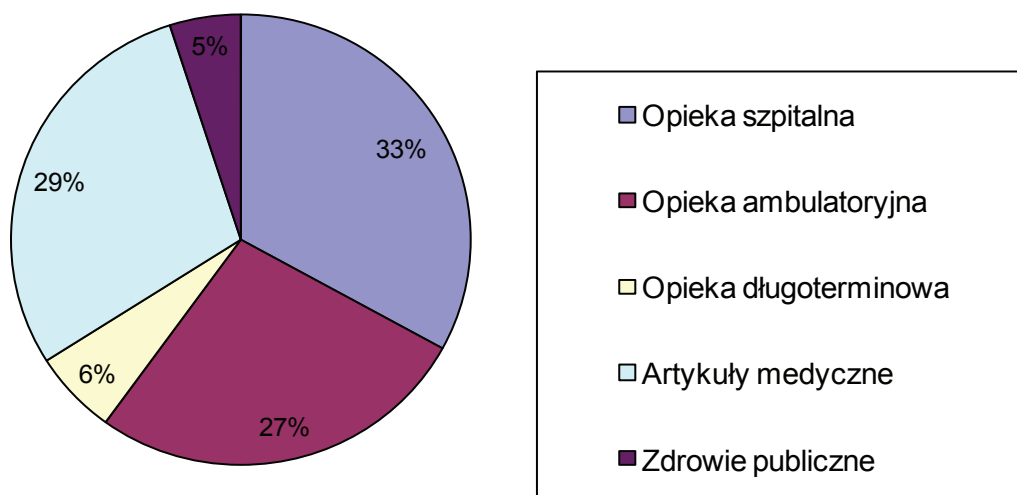
⁶⁹ Rozmowy z ekspertami

⁷⁰ Rozmowy z ekspertami

⁷¹ Również stwierdzenie powtarzające się w rozmowach z ekspertami

⁷² Rozmowy z ekspertami

Rys. 4.1. Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce w 2007 r., z podziałem na rodzaje świadczeń

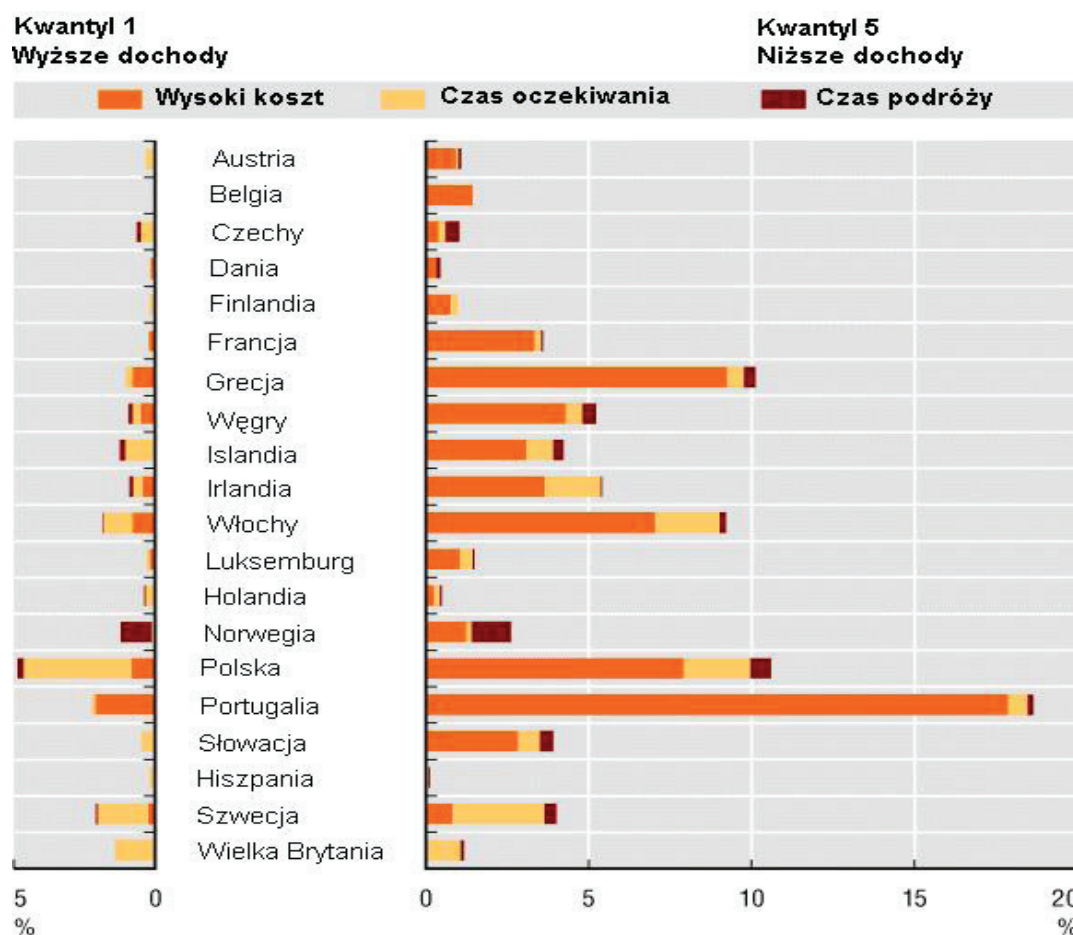


Źródło: na podstawie danych OECD, 2009

Czynniki takie jak ograniczony dostęp do usług medycznych w odległych zakątkach Polski, długie kolejki oczekujących na wizytę u specjalisty oraz zmniejszenie funduszy na świadczenie usług opieki medycznej mogą w znaczący sposób opóźnić interwencje medyczne, szczególnie w przypadku grup społecznych o niższych dochodach. Rys. 4.2 przedstawia dostęp do opieki medycznej w Polsce na tle innych krajów europejskich.

Można wskazać kilka przykładów dobrych praktyk w zakresie wczesnego diagnozowania i interwencji RZS w Polsce. Zamieszczone poniżej studium przypadku stanowi przykład inicjatywy służącej skróceniu czasu upływającego pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów RZS a momentem postawienia diagnozy i rozpoczęcia leczenia.

Rys. 4.2. Rezygnacje z potrzebnych badań medycznych w 2007 r., z podziałem na przyczyny i kwintyle dochodów



Źródło: OECD, 2009

Ramka nr 1. Program wczesnego diagnozowania RZS

W 2010 r. powstała Poradnia Wykrywania Wczesnego Zapalenia Stawów przy Oddziale Klinicznym Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. Jednostka ta zajmuje się wczesnym diagnozowaniem reumatoidalnego zapalenia stawów. Do podstawowych obszarów działania Poradni należą:

- diagnozowanie i leczenie pacjentów z chorobami reumatycznymi;
- prowadzenie działalności szkoleniowej i edukacyjnej przeznaczonej dla studentów uczelni medycznych i studentów VI roku rehabilitacji, lekarzy – internistów, ortopedów, pediatrów, reumatologów i specjalistów w dziedzinie rehabilitacji;
- prowadzenie prac badawczych i naukowych.

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty zajmującego się reumatoidalnym zapaleniem stawów w Polsce może wynosić nawet 3 miesiące. Postawienie diagnozy często wiąże się z koniecznością wykonania specjalistycznych badań, które są kosztowne i trudno dostępne. Ponadto, we wczesnym przebiegu choroby objawy układowych schorzeń tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów i spondyloartropatii zapalnych (takich jak zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa czy łuszczykowe zapalenie stawów), nie są łatwe do rozpoznania. Ponieważ RZS dotyka wielu młodych osób w wieku produkcyjnym, wczesna diagnoza i interwencja staje się priorytetem z uwagi na potrzebę zapobieżenia przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby cierpiące na to schorzenie.

Program wczesnego wykrywania zapalenia stawów jest pierwszym przedsięwzięciem tego typu realizowanym w Polsce. Umożliwia uzyskanie szybszej konsultacji specjalistycznej przez zamieszkujących w województwie kujawsko-pomorskim pacjentów z RZS, u których objawy utrzymują się przez okres od sześciu tygodni do roku. Jego realizacja będzie polegać na wczesnym kierowaniu przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę medycyny rodzinnej lub reumatologa pacjentów spełniających kryteria czasowe wystąpienia objawów chorobowych na specjalistyczne badania po wykonaniu jedynie podstawowych badań wstępnych. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty dla osób rejestrujących się online wynosi maks. 15 dni. W ciągu 30 dni pacjenci otrzymują zalecenia dotyczące leczenia nadzorowanego przez swoich lekarzy pierwszego kontaktu lub reumatologów.

Oddział posiada trzyosobowe sale o podwyższonym standardzie oraz nowoczesny pokój wlewów, w którym pacjenci z RZS leczeni są preparatami biologicznymi. Badania diagnostyczne wykonują laboratoria immunologiczne. Jeżeli po wykonaniu diagnostyki wstępnej zajdzie potrzeba wykonania badań specjalistycznych, pacjenci kierowani są na trzydniowy pobyt w oddziale klinicznym. Badania takie mogą obejmować badania immunologiczne, laboratoryjne, RTG, USG, wideo-kapilaroskopię, badania densytometryczne i rezonans magnetyczny stawów, w zależności od potrzeb pacjentów. Pacjenci mają do dyspozycji szereg procedur rehabilitacyjnych, w tym rehabilitacji zawodowej, stosowanych pod wspólnym nadzorem lekarzy i fizjoterapeutów.

Program umożliwia szybszą i bardziej efektywną wymianę informacji pomiędzy specjalistami ochrony zdrowia. Jednym z jego celów jest zwiększenie dostępności badań diagnostycznych, eliminacja zbędnej diagnostyki i skrócenie jej czasu, a co za tym idzie – redukcja kosztów hospitalizacji pacjentów.

Cele poradni:

1. szybki i łatwy dostęp (do 15 dni);
2. edukacja pacjentów;
3. wczesne inicjowanie optymalnej terapii;
4. wszechstronna ocena stanu pacjenta, dokonywana w celu postawienia właściwej diagnozy;
5. gromadzenie istotnych danych medycznych.

Od maja 2010 r. w ramach programu (finansowanego z środków NFZ) z poradnią współpracuje co najmniej 85 przychodni regionalnych. Aby zapewnić większą dostępność odpowiedniego leczenia pacjentom z chorobami reumatycznymi, należy utworzyć podobne poradnie na terenie całego kraju.⁷³ Kolejną inicjatywą jest opracowanie narzędzia internetowego służącego określaniu prawdopodobieństwa wystąpienia choroby reumatycznej w indywidualnych przypadkach. Narzędzie to wspierać będzie lekarzy pierwszego kontaktu w odpowiednio wczesnym wykrywaniu RZS i SpA.⁷⁴ Ponadto, niezwykle ważne jest zwiększenie wśród pracodawców świadomości wpływu MSD (a w szczególności chorób o podłożu reumatycznym) na indywidualną zdolność do pracy.⁷⁵

⁷³ Stwierdzenie powtarzające się w rozmowach z ekspertami

⁷⁴ Rozmowa z ekspertem

⁷⁵ Rozmowa z ekspertem

Niekiedy pomoc medyczna jest dostępna, ale pacjenci zbyt późno zgłaszają się do lekarza. Nawet jeżeli związane z pracą MSD mogą być zdiagnozowane klinicznie, pracownicy dalej pozostają w pracy i ujawniają swoje problemy zdrowotne pracodawcom w momencie, w którym jest już zbyt późno na dostosowanie środowiska pracy do stanu zdrowia danej osoby. I tak na przykład, chociaż pierwsze objawy SpA pojawiają się u polskich pacjentów w wieku średnio 27 lat, przeciętny wiek chorego zgłaszającego się do lekarza to 45 lat (Ebner, Palotai, Codreanu, Géher, Pahor i in., 2008). Ponieważ ani pracodawcy ani pracownicy nie dostrzegają długoterminowych skutków opóźnień w diagnozowaniu i rehabilitacji, ważne jest uświadamianie im dostępności i istotności wczesnego rozpoczynania terapii.

4.2

**Osoby
niezdolne do
pracy w
systemie
zabezpieczenia
społecznego**

Nie ulega wątpliwości, że w większości krajów UE interwencje podejmowane w ramach systemu ubezpieczeń społecznych mogą w istotny sposób poprawić sytuację populacji w wieku produkcyjnym cierpiącej na długotrwałe, przewlekłe lub uniemożliwiające wykonywanie pracy schorzenia.

Problem niepełnosprawności jest dla polskiego społeczeństwa znacznym obciążeniem. W 2004 r. liczba osób niepełnosprawnych w Polsce sięgnęła 6 mln, co stanowi 15,5 procent ogółu populacji kraju (Eurofound, 2007). Spośród nich ponad 2,7 mln osób cierpi na schorzenia związane z ograniczeniem mobilności (GUS, 2007). Problemy zdrowotne są przyczyną odchodzenia z rynku pracy młodych osób w wieku produkcyjnym i źródłem znaczących kosztów dla systemu opieki społecznej. Do 20 procent pacjentów przebywających w zakładach opieki długoterminowej to osoby w wieku od 19 do 60 lat (GUS, 2010b). W 2009 r. co najmniej 4 055 000 rodzin korzystało z pieniężnych i niepieniężnych form pomocy środowiskowej, udzielanej z powodu długotrwałej lub przewlekłej choroby (GUS, 2010c). MSD są jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i przechodzenia na wcześniejszą emeryturę w Polsce (Jędryka-Góral i Łastowiecka, 2002). Wiele z osób cierpiących na MSD jest w stanie i chce pracować. Z szacunków Jędryki-Góral i Łastowieckiej (2002) wynika, że osobom tym w dużej mierze zależy na rehabilitacji leczniczej i przekwalifikowaniu się (o potrzebie rehabilitacji leczniczej i celowości przekwalifikowania orzeczono, odpowiednio, w 39,7 i 16,1 procent wszystkich przypadków).

Osobom z różnymi formami niepełnosprawności niełatwo jest utrzymać pracę, ale jeszcze trudniejsze może być dla nich ponowne wejście na rynek pracy. W następstwie globalnego kryzysu gospodarczego wiele organizacji zwolniło wykwalifikowanych pracowników i wstrzymało nabór nowych (Czapiński i Panek, 2010). Osoby z ograniczoną zdolnością do wykonywania pracy mogą znaleźć się w szczególnie trudnym położeniu, jeżeli chodzi o dostęp do zatrudnienia, w sytuacji gdy ograniczona zostanie liczba mniej wymagających miejsc pracy. Przykładowo, RZS diagnozowane jest najczęściej u osób w wieku 40-50 lat, a więc w wieku, w którym trudniejsze jest przekwalifikowanie zawodowe (Jędryka-Góral i Łastowiecka, 2002). Niski poziom

zatrudnienia wśród osób niepełnosprawnych prowadzi często do problemów finansowych, odczuwanych zarówno przez nie same, jak i przez ich rodziny; dla niecałych 12,9 procent osób niepełnosprawnych przychody z pracy są głównym źródłem dochodów.⁷⁶

Jedno z badań przeprowadzonych w Polsce wskazuje na niską aktywność zawodową osób niepełnosprawnych: jedynie 13,5 procent badanych przyznało, że w minionym tygodniu pracowało. Do czynników sprzyjających znalezieniu zatrudnienia przez osoby niepełnosprawne należały: płeć męska, wiek od 24 do 44 lat, wyższe wykształcenie, duże miasto jako miejsce zamieszkania oraz orzeczenie o lekkim lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (Czapiński i Panek, 2010). Ponadto, zauważono znaczące różnice w dostępie do zatrudnienia w zależności od regionu (Wapiennik, 2007; Czapiński i Panek, 2010).

W Polsce można zaobserwować pozytywny wpływ zatrudnienia na szybkość powrotu do zdrowia i ogólny stan zdrowia populacji. Wyniki innego badania przeprowadzonego w Polsce podkreślają, że praca może pomóc osobom niepełnosprawnym w przezwyciężeniu psychicznej presji związanej z nadawaniem im etykiet „bezrobotny” lub „inwalida” (Brzezińska, Kaczan, Piotrowski, Sijko, Rycielski i in., 2008). Podczas gdy wiele osób z nabytą niepełnosprawnością o stopniu umiarkowanym dąży do kontynuacji zatrudnienia, osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub o znacznym stopniu niepełnosprawności mogą niechętnie podchodzić do uczestniczenia w rynku pracy (Brzezińska i in., 2008). Brakuje systemu wczesnego poradnictwa zawodowego, który mógłby przygotować osoby niepełnosprawne na radzenie sobie ze zmianami zachodzącymi w ich stanie zdrowia (Wapiennik, 2007). Z drugiej strony, status osoby aktywnej zawodowo redukuje negatywne skutki niepełnosprawności i wpływa na podwyższenie poziomu zadowolenia z życia (Brzezińska i in., 2008). Zwiększenie możliwości znalezienia niepełnoetatowego zatrudnienia oraz stopniowy powrót do pracy znacznie wydłużyłyby okres zdolności tych osób do wykonywania pracy.⁷⁷

Niemal 88,6 procent nieaktywnych zawodowo osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym nie szuka pracy z uwagi na swoją chorobę lub niepełnosprawność (Towalski, 2009). Wiele zakładów pracy nie jest przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Co więcej, ustawodawca nie doprecyzował terminu „odpowiednie warunki”, który opisuje środowisko pracy, jakie pracodawcy powinni zapewnić pracownikom, aby uniknąć oskarżeń o dyskryminację osób niepełnosprawnych (Wapiennik, 2007). Towalski (2009) wskazuje na główne rodzaje barier, na które natrafiają osoby niepełnosprawne w miejscu pracy:

⁷⁶ Dane wynikające ze statystyki GUS, uzyskane od eksperta krajowego

⁷⁷ Rozmowa z ekspertem

- niedobór stanowisk pracy dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- ograniczony dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych;
- bariery architektoniczne;
- utrudniony dojazd do miejsca pracy.

Proste interwencje mogłyby doprowadzić do przezwyciężenia tych barier. Jednakże pracodawcom brakuje motywacji do poszukiwania rozwiązań umożliwiających włączenie do środowiska pracy osób niepełnosprawnych, gdyż nie zdają sobie sprawy z korzyści finansowych, jakie odnieśli by zatrzymując niepełnosprawnych pracowników posiadających cenne umiejętności oraz tworząc wysokiej jakości miejsca pracy dla osób o zróżnicowanych możliwościach fizycznych (Wapiennik, 2007). Jedynie 20 procent pracodawców jest świadomych tego, że państwo wspiera przedsiębiorców zatrudniających osoby niepełnosprawne udzielając dotacji i refundując poniesione z tego tytułu koszty (Wapiennik, 2007). Podejmowano próby wprowadzenia systemu zachęt mających na celu zainteresowanie zakładów pracy zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, ale z uwagi na zawyżanie przez firmy liczby niepełnosprawnych pracowników program został wstrzymany.⁷⁸ Należy jednak podkreślić, że poziom zatrudnienia osób niepełnosprawnych wzrasta. W 2010 r. wynosił on 25,9 procent, co stanowi wzrost o 3,3 punktu procentowego w stosunku do roku 2007.⁷⁹

Jednocześnie jednak wiele osób niepełnosprawnych nie jest zainteresowanych szukaniem zatrudnienia (Czapiński i Panek, 2010). Przyczyną tego jest z jednej strony zły stan zdrowia tych osób, a z drugiej model pomocy społecznej funkcjonujący w Polsce. Z badań przeprowadzonych przez Czapińskiego i Panka (2010) wynika, że 19 procent bezrobotnych mężczyzn i co najmniej 8 procent bezrobotnych kobiet jest zadowolonych z poziomu życia, który zapewnia im system zabezpieczenia społecznego. Podobnie Zyluk i Puchalski (2008) wskazują, że 14 procent pacjentów nie wraca do pracy po operacyjnym leczeniu zespołu cieśni nadgarstka. Badanie to pozwoliło stwierdzić, że pacjenci mogą być fizycznie zdolni do powrotu do pracy, ale nie wyrażać woli takiego powrotu, co uzasadnia wezwanie do poprawy jakości usług rehabilitacyjnych i poddania ściślejszej kontroli kryteriów udzielania zwolnień lekarskich i przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy.

Niektórzy pracodawcy mogą również przyczyniać się do wyłudzania świadczeń socjalnych poprzez nielegalne zatrudnianie osób otrzymujących od państwa zasiłek dla bezrobotnych. Ustawa o służbie medycyny pracy zobowiązuje pracodawców do przeprowadzania okresowych badań lekarskich oraz zapewnienia pracownikom profilaktycznej opieki zdrowotnej (Kuszeński

⁷⁸ Rozmowa z ekspertem

⁷⁹ Dane uzyskane od eksperta krajowego

i Gericke, 2005). Jednakże wiele wskazuje na to, że nielegalne zatrudnianie pracowników jest sposobem na uniknięcie kosztów składek odprowadzanych do systemu ubezpieczeń społecznych oraz kosztów rotacji pracowników. Szacuje się, że szara strefa w Polsce stanowi 29 procent PKB (Kearney, 2009).

Większość kosztów niepełnosprawności spowodowanych jest wpływem długotrwałych problemów zdrowotnych na zdolność chorych do uczestniczenia w rynku pracy. Skupienie się na usługach rehabilitacyjnych wpłynie pozytywnie na społeczną integrację osób niepełnosprawnych oraz zapewni podaż wykwalifikowanych pracowników gotowych do wejścia na rynek pracy. Zmierzenie się ze skutkami problemów zdrowotnych musi stać się kwestią priorytetową zarówno na poziomie krajowym, jak i poszczególnych zakładów pracy.

4.3 Interwencje dotyczące konkretnych schorzeń

Dla osób z konkretnym rodzajem dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego zazwyczaj istotna jest możliwość szybkiego uzyskania konsultacji specjalistycznej w celu rozpoznania i podjęcia leczenia schorzenia. Chorzy z MSD borykać muszą się z licznymi problemami związanymi z opieką długoterminową: długimi okresami oczekiwania, brakiem podejścia multidyscyplinarnego, niedostatkami poradnictwa w sprawie niwelowania bólu i niedostępnością jasno określonych, zintegrowanych ścieżek dostępu do opieki medycznej. Nie zmienia to jednak faktu, że istnieje szereg interwencji, które mogą zostać podjęte w przypadku konkretnych schorzeń i które okazały się skuteczną metodą ułatwiającą kontynuację zatrudnienia i powrót do pracy.

4.3.1 Nieswoiste MSD

Celem nadrzędnym niniejszego raportu jest omówienie interwencji i innych czynników wpływających na kontynuację zatrudnienia, aktywność na rynku pracy i jakość pracy wykonywanej przez osoby cierpiące na MSD. Jak już stwierdzono powyżej, istnieją dowody na to, że zaburzenia fizyczne mogą stanowić barierę uniemożliwiającą osiągnięcie każdego z tych celów. Zarazem jednak wiadomo, że wiele osób – nawet z poważnymi lub przewlekłymi dolegliwościami ograniczającymi zdolność do pracy – jest w stanie prowadzić (i prowadzi) pełnowymiarowe i satysfakcjonujące życie zawodowe. Ból pleców i większość ze związanych z pracą zawodową dolegliwości szyi i kończyn górnych nie są schorzeniami, które można wyleczyć. Co więcej, zgodnie z wynikami większości badań, pod znakiem zapytania stoi możliwość ich profilaktyki. W związku z tym pojawił się pogląd, zgodnie z którym głównym celem leczenia powinien być powrót do możliwie najwyższego lub pożądanego poziomu aktywności i partycypacji oraz prewencja przewlekłych dolegliwości i nawrotów choroby (Burton, 2005; Bekkering i in., 2003) a nie usunięcie przyczyny problemu czy też powrót do normalnego funkcjonowania.

Bóle barku, często spowodowane pracą połączoną z unoszeniem ponad głowę kończyn górnych, stanowią jedno z zaburzeń kończyn górnych w Polsce najczęściej zgłaszanych przez pacjentów

lekarzom pierwszego kontaktu (Piechura, Skrzek, Rożek i Wróbel, 2010). Badanie wykazało, że dziesięciodniowa rehabilitacja z zastosowaniem krioterapii i kinezyterapii powodowała statystycznie istotne zmniejszenie dolegliwości bólowych i zwiększenie siły mięśniowej (Piechura i in., 2010). Nie ma jednak dowodów na współzależność pomiędzy skutkami terapii a wiekiem, płcią czy poziomem aktywności fizycznej.

Zwolińska, Kwolek i Skrzypiec (2007) badali skuteczność fizjoterapii w leczeniu zespołu cieśni nadgarstka. Utrzydziestu pacjentów (50 rąk) poddanych nadźwiękawianiu falami ultradźwiękowymi, masażowi i neuromobilizacji nerwu pośrodkowego zaobserwowano znaczące zmniejszenie bólu dziennego i nocnego, a także zmniejszenie zaburzeń wegetatywnych (Zwolińska, Kwolek i Skrzypiec, 2007). Jako że fizjoterapia może w istotny sposób wpłynąć na stan ogólny pacjenta, zaleca się jej stosowanie jako alternatywy dla leczenia operacyjnego, przynajmniej w niektórych przypadkach (Zwolińska, Kwolek i Skrzypiec, 2007).

Fizjoterapia i interwencje medyczne nie muszą być jedynym ani najlepszym sposobem na odzyskanie sprawności lub redukcję skutków schorzenia, dostępnym dla osób z nieswoistymi MSD. W rzeczywistości, w przypadku nieswoistych zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego nadmierna medykalizacja może zmniejszyć szanse na powrót do zdrowia i prawdopodobieństwo powrotu do pracy. Ograniczenia związane z przepisami regulującymi zasady wystawiania i korzystanie ze zwolnień lekarskich oraz ze sformalizowanymi programami powrotu do pracy mogą spowodować „nasilenie” choroby u pacjenta, ograniczając jednocześnie swobodę działania pracodawców. Z faktu, że czynniki psychospołeczne są u osób cierpiących na dolegliwości bólowe pleców determinantą przewlekłości schorzenia i niepełnosprawności, jasno wynika konieczność rekonceptualizacji tego schorzenia i metod jego leczenia, a także ważne wnioski dotyczące pozostałych rodzajów nieswoistych dolegliwości bólowych o podłożu mięśniowo-szkieletowym (Burton, 2005).

Waddell i Burton (2006b) trafnie podsumowują takie wyzwanie w swojej pracy poświęconej zagadnieniu rehabilitacji zawodowej. Badacze ci wskazują, że o ile wiele nieswoistych MSD nie posiada określonego obrazu klinicznego i charakteryzuje się wysoką chorobowością w populacji w wieku produkcyjnym, większość objawów ustępuje samoistnie a większość osób cierpiących na te zaburzenia pozostaje w pracy albo bardzo szybko powraca do pracy. Waddell i Burton twierdzą, że skoncentrowanie się wyłącznie na niezdolności do pracy może przynieść negatywne skutki:

*„(...) pytanie dotyczy nie powodów, dla których niektóre osoby stają się długoterminowo niezdolne do pracy, ale **tego, dlaczego niektóre osoby z powszechnymi dolegliwościami nie powracają do zdrowia?**” Obecnie powszechnie uznaje się, że czynniki biopsychospołeczne przyczyniają się do powstawania i utrzymywania się przewlekłych dolegliwości bólowych i niepełnosprawności. Co ważne, mogą one też stanowić przeszkodę w powrocie do zdrowia i do pracy. W tej sytuacji zmienia się logika rehabilitacji: zamiast zająć się utrzymującym się upośledzeniem, **bierze ona na cel biopsychospołeczne przeszkody opóźniające bądź uniemożliwiające powrót do zdrowia.**” (Waddell i Burton, 2006b, str. 7) [wyróżnienie w oryginale].*

Model biopsychospołeczny ustanawia strukturę pojęciową uwzględniającą istotność psychologicznych i społecznych czynników determinujących sposób radzenia sobie przez osoby cierpiące na MSD z tymi dolegliwościami. Dalsza część raportu prezentuje ogólny zarys modelu biopsychospołecznego i przedstawia jego implikacje dla pracowników.

4.3.2 Reumatoidalne zapalenie stawów

Powszechnie uznaje się, że skuteczne i odpowiednio wczesne podjęcie leczenia RZS jest istotnym warunkiem zapobiegania uszkodzeniom stawów i niepełnosprawności (Pugner i in., 2000). Jako że na RZS nie ma „lekarstwa”, zasadniczym celem terapii jest kontrolowanie objawów i symptomów, umożliwiające pacjentom opanowanie skutków choroby i poprawę jakości ich życia. Stosowane terapie RZS mają na celu hamowanie poszczególnych części procesu niszczącego stawy, a ich efektywność w ostatnich latach wzrosła. Ponieważ udowodniono ponad wszelką wątpliwość zmniejszającą się w czasie wydolność funkcjonalną pacjentów z RZS, niezwykle ważne jest możliwie szybkie poddanie ich leczeniu przy pomocy modyfikujących przebieg choroby leków antyreumatycznych (DMARD), które kontrolują objawy i postępy choroby (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2000). Wyniki jednego z badań wskazują, że u pacjentów, u których okres oczekiwania na specjalistyczne leczenie reumatologiczne wyniósł ponad rok od momentu wystąpienia pierwszych objawów choroby, ryzyko powstania nadżerek wynosi 73 procent.

Pojawia się też coraz więcej danych klinicznych, z których wynika, że terapia lekami anty-TNF może w przypadku RZS być bardziej skuteczna niż terapia z zastosowaniem DMARD, szczególnie w kontekście zwiększenia szans na kontynuowanie pracy i zachowanie aktywności zawodowej (Halpern, Cifaldi i Kvien, 2008). Jednocześnie mniej niż 1,5 procent chorych na RZS w Polsce poddawanych jest terapii biologicznej, co wynika z restrykcyjnych zaleceń terapeutycznych (Orlewska i in., 2011).

Rekomendacje dotyczące leczenia RZS w Polsce pozostają w zgodzie z zaleceniami Europejskiej Ligi do Walki z Reumatyzmem (EULAR) odnoszącymi się do dotychczas leczonych pacjentów z RZS o umiarkowanej i dużej aktywności (Smolen, Landewé, Breedveld, Dougados, Emery, Gaujoux-Viala i in., 2010; Tlustochowicz, Brzosko, Filipowicz-Sosnowska, Głuszko, Kucharz, Maśliński i in., 2008). W praktyce jednak inhibitory TNF (infliksymab, adalimumab, etanercept) stosowane są głównie u pacjentów z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów o gwałtownym przebiegu lub z ciężką postacią RZS⁸⁰ i tylko czasem ordynowane są pacjentom z umiarkowanymi postaciami RZS (głównie osobom młodym, z dużymi szansami na powrót do zdrowia). Tymczasem spóźnione interwencje oznaczają, że większa liczba osób w wieku produkcyjnym opuści rynek pracy ze względu na zły stan zdrowia. Jeżeli lekarze polscy przyjęliby zasadę „leczenia do osiągnięcia celu” (*treat to target*)⁸¹ więcej osób chorych na RZS mogłoby korzystać z terapii inhibitorami TNF. Jednakże nawet w przypadku dostępności terapii, postawienie poprawnej diagnozy może okazać się czasochłonne,⁸² co wynika z faktu zbyt późnego kierowania pacjentów do specjalistów przez lekarzy pierwszego kontaktu oraz z niewystarczającej liczby specjalistów w niektórych regionach (Niewada i Jakubczyk, 2009).

Interwencje medyczne w postaci farmakoterapii, podejmowane w celu kontrolowania stanu zapalnego i postępów choroby, a także operacje usuwające skutki uszkodzeń strukturalnych stanowią jedynie niektóre ze sposobów opieki nad pacjentami z RZS. Inne ważne działania obejmują edukowanie i usamodzielnianie pacjenta, praktyczne samoleczenie wspomagające radzenie sobie z objawami choroby oraz specjalistyczną pomoc umożliwiającą życie z chorobą i jej konsekwencjami. W skuteczną terapię RZS zaangażowani muszą być nie tylko specjaliści (tacy jak lekarze pierwszego kontaktu, reumatolodzy, fizjoterapeuci, terapeuci zawodowi, lekarze specjalizujący się w leczeniu chorób stóp, podolodzy, farmaceuci, pielęgniarki i chirurdzy-ortopedzi), ale także pacjenci, ich pracodawcy i organizacje pacjenckie dysponujące bezcenną wiedzą terapeutyczną.

Dodatkowo pacjenci z chorobami reumatycznymi korzystać mogą z rehabilitacji. W 2009 r. prawie 5 000 chorych poddanych zostało rehabilitacji finansowanej z budżetu państwa.⁸³ Ponad 16,5 tys. pacjentów z chorobami reumatycznymi było rehabilitowanych w ramach leczenia szpitalnego.⁸⁴

⁸⁰ Zobacz, na przykład, Rekomendację nr 15/2010 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 24 maja 2010 r. w sprawie zmiany warunków realizacji świadczenia gwarantowanego „Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów lekami modyfikującymi o dużej i umiarkowanej aktywności choroby w warunkach ambulatoryjnych”. http://www.aotm.gov.pl/assets/files/rada/rekomendacje_stanowiska/2010/R26-2010-Leczenie_stawow/R_15_2010_rzs_mizs_ambu.pdf

⁸¹ Zgodnie z tą zasadą, leczenie trwa do momentu osiągnięcia założonego efektu. Celem może być np. osiągnięcie remisji choroby albo osiągnięcie takiego stanu pacjenta, który stwarza możliwość wykonywania przez niego pracy zawodowej

⁸² Rozmowy z ekspertami

⁸³ Dane uzyskane od eksperta krajowego

⁸⁴ Dane uzyskane od eksperta krajowego

Jednocześnie zaś część decydentów polskich nie dostrzega wartości rehabilitacji leczniczej wspomagającej terapię lekową.⁸⁵ Zakładając, że praca ma stać się u osób przewlekle chorych istotnym wynikiem klinicznym, leczenie nefarmakologiczne (np. fizjoterapia, dostosowanie psychospołeczne i zawodowe) należy uczynić elementem rutynowej rehabilitacji pacjentów.

Poniższe studium przypadku pokazuje, w jaki sposób podejście holistyczne może poprawić wyniki leczenia i jakość życia pacjentów z RZS.

Ramka nr 2. Praca z RZS

U pacjentki A zdiagnozowano RZS w 2001 r., w ciągu dwóch miesięcy od pojawienia się choroby. Od razu otrzymała ona leki modyfikujące przebieg choroby, następnie zalecono dla niej terapię biologiczną. Jednakże po uzyskaniu poprawy stanu klinicznego leczenie zawieszono zgodnie z zaleceniami terapeutycznymi, co spowodowało u niej gwałtowny nawrót choroby. Dopiero po upływie dwóch kolejnych miesięcy terapia biologiczna została wznowiona.

Od początku pacjentka skarżyła się na niemożliwy do zniesienia ból, który uniemożliwiał jej skoncentrowanie się na niczym innym poza samymi dolegliwościami. Odczuwane dolegliwości obniżają jej nastrój i znacząco ograniczają swobodę ruchów. Pacjentka i jej mąż uzyskali wsparcie ze strony organizacji chorych na RZS.

A pracuje na własny rachunek, zatem mogła dostosować obciążenie pracą do swojego stanu zdrowia. Pacjentka przyznaje, że pracodawcy z rezerwą podchodzą do zatrudniania chorych na RZS. Z drugiej strony, niektórzy pacjenci posiadają ograniczoną wiedzę na temat swojego schorzenia i mogą przeceniać negatywny wpływ RZS na swoją zdolność do pracy. Pacjentka przekonała się ponadto, że lekarze pierwszego kontaktu nie znają się na chorobach reumatycznych i rzadko zajmują się specyficznymi potrzebami pracujących pacjentów z RZS. Ważne jest, aby decydenci zdali sobie sprawę, że odpowiednio leczone osoby z wczesnymi stadiami RZS mogą w znacznie większym stopniu angażować się w życie zawodowe.

4.3.3 Spondyloartropatie

Także i w przypadku osób cierpiących na ZZSK i inne schorzenia reumatyczne, bardzo ważna jest możliwość szybkiego uzyskania specjalistycznej konsultacji w celu potwierdzenia rozpoznania choroby, a także niezwłocznego rozpoczęcia leczenia. Jako że ZZSK (podobnie jak RZS)

⁸⁵ Rozmowy z ekspertami

jest chorobą nieuleczalną, celem interwencji terapeutycznych jest redukcja stanu zapalnego, kontrolowanie dolegliwości bólowych i sztywnienia stawów, łagodzenie objawów układowych (np. zmęczenia) oraz spowolnienie lub zatrzymanie rozwoju choroby w długoterminowej perspektywie. Podstawową metodą leczenia ZZSK jest terapia niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi (NSAID) lub inhibitorami TNF połączona z regularną fizjoterapią. I w tym przypadku polskie rekomendacje dotyczące leczenia ZZSK pozostają w zgodzie ze standardami EULAR (Braun, van den Berg, Baraliakos, Boehm, Burgos-Vargas, Collantes-Estevez i in., 2011; Zochling, van der Heijde, Burgos-Vargas, Collantes, Davis, Dijkmans i in., 2006; Wiland, Filipowicz-Sosnowska, Głusko, Kucharz, Maśliński, Samborski i in., 2008; Szepietowski, Adamski, Chodorowska, Gliński, Kaszuba, Placek i in., 2010), jednakże pacjenci z ŁZS i ZZSK o umiarkowanym przebiegu mogą zetknąć się z opóźnieniami w uzyskaniu odpowiedniego leczenia. Jako że ZZSK zazwyczaj dotyka ludzi w relatywnie młodym wieku, istnieje wysokie prawdopodobieństwo zaburzenia, a nawet uniemożliwienia chorym aktywnego uczestniczenia w rynku pracy przez zbyt późne rozpoczęcie leczenia. Jak już stwierdzono, istnieją ważne medyczne, społeczne i ekonomiczne korzyści wynikające z jak najdłuższego zachowania przez takich pacjentów aktywności zawodowej na możliwie niezmiennym poziomie. W zależności od ostrości przebiegu schorzenia, dla pacjentów z ZZSK korzystne okazać się może dostosowanie miejsca pracy, zastosowanie elastycznych form pracy, wdrożenie programów ćwiczeń i fizjoterapii (Boonen i in., 2001).

Jako że schorzenie to wpływa na stan psychiczny pacjentów, szczególnego wsparcia i pomocy wymagają osoby samotne i mieszkańcy terenów słabo zaludnionych (Sierakowska i in., 2006). Opieka profesjonalna, wsparcie psychiczne i edukacja pacjentów i ich opiekunów, a także wcześniejsze przygotowanie do rozwoju choroby może poprawić jakość życia osób cierpiących na ZZSK (Sierakowska i in., 2006).

4.4 Zgodnie z modelem biopsychospołecznym, klinicyści, specjaliści medycyny pracy i inne
Model zaangażowane osoby powinny ocenić wzajemne oddziaływanie czynników **biologicznych** (np.
biopsychospołeczny schorzenie, uszkodzenie stawów), **psychologicznych** (takich jak usposobienie, niepokój) i
a praca **społecznych** (np. wymogi wynikające z zatrudnienia, wsparcie ze strony rodziny). Niewątpliwie
 usposobienie psychiczne i zachowanie pacjenta może znacząco wpłynąć na sposób, w jaki pacjent
 traktuje swoją „dolegliwość” fizyczną (np. ból pleców). Niekiedy – w sytuacji, w której dominującą
 reakcją na ból jest jego wyolbrzymianie – pacjenci ryzykują wejście w samonapędzający się krąg
 niezdolności do pracy, opóźnionego powrotu do zdrowia, a nawet depresji. Istnieje bez wątpienia
 wiele innych czynników, które wpływają na indywidualne skłonności do „czarnowidztwa”, jak
 choćby osobowość, przebyte choroby, poziom wsparcia uzyskiwanego ze strony rodziny czy
 poziom zadowolenia z pracy (Sullivan i D'Eon, 1990). Nie ma wątpliwości co do tego, że wzajemne

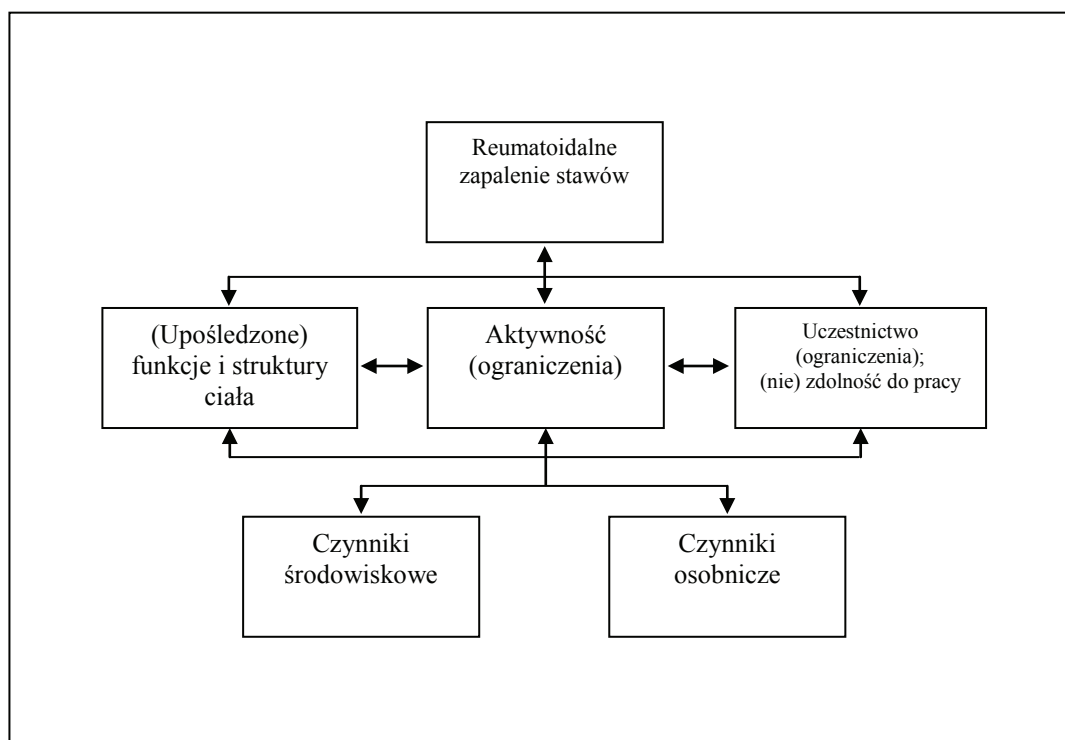
oddziaływanie wymiaru biologicznego, psychologicznego i społecznego może znacząco wpływać na rozwój, postępy i rehabilitację schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego.

Od momentu przedstawienia modelu biopsychospołecznego w drugiej połowie lat siedemdziesiątych, jego użyteczność potwierdzona została przez liczne źródła naukowe. Badania wykazały na przykład, że brak zadowolenia z pracy może stanowić istotny predyktor szybkiego i zakończonego powodzeniem powrotu do pracy (Bigos, Battie, i Spengler, 1992; Brzezińska i in., 2008). Jeżeli chodzi o kwestię wsparcia społecznego, stwierdzono, że ograniczenia funkcjonowania związane z MSD mogą stanowić obciążenie dla relacji rodzinnych i doprowadzić do wystąpienia konfliktów w rodzinie w sytuacji, w której pacjent nie jest w stanie wykonywać normalnych obowiązków rodzinnych (Hamberg, Johansson, Lindgren i Westman, 1997; MacGregor, Brandes, Eikermann i Giammarco, 2004; Kemler i Furnée, 2002). Z drugiej jednak strony, nadmierna troska ze strony członków rodziny (czy też, analogicznie, przełożonych lub współpracowników) może wzmocnić pasywność pacjenta z MSD i zachęcić go do przyjęcia roli „niepełnosprawnego“ (Kerns, Haythornthwaite, Southwick i Giller, 1990; Block, Kremer i Gaylor, 1980).

De Croon, Sluiter, Nijssen, Dijkmans, Lankhorst i in. (2004) przyjrzeni się badaniom niezdolności do pracy osób z RZS i stwierdzili, że czynniki psychospołeczne były nierzadko lepszymi predyktorami takiej niezdolności niż standardowe czynniki biomedyczne. Poniższy rys. 4.3. pokazuje, w jaki sposób ogólnie pojęte czynniki środowiskowe i osobiste wzmacniają moc objaśniającą *Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF) w przypadku niezdolności do pracy i RZS.

Niektórzy krytycy modelu (McLaren, 2006) skoncentrowali się na tej ostatniej kwestii podkreślając, że podejście biopsychospołeczne może wywołać u niektórych pacjentów poczucie bezradności albo na taką bezradność „zezwać”, zaś w innych okolicznościach doprowadzić do alienacji pacjentów, w odczuciu których, zdaniem otoczenia, ich schorzenie istnieje „tylko w ich umyśle”. Bez wątpienia należy uważnie przyglądać się sposobowi, w jaki klinicyści i inni specjaliści zmniejszają takie ryzyko. Nie zmienia to jednak faktu, że większość poglądów prezentowanych w literaturze (oraz przez ekspertów, w czasie naszych rozmów z nimi) stanowi zdecydowane poparcie dla modelu biopsychospołecznego i jego znaczenia dla terapii MSD w kontekście klinicznym i aktywności zawodowej (Smyth, Stone, Hurewitz i Kaell, 1999; Carter, McNeil i Vowles, 2002; Zampolini, Bernardinello i Tesio, 2007). Model ten stanowi podstawę *Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia, powszechnie uznawanej za źródło autorytatywnych wytycznych dotyczących rehabilitacji zawodowej (WHO, 2001).

Rys. 4.3. Model ICF zastosowany w przypadku niezdolności do pracy w RZS



Źródło: de Croon i in., 2004

Ektor-Andersen, Ingvarsson, Kullendorff i Ørbæk (2008) wskazują przykład skutecznej, opartej na modelu biopsychospołecznym interwencji zmierzającej do zmniejszenia absencji zawodowej. W trakcie prowadzonego badania opracowali oni narzędzie, oparte na metodzie funkcjonalnej analizy zachowania wywodzącej się z teorii poznawczo-behawioralnej (CBT), przy pomocy którego określili czynniki ryzyka długoterminowego zwolnienia chorobowego spowodowanego objawami MSD występujące w czterech różnych obszarach: społeczeństwo, miejsce pracy, rodzina/czas wolny oraz system opieki zdrowotnej. Osoby wymagające opieki zbadane zostały przez wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu. Wskazano czynniki ryzyka, które przyporządkowano następnie do dwóch kategorii: czynników stabilnych i czynników dynamicznych. Czynniki dynamiczne stanowiły te czynniki, które – zdaniem badanych i zespołu – wymagały interwencji. Niektóre z takich działań interwencyjnych obejmowały sesje CBT, natomiast inne koncentrowały się w większym stopniu na fizjoterapii, prowadzonej następnie przez okres roku. Wyniki badania pokazały, że ten rodzaj interwencji skutecznie i znacząco zmniejsza długość zwolnienia chorobowego i wydatki z tytułu zabezpieczenia społecznego już po czterech miesiącach od rozpoczęcia interwencji. Choć zaprezentowana przez Ektor-Andersena i in. (2008) analiza kosztów i korzyści zaniża całkowite oszczędności (bo uwzględnia jedynie koszty

opieki społecznej), wydatki związane z takim rodzajem interwencji zrównoważone są obniżeniem kosztów zasiłków chorobowych w ciągu pierwszego roku jej prowadzenia.

Jak argumentują Waddell i Burton (2006b), celem modelu biomedycznego jest eliminacja objawów, podczas gdy celem opartej na modelu biopsychospołecznym terapii klinicznej (w szczególności realizowanej w kontekście chorób zawodowych) powinno być kontrolowanie objawów i przywrócenie sprawności. Powyższe ustalenia sugerują, że pracodawcy mają swój udział w części „społecznej” modelu biopsychospołecznego a ich działania mogą wpłynąć na efekty leczenia chorych z MSD.

4.5 4.5.1 Wiedza na temat schorzenia i metod jego leczenia

Rola pracodawców Wielu pracodawców nie jest świadomych charakteru MSD, zarówno jeżeli chodzi o ich bezpośredni wpływ na wydolność funkcjonalną pracowników w pracy, jak i przejawów oraz przebiegu schorzeń tego rodzaju. Przykładowo, pracownicy z RZS lub SpA doświadczają „fal” objawów zapalnych i ostrego bólu powodującego zmęczenie a czasem obniżenie nastroju. Jeżeli pracodawcy nie wiedzą, że takie objawy są „typowe” i można się ich spodziewać, mogą traktować kwestię powrotu chorego do pracy z niechęcią lub ze zbytnią rezerwą.

O ile wielu pracodawców zrozumiało, jak istotne są zalecenia dotyczące ręcznego przenoszenia ciężarów i odpowiednia organizacja pracy, to fakt, że absencja w pracy a nawet obniżenie wymogów wynikających z zatrudnienia mogą przynieść skutki odwrotne od zamierzonych, nie jest jeszcze powszechnie dostrzegany. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych błędnych przekonań dotyczących MSD jest pogląd, zgodnie z którym schorzenia tego rodzaju mogą dotyczyć jedynie starszych pracowników.⁸⁶ Tymczasem z badań jakości życia wynika, że zmniejszona sprawność pacjentów przy wykonywaniu codziennych czynności występowała już u osób w wieku 40-50 lat i pogarszała się do momentu ukończenia przez nich 60 lat życia (Moskalewicz, Goryński i Wojtyniak, 2008). Oznacza to, że u wielu pracowników wydajność może ulec zmniejszeniu w najbardziej produktywnym okresie ich życia zawodowego, a także później, w czasie gdy kontynuowanie pracy jest warunkiem zachowania finansowej samowystarczalności. Pracodawcy powinni dostrzegać znaczenie faktu posiadania pracy dla wyników leczenia pacjentów a także rozumieć, z jakimi kosztami wiąże się utrata wykwalifikowanej siły roboczej. Pracodawcy powinni także wspomagać powrót do zdrowia swoich pracowników poprzez dostosowanie środowiska pracy do ich potrzeb (Moskalewicz, Goryński i Wojtyniak, 2008).

Zmiana postaw i zwiększenie świadomości na temat leczenia MSD stanowi ważny czynnik wpływający na zmniejszenie wywoływanych przez MSD kosztów, jakie ponoszą pracodawcy

⁸⁶ Rozmowy z ekspertami

i społeczeństwo. Zwrócenie uwagi na potrzeby pracowników i odpowiednie zastosowanie rozwiązań poprawiających ergonomię wykonywanej pracy może zapobiec występowaniu niektórych MSD i opóźnić postępy innych. Proste zmiany, takie jak wysuwane podstawki pod klawiaturę, regulowane oparcia na ręce przy fotelach lub dodatkowe klawiatury do notebooków mogą zdecydowanie poprawić stan pacjentów w długoterminowej perspektywie (Malińska i Bugajska, 2010). Jednocześnie, niektórzy z pracodawców – w szczególności organizacje sektora publicznego oraz małe i średnie przedsiębiorstwa – mogą ze względów finansowych posiadać mniejszą zdolność do inwestowania w zdrowie i dobre samopoczucie swoich pracowników.⁸⁷

Jednak nie tylko pracodawcy muszą dowiedzieć się więcej o MSD i ich leczeniu. Pracownicy w równym stopniu co ich szefowie nie są świadomi zasad zdrowego zachowania.⁸⁸ Nieliczni pracownicy dostrzegają znaczenie działań prewencyjnych i przestrzegania norm lub zaleceń, których celem jest obniżenie ryzyka zdrowotnego związanego z niewłaściwą ergonomią miejsca pracy (Kowalska i Bugajska, 2009). Pracodawcy muszą przyjąć na siebie odpowiedzialność za edukowanie swoich pracowników w zakresie zdrowego zachowania w miejscu pracy.

Jednym z najczęściej powtarzanych (i szkodliwych) mitów na temat bólu pleców jest pogląd, zgodnie z którym najlepszym rozwiązaniem tego problemu jest odpoczynek w łóżku. Kampanie pro-zdrowotne, takie jak „Mniej dźwigaj” z 2007 r.,⁸⁹ skutecznie uświadomiły opinii publicznej, że odczuwanie bólu nie musi oznaczać, iż schorzenie postępuje lub że zachowanie aktywności jest niezdrowe (Buchbinder, Jolley i Wyatt, 2001; Bone and Joint Decade, 2005) oraz rozpowszechniły zalecenia dotyczące sposobów zapobiegania i kontrolowania bólu w miejscu pracy. Tym samym potwierdzono, że kampanie o takiej skali, realizowane z odpowiednim zaangażowaniem i finansowaniem ze strony rządu, mogą wpłynąć na publiczne postrzeganie powszechnie występujących MSD.

4.5.2 Interwencje i dostosowanie wymogów wynikających z zatrudnienia

Wyniki badań wskazują, że praca nie tylko wpływa korzystnie na stan pacjentów, ale również udawadniają, że powrót do pracy na zmienionych warunkach może przyspieszyć powrót do zdrowia (Feuerstein, Shaw, Lincoln, Miller i Wood, 2003; van Duijn i Burdorf, 2008). Specjaliści medycyny pracy od dawna korzystali z rehabilitacji zawodowej jako powszechnie uznanego mechanizmu gwarantującego osobom chorym, po przebytych urazach lub niepełnosprawnym możliwie szybki i trwały powrót do pracy (nawet jeżeli praca musi zostać specjalnie dostosowana do ich możliwości). Istnieją obawy, że rehabilitacja nie jest dobrze zakorzeniona w praktyce

⁸⁷ Rozmowy z ekspertami

⁸⁸ Rozmowy z ekspertami

⁸⁹ Źródło: Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. Polska.

http://osha.europa.eu/pl/campaigns/ew2007/teaser/news_article.2007-01-05.7797538317

klinicznej głównego nurtu, oraz że zbyt mało klinicystów postrzega powrót do pracy jako ważny dla pacjenta efekt terapii (Frank i Chamberlain, 2006). Należy również podkreślić, że rehabilitacja zawodowa nie jest domeną specjalistów. W praktyce, efektywna kontrola schorzenia jest równie ważna – o ile nie ważniejsza – jak formalna rehabilitacja.

Jednak pracodawcy, jeżeli w ogóle się nad tym zastanawiają, biorą pod uwagę wyłącznie fizyczne wymagania, którym musi sprostać pracownik z MSD.⁹⁰ Wspomniany model biopsychospołeczny wymaga, aby przy analizowaniu obciążeń związanych z powrotem do pracy uwzględniać również obciążenia psychiczne. Coraz więcej badań i opracowań wskazuje, że dostosowanie różnorodnych wymogów wynikających z zatrudnienia może wspierać skuteczny powrót do pracy osób cierpiących na różne MSD (Schultz, Stowell, Feuerstein i Gatchel, 2007; de Croon i in., 2004; Feuerstein, Shaw, Nicholas i Huang, 2004; Chorus, Miedema, Wevers i van der Linden, 2001). Powodzenie procesu dostosowywania warunków pracy na etapie powrotu do niej może również zależeć od opinii obu stron na temat stopnia, w jakim niepełnosprawność jest (przynajmniej częściowo) powodowana przez pracę bądź z nią związana.

Istnieje wiele rodzajów opartych na pracy interwencji wspierających osoby z MSD, od zmian o charakterze ergonomicznym do zapewnienia dostępu do fizjoterapii, od modyfikowania harmonogramu prac do stosowania kognitywnej terapii behawioralnej; istnieją też interwencje łączące różnorodne strategie. Wyniki badań nad skutecznością tych interwencji w przewyżnianiu problemu nieswoistych MSD są niejednoznaczne (Meijer i in., 2005).⁹¹ Systematyczna weryfikacja wyników multidyscyplinarnego leczenia pacjentów cierpiących na bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej ujawniła np., że chociaż leczenie poprawiło sprawność funkcjonalną i obniżyło dolegliwości bólowe u pacjentów, nie można stwierdzić, że było to związane z ich wcześniejszym – w stosunku do pacjentów niepoddawanych takim interwencjom – powrotem do pracy (Guzman, Esmail, Karjalainen, Malmivaara, Irvin i in., 2001). Podczas gdy występowanie bólu pleców można powiązać z czynnikami biomechanicznymi lub ergonomicznymi, brakuje przekonujących dowodów na to, że interwencje oparte na tych założeniach zapobiegną nawrotom dolegliwości bólowych lub ich przeobrażeniu w ból chroniczny (Burton, 1997). Udowodnienie przeważającej skuteczności którejkolwiek z metod leczenia okazało się praktycznie niemożliwe (Ekberg, 1995). Nawet w przypadku swoistych schorzeń takich jak RZS, niewiele jest dowodów na skuteczność rehabilitacji zawodowej (Backman, 2004; de Buck, Schoones, Allaire i Vliet Vlieland, 2002).

Pomimo tego, udało się wypracować wspólne założenia w zakresie terapii nieswoistych MSD wymienionych w Ramce nr 3, w szczególności bólu pleców. Obejmują one poradnictwo oraz kilka

⁹⁰ Stwierdzenie powtarzające się w rozmowach z ekspertami

⁹¹ Wyniki oceny skuteczności programów leczniczych nastawionych na powrót pacjenta do pracy nie były spójne

względnie nieskomplikowanych metod radzenia sobie z bólem pleców, z których mogą skorzystać zarówno pracownicy, jak i pracodawcy.

Ramka nr 3. Zasady terapii nieswoistych MSD

- Leczenie bólu pleców należy rozpocząć możliwie szybko.
- Bóle pleców nie są zwykle wywołane poważnymi schorzeniami.
- Nieswoisty ból pleców należy leczyć podstawowymi środkami przeciwbólowymi i odpowiednio dawkowanym wysiłkiem fizycznym.
- Prowadzenie aktywnego trybu życia pomaga zarówno w zapobieganiu, jak i leczeniu bólu pleców.
- Szybki powrót do pracy zapobiega przewlekłym bólom pleców.
- Należy przyjąć odpowiednią postawę w czasie pracy.
- Wyposażenie miejsca pracy powinno dawać się regulować zależnie od indywidualnych potrzeb pracownika.
- Należy robić sobie przerwy przy wykonywaniu powtarzalnych lub czasochłonnych zadań i pracy w niewygodnej pozycji.
- Zaleca się unikać ręcznego przenoszenia przedmiotów. Należy stosować, w miarę możliwości, odpowiedni sprzęt.
- Pracownicy powinni uzyskać zrozumiałe informacje na temat tego, jak dbać o kręgosłup i zapobiegać bólom pleców.
- Należy wdrożyć regularnie uaktualniane regulaminy BHP dotyczące wszystkich aspektów codziennej pracy.

Źródło: Health and Safety Executive, 2002

Powyższe rekomendacje wymagają od pracodawców wyjścia poza schematy myślenia wynikające z przepisów kodeksowych: właściciele firm muszą zrozumieć, że zarządzanie absencjami chorobowymi, skuteczne programy kontynuowania i powrotu do pracy oraz rehabilitacja są w gruncie rzeczy naczelnymi zasadami efektywnego leczenia MSD (Waddell i Burton, 2006b). Wiele zależy od podnoszenia świadomości metod leczenia objawów MSD wśród pracowników i ich przełożonych, a także od wyposażenia tych ostatnich w umiejętności i przekonanie o konieczności wspierania pracowników w środowisku pracy.

4.5.3 Bezpośredni przełożeni

Nie ulega wątpliwości, że bezpośredni przełożeni odgrywają najważniejszą rolę we wczesnych interwencjach, zarówno w kontekście umożliwienia kontynuowania pracy, jak i przy rehabilitacji. Mimo tego, zdaniem wielu z nich nie posiadają oni odpowiedniej wiedzy i umiejętności radzenia sobie z długoterminową absencją i niezdolnością do pracy. Zdarza się, że nie potrafią swobodnie

rozmawiać z pracownikami o problemach psychicznych czy przewlekłej niezdolności do pracy, co uniemożliwia im odpowiednie zareagowanie na zgłoszenia problemów ze zdrowiem pochodzące od podwładnych. Ponadto, kierownicy niższego szczebla mogą obawiać się, że próby uzyskania dodatkowych informacji o zwolnieniach lekarskich czy nawiązania telefonicznego lub osobistego kontaktu z pracownikami przebywającymi na zwolnieniu mogą skutkować pojawieniem się oskarżeń o nękanie lub łamanie prawa i powództwami wytoczonymi przeciwko nim lub ich firmie przed sądem pracy. Mogą też nie rozumieć albo nie popierać idei rehabilitacji. Chociaż Kodeks pracy i Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nakłada na pracodawców obowiązek dostosowania stanowiska pracy do potrzeb pracowników z długotrwałą niepełnosprawnością lub obniżoną zdolnością do pracy, brak jest szczegółowej definicji „odpowiedniego dostosowania”, a pracodawcy otrzymują niewiele zachęt do proaktywnego myślenia o zmianie organizacji i harmonogramu pracy w celu zaspokojenia potrzeb pracowników.

Biorąc pod uwagę fakt, że MSD stanowią najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z pracą, oraz że czynniki psychospołeczne znacząco wpływają na możliwość kontynuowania lub jak najszybszego powrotu do pracy, przełożeni muszą wiedzieć, w jaki sposób postępować ze swoimi podwładnymi cierpiącymi na takie schorzenia. W przeciwnym wypadku ich organizacja może ponieść znaczne koszty, co jest szczególnie istotne w przypadku małych i średnich przedsiębiorstw. Mali przedsiębiorcy także mogą borykać się problemami dotyczącymi zatrudnionych z MSD, a absencja chorobowa tych ostatnich może mieć potencjalnie większy wpływ na jakość obsługi klienta, wydajność i wyniki mniejszych firm.

4.5.4 Lepsza komunikacja na linii pracodawca-lekarz

Na pierwszy rzut oka może się wydawać, że z wieloma wyzwaniami związanymi z powrotem do pracy, jakie stoją przed cierpiącymi na MSD pracownikami, można byoby radzić sobie łatwiej pod warunkiem istnienia lepszego wzajemnego zrozumienia pomiędzy pracodawcami a klinicystami. Jak już podkreślono, znajomość medycznej strony MSD po stronie pracodawców jest – delikatnie mówiąc – pobieżna. Z kolei uznaje się często, że większość lekarzy pierwszego kontaktu nie zdaje sobie w wystarczającym stopniu sprawy z zawodowego i pracowniczego wymiaru wielu MSD. Polscy studenci medycyny bardzo niewiele czasu poświęcają na naukę o znaczeniu profilaktyki w medycynie pracy (WHO, 2009). Co więcej, liczni lekarze pierwszego kontaktu nie czują się na siłach określać stopień „zdolności do pracy” swoich pacjentów (Arrelov, Alexanderson, Hagberg, Lofgren, Nilsson, Ponzer, 2007; Swartling, Hagberg, Alexanderson i Wahlstrom, 2007), ponieważ często nie wiedzą nic na temat charakteru ich konkretnych obowiązków zawodowych i środowiska pracy. Co za tym idzie, zdarza się, że lekarze uważają, iż w sytuacji nieosiągnięcia przez daną osobę stuprocentowej zdolności do pracy jej powrót do pracy spowoduje nasilenie objawów choroby. Aby zrozumieć potrzeby związane z daną pracą i

indywidualną specyfikę przebiegu choroby, specjaliści opieki zdrowotnej muszą współpracować z pacjentami i ich pracodawcami. Tylko taka współpraca może pozwolić na wydanie odpowiednich zaleceń umożliwiających stopniowy powrót do pracy (Bijlsma, 2010). Zachowanie i przywrócenie wydolności funkcjonalnej *pacjenta – pracownika* należy postrzegać jako uznany wynik kliniczny (Jędryka-Góral i Łastowiecka; 2002; Kuncewicz, Samborski, Szpera, Krawczyk-Wasielewska, Sobieska i in., 2009).

Ze swojej strony, pracodawcy rzadko rozważają możliwość przyspieszenia powrotu do pracy pracownika przebywającego na zwolnieniu lekarskim. Konsekwencją takiego wzajemnego braku zrozumienia i wynikającego z niego braku dialogu często okazuje się przedwczesne opuszczenie rynku pracy przez pracownika z MSD. Przyjęcie pro-aktywnego, multidyscyplinarnego i zorientowanego na faktyczną zdolność do pracy podejścia do rehabilitacji zawodowej i zindywidualizowanej terapii, prowadzonej na podstawie biopsychospołecznego modelu zdrowia, powszechnie uznaje się za najlepszy i najbardziej skuteczny sposób postępowania w większości przypadków związanych z pracą MSD. Zbyt często pracodawcy i lekarze pierwszego kontaktu koncentrują się na tym, czego pacjent z MSD w danej chwili nie może robić w pracy, zamiast skupić się na tych czynnościach, które wykonywać jest zdolny. Pacjenci otrzymywać powinni „Zaświadczenia o stopniu zdolności do pracy”, które okazały się skutecznym mechanizmem wspomagającym powrót do pracy osób częściowo niezdolnych do pracy bez naruszania zasad bezpieczeństwa.

Jednym z przejawów atrakcyjności modelu biopsychospołecznego jest to, że „wiąże” on trzy kluczowe aspekty doświadczeń chorych na MSD oraz przebiegu ich terapii. Wpływ choroby na jakość życia i samopoczucie psychiczne pacjentów powinien być rutynowo uwzględniany w praktyce klinicznej (Bugajska i in., 2010). Model biopsychospołeczny oferuje całościowe ujęcie diagnozowania i leczenia wielu MSD, szczególnie w sytuacji, w której istotnym wynikiem leczenia danej osoby jest możliwość kontynuowania zatrudnienia lub szybkiego powrotu do pracy.

4.6

Podsumowanie

W niniejszej części przedstawiono argumenty na rzecz wczesnej interwencji, której nadrzędnym celem jest nie tylko poprawa stanu zdrowia osób z MSD, ale też zmniejszenie ogromnych kosztów społecznych wynikającej z MSD absencji chorobowej i niepełnosprawności. Wykazaliśmy także, że pewne interwencje najlepiej byłoby podjąć jeszcze przed pierwszą wizytą chorego u lekarza pierwszego kontaktu, a także, że nie powinny one obejmować wyłącznie wystawienia pracownikowi zwolnienia lekarskiego. Model biopsychospołeczny wyraźnie ilustruje potrzebę bardziej całościowego pojmowania czynników przyczyniających się do rozwoju nieswoistych MSD oraz uwzględnienia osobniczych i psychologicznych aspektów tych schorzeń, a także społecznego środowiska życia chorych. Aby tego dokonać, pracodawcy, pracownicy i lekarze

muszą lepiej porozumiewać się między sobą. Osiągnięcie takiego lepszego porozumienia jest niewątpliwie dużym wyzwaniem i daleko nam dzisiaj do osiągnięcia tego stanu, ale brak odpowiednich działań skutkować będzie koniecznością poniesienia kosztów, o których mowa była w niniejszym rozdziale.

5. Wnioski i rekomendacje

Praca sprzyja utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Jest ona źródłem dochodów, generuje kapitał społeczny i nadaje życiu człowieka cel i sens. Nawet jeżeli pracownik nie czuje się najlepiej lub doznał urazu, kontynuowanie zatrudnienia – przynajmniej w takim zakresie, w jakim jest to możliwe – wpływa korzystniej na proces powrotu do zdrowia niż długie okresy przerwy w pracy. Kluczem do zapewnienia produktywności i konkurencyjności populacji pracowniczej w Polsce oraz poprawy jakości jej życia zawodowego jest zadbanie o to, aby możliwie największy odsetek osób w wieku produkcyjnym był zdolny do pracy.

Z informacji przedstawionych w niniejszym raporcie wynika, że duża część Polaków w wieku produkcyjnym jest (albo będzie) bezpośrednio dotknięta skutkami schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Może to mieć bardzo poważne konsekwencje nie tylko dla nich samych i ich rodzin, ale również dla polskiej gospodarki i społeczeństwa. Problemy zdrowotne mogą zmniejszyć ogólną produktywność siły roboczej i poszczególnych branż, co z kolei może nadmiernie obciążyć zarówno system opieki zdrowotnej, jak i zabezpieczeń społecznych.

Podobnie jak w wielu innych krajach, również w Polsce panuje niska świadomość co do zakresu i skutków MSD, ale zgromadzone dane wskazują na to, że w najbliższych latach wzrośnie odsetek populacji w wieku produkcyjnym dotkniętej tymi schorzeniami. Wydaje się jednak, że brakuje spójnej analizy i wspólnych działań rządu, klinicystów i pracodawców, koncentrujących się na postrzeganiu pacjentów z MSD z perspektywy ich aktywności zawodowej. Odpowiednie rozwiązania ustawowe oraz partnerska współpraca wszystkich zainteresowanych stron stanowią pierwsze kroki na drodze do obniżenia kosztów społecznych MSD. Sprawując prezydencję w Radzie UE, Polska ma szansę na wskazanie kierunku pozytywnych zmian w terapii długotrwałych chorób w krajach UE poprzez inicjowanie i promowanie przykładów dobrych praktyk w leczeniu chorób przewlekłych, takich jak MSD.

The Work Foundation opracowała rekomendacje dla kilku zainteresowanych stron działających w tym obszarze. Naszym celem jest uświadomienie wybranym podmiotom, że sporo jeszcze można zrobić dla przekonania społeczeństwa, że nieprzerwany aktywny udział w rynku pracy osób dotkniętych MSD jest zawsze czynnikiem pozytywnym, sprzyjającym zachowaniu dobrego stanu zdrowia, dającym poczucie spełnienia i prowadzącym do dobrobytu.

5.1 Zalecenia dla pracodawców

Stosuj wyprzedzające działania prozdrowotne w miejscu pracy. Wprowadź system stopniowego powrotu do pracy i dostosuj poziom obciążenia pracą do stanu zdrowia pracowników. Naucz się doceniać korzyści wynikające z kontynuowania zatrudnienia przez wykwalifikowanych pracowników i nie traktuj tego wyłącznie jako ustawowego obowiązku. Pomagaj im w powrocie do zdrowia i w rehabilitacji.

- Wspieraj stopniowe powroty pracowników do pracy. Także pracodawcy mają tendencję do dramatyzowania sytuacji! Większość pracowników z MSD może w dalszym ciągu przyczyniać się do rozwoju firmy, jeżeli tylko da im się taką możliwość. Nie muszą być oni w 100 procentach sprawni, aby powrócić do pracy. Spróbuj spojrzeć na sytuację z innej perspektywy, a na pewno znajdziesz dla nich konstruktywne zajęcie, które ułatwi im powrót do pełnej produktywności.
- Skonsultuj się ze specjalistą medycyny pracy. Umiejętnie zaplanowana i dostosowana do indywidualnych potrzeb rehabilitacja zawodowa może znacznie przyspieszyć powrót do pracy, wpłynąć pozytywnie na produktywność, morale i utrzymanie wysokiej efektywności pracy. Włącz specjalistów medycyny pracy w proces przywracania pracowników do pełnej sprawności na jak najwcześniejszym etapie leczenia. Skorzystaj z oferowanych przez rząd zachęt służących propagowaniu interwencji w miejscu pracy. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że oszczędności wynikające z długoterminowego obniżenia poziomu absencji, nieefektywnej obecności w pracy i rotacji pracowników okażą się wyższe niż bezpośrednie koszty programów promocji zdrowia i dobrego samopoczucia.
- Projektowanie stanowisk pracy w sposób kreatywny wspomogą proces rehabilitacji. Proste zmiany w zakresie organizacji pracy, takie jak wprowadzenie elastycznego czasu pracy, pozwolą zapobiegać pogorszeniu stanu zdrowia pracowników z MSD i pomogą im w powrocie do pracy. Kadra kierownicza w polskich firmach musi być świadoma tego, że MSD dotyczą osoby młode oraz w średnim wieku w takim samym stopniu, jak starszych pracowników. Nawet jeżeli przedsiębiorstwo zatrudnia specjalistę medycyny pracy, przełożeni są najlepiej zorientowani w temacie absencji pracowników i mają większe możliwości zauważenia wczesnych sygnałów ostrzegawczych i dostosowania środowiska pracy do indywidualnych potrzeb personelu.
- Zapewnij swoim pracownikom „pracę wysokiej jakości”. Zastanawiając się nad sposobami zapobiegania MSD i zapewnienia odpowiednich warunków pracownikom z MSD, pracodawcy muszą wziąć pod uwagę wymiar psychologiczny i społeczny problemu MSD, w tym jakość pracy oraz skutki nadmiernych obciążeń w miejscu pracy.

5.2 Zalecenia dla pracowników

Zachowaj obiektywizm w ocenie swojego stanu zdrowia i przygotuj się na możliwość jego pogorszenia w przyszłości. Uświadom sobie, że praca może być sposobem na kontynuowanie w pełni satysfakcjonującego i produktywnego trybu życia. Porozmawiaj odpowiednio wcześniej z przełożonym na temat sposobu dostosowania warunków pracy do twojego stanu zdrowia. Pamiętaj, że nikt inny nie zna tak dobrze twojej choroby jak ty sam; wyjaśnij pracodawcy, w jaki sposób możesz zachować zdolność do wykonywania pracy.

- Nie myśl o swojej niepełnosprawności, ale o tym, co możesz jeszcze zdziałać. Rezygnowanie z pracy z powodu MSD nie jest jedynym rozwiązaniem. W dalszym ciągu posiadasz umiejętności, które możesz wykorzystać w pracy. Pamiętaj o swoich mocnych stronach. Posiadana przez ciebie specjalistyczna wiedza i zdobyte doświadczenie nie zniknęły tylko dlatego, że odczuwasz ból, dyskomfort lub masz problemy z poruszaniem się. Wraz z przełożonymi i kolegami z pracy zastanów się, w jaki sposób możesz wykorzystać w pełni swój potencjał z uwzględnieniem ograniczeń wywołanych problemami zdrowotnymi. Mów otwarcie o swoim problemie, a zyskasz więcej niż ukrywając swoje dolegliwości.
- Bierz aktywny udział w terapii. Nie pozwól, aby ból czy problemy z poruszaniem się uczyniły z ciebie bierną ofiarę. Dowiedz się więcej na temat schorzenia, na które cierpisz, spróbuj rozpoznać prawidłowości w występowaniu okresów bólu lub przemęczenia oraz zastanów się nad sposobem zminimalizowania ich wpływu na twoje funkcjonowanie i nastrój. Czasami może to być trudne do ustalenia, ale nie poddawaj się. Osoby, które aktywnie uczestniczą w terapii zwykle szybciej wracają do pracy. Pamiętaj, że ważnym źródłem wsparcia i informacji o sposobach radzenia sobie ze schorzeniami są organizacje pacjenckie.
- Zaangażowanie rodziny w kontynuowanie pracy i proces rehabilitacji. Twoja rodzina i przyjaciele są ważnym źródłem wsparcia. Mogą być nieświadomi tego, że kontynuowanie zatrudnienia lub powrót do pracy są możliwe i pożądane. Musisz pomóc im pomagać sobie poprzez włączenie ich w podejmowaną w miejscu pracy rehabilitację. Nawet niewielkie zmiany czasu pracy lub organizacji dojazdu do pracy mogą mieć duże znaczenie.
- Bądź świadomy swoich praw. Zarówno jako pacjent, jak i jako pracownik powinienes wiedzieć, jakie świadczenia w zakresie wsparcia i poradnictwa przysługują ci w sytuacji choroby, bez ryzyka możliwości utraty pracy. Jeżeli jesteś członkiem związku zawodowego, tam możesz szukać informacji na temat swoich praw.

5.3 **Doskonal swoją wiedzę w zakresie medycyny pracy i wspieraj wdrażanie systemu stopniowego powrotu do pracy. Kwestią priorytetową jest, aby pracownicy systemu opieki zdrowotnej wspierali stabilne zatrudnienie pracowników cierpiących na MSD i kierowali ich do odpowiednich specjalistów tak szybko, jak to możliwe. Doradzaj decydentom politycznym w przedmiocie dobrych praktyk dotyczących wczesnej diagnostyki i interwencji MSD.**

- Patrząc na pacjenta, dostrzegaj również pracownika. Praca musi stać się pożądanym skutkiem klinicznym leczenia pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi, który pomoże im utrzymać równowagę finansową i poczucie własnej wartości. Jednocześnie można zasadnie przypuszczać, że stopniowy powrót do pracy pomoże pacjentowi w odzyskaniu

sprawności i zapobieganie pogarszaniu jego stanu zdrowia, pogłębianiu stopnia niepełnosprawności i odejściu z pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego.

- Podejmuj wczesne interwencje. Lekarze pierwszego kontaktu mają możliwość rozpoznania wczesnych objawów wielu MSD. Korzystaj z programów wsparcia systemu opieki zdrowotnej (w tym internetowych narzędzi diagnozowania chorób reumatycznych) i naucz się rozpoznawać schorzenia na tyle wcześnie, aby możliwe było podjęcie skutecznego leczenia. O ile uznasz to za stosowne, kieruj pacjentów do specjalistów w jak najwcześniejszym stadium choroby, umożliwiając tym samym rozpoczęcie terapii.
- Identyfikuj pacjentów, którym kontynuowanie lub wcześniejszy powrót do pracy może przynieść korzyści. Łatwo jest założyć, że praca wpływa negatywnie na stan zdrowia pacjentów, zwłaszcza jeżeli podejrzewa się, że niektóre aspekty pracy skutkują zaostrzeniem objawów choroby. Zastanów się, czy możesz zalecić pacjentowi kontynuowanie pracy, z zastrzeżeniem wprowadzenia pewnych zmian, takich jak przydzielenie mu mniej uciążliwych obowiązków służbowych czy zmiana godzin pracy, i czy nie będzie to dla niego rozwiązanie korzystniejsze niż długotrwała absencja chorobowa. Pacjent może uzyskać bardzo pesymistyczny obraz skutków i prawdopodobnego przebiegu schorzenia, jeżeli klinicysta skupi się na przedstawieniu ograniczeń funkcjonalnych, które ono powoduje, pomijając te czynności życiowe, których nie upośledza. Podkreślanie obowiązków służbowych, które pacjent może w dalszym ciągu wykonywać, sprzyja osiągnięciu przez niego równowagi pomiędzy odczuwaną potrzebą odpoczynku i pracy.
- Zachęcaj pacjentów do samodzielnego kontrolowania procesu leczenia. Upewnij się, że pacjent może wdrożyć strategie kontrolowania pewnych aspektów choroby, zwłaszcza jeżeli kontynuuje on zatrudnienie lub powraca do pracy. Wiara we własne możliwości i świadomość przejęcia kontroli nad sytuacją poprawi nastrój pacjentów i pozwoli im na opanowanie ważnych aspektów niepełnosprawności w miejscu pracy. Współpracuj z pacjenckimi grupami wsparcia, które mogą doradzać w kwestii kontynuowania lub powrotu do pracy.

5.4 **Należy zrozumieć, że rehabilitacja zawodowa pracowników jest potrzebna. Służby medycyny**
Zalecenia dla **pracy muszą przyjąć do wiadomości, że na wyniki pracy wpływają również choroby,**
służb **których przyczyną nie jest wykonywana praca, i doradzać pracodawcom i decydentom w**
medycyny **kwestii odpowiedniej terapii tych schorzeń. Potrzebne jest wspieranie polityki integracji w**
pracy **miejscu pracy osób cierpiących na długotrwałe schorzenia, ze względu na to, że praca jest**
istotną częścią ich życia.

- Ważne jest podejmowanie wczesnych interwencji. W miarę możliwości, należy podejmować interwencje, które zapobiegają nasilaniu się objawów i przekształcaniu krótkoterminowej absencji w absencję długoterminową lub nawet trwałą niezdolność do pracy. Należy podejmować współpracę z lekarzami pierwszego kontaktu, innymi specjalistami ochrony zdrowia (np. fizjoterapeutami), pracodawcami i pracownikami w celu ułatwienia wczesnej interwencji, która maksymalizuje szanse na kontynuowanie pracy, jak również ułatwia skuteczną rehabilitację i szybki powrót do pracy.
- Konieczne jest zweryfikowanie definicji chorób związanych z pracą i chorób zawodowych. Należy opracować kryteria oceny wpływu problemów zdrowotnych na pracę oraz wytyczne dotyczące stopniowego powrotu pacjentów do „dobrej” pracy.
- Zalecamy wspieranie dialogu pomiędzy pracodawcami i pracownikami lub pracodawcami a lekarzami pierwszego kontaktu, mającego na celu uświadomienie pacjentowi znaczenia, jakie powrót do pracy może mieć dla prawidłowego przebiegu terapii, a jednocześnie zadbanie o to, aby pacjent nie obawiał się przyznać do złego samopoczucia i skorzystać ze zwolnienia lekarskiego.
- Należy zachęcać pacjentów do samodzielnego kontrolowania procesu leczenia. Współpraca z pracownikiem, jego współpracownikami i przełożonym ułatwia pacjentom opracowanie strategii kontrolowania przebiegu choroby. Umożliwi im to podejmowanie decyzji dotyczących organizacji pracy.

5.5 Zalecenia dla władz Władze muszą potraktować priorytetowo kwestię obniżenia kosztów MSD ponoszonych przez pacjentów i ich rodziny, pracodawców i rynek pracy. Decydenci powinni zauważyć, że obowiązująca polityka ochrony zdrowia i opieki społecznej nie traktuje kontynuacji zatrudnienia lub powrotu do pracy jako pożądanego skutku klinicznego, co prowadzi do nieefektywnego przydziału środków na opiekę zdrowotną i społeczną. Rząd powinien rozważyć wdrożenie Krajowego Planu Działań na rzecz osób z MSD, realizowanego przez Krajowego Konsultanta Klinicznego ds. MSD, w ramach którego monitorowano by postępy w diagnostyce i dostępie do terapii oraz rehabilitacji zawodowej w Polsce, obniżając tym samym koszty społeczne MSD.

- Rząd nie powinien lekceważyć danych, które wskazują na prawdopodobieństwo wzrostu odsetka populacji pracowniczej z MSD w Polsce w ciągu kilku najbliższych dekad. Koszty społeczne MSD są co najmniej dwukrotnie wyższe niż koszty ponoszone przez system opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę już wysokie krajowe wskaźniki chorobowości MSD, Polska może korzystać z dobrych praktyk wdrażanych na poziomie lokalnym, a rząd powinien niezwłocznie podjąć działania mające na celu zmniejszenie obciążeń finansowych, jakie dla systemu opieki społecznej stanowi problem niepełnosprawności,

oraz przeznaczyć odpowiednie środki na wspieranie wczesnej diagnostyki i zapobieganie rozwojowi niepełnosprawności w stopniu znacznym.

- Należy rozszerzyć definicję MSD zawartą w aktualnej klasyfikacji chorób zawodowych poza jej aktualny wąski zakres, uznając oficjalnie, że wiele MSD i innych schorzeń przewlekłych (takich jak choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane) nie jest wywoływanych przez pracę, a jedynie może utrudniać jej wykonywanie. Jeżeli chodzi o choroby reumatyczne w Polsce, aktualna polityka i praktyka leczenia koncentruje się głównie na RZS. Konieczne jest podjęcie dodatkowych działań zmierzających do usprawnienia diagnostyki i wczesnej interwencji w zakresie innych chorób reumatycznych, takich jak SpA.
- Należy zwiększyć dostępność wiedzy specjalistycznej. Widoczny brak przygotowania lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie diagnozowania i leczenia MSD oraz nierównomierny dostęp niektórych pacjentów do lekarzy specjalistów wpływają na ograniczone możliwości korzystania z wczesnej interwencji przez osoby w wieku produkcyjnym dotknięte tymi schorzeniami. Rząd powinien również oszacować zapotrzebowania kadrowe w zakresie zawodów medycznych (tzw. planowanie zasobów ludzkich) i ustalić, czy personel kliniczny (np. fizjoterapeuci) w przewidywanej liczbie będzie w stanie sprostać potrzebom wynikającym z zakładanego wzrostu zachorowań na MSD w związku ze starzeniem się populacji, w tym populacji pracowniczej. Uważamy, że celowym byłoby wprowadzenie do programu szkoleń medycznych prowadzonych już na etapie studiów, a następnie w ramach ustawicznego kształcenia zawodowego, tematów z zakresu medycyny pracy, szczególnie w sytuacji możliwego pogorszenia kondycji zdrowotnej populacji pracowniczej.
- Należy przedstawić propozycje zastąpienia, na wzór brytyjski, obecnie obowiązującego systemu zwolnień lekarskich zaświadczeniami o poziomie zdolności do pracy (wzór zamieszczono w Załączniku nr 2), za pomocą których lekarz pierwszego kontaktu może wskazać, **do wykonywania jakich obowiązków służbowych zdolny jest pracownik** w jego aktualnym stanie zdrowia. System opieki społecznej może zniechęcać osoby częściowo niepełnosprawne do zachowania statusu osoby czynnej zawodowej. Stąd też zalecamy wprowadzenie systemu zachęt i tym samym zadbanie o to, aby osoby zdolne i chętne do pracy powróciły na rynek pracy. Skupienie się na możliwościach pracownika pomogłoby innym specjalistom ochrony zdrowia i pracodawcom w zaplanowaniu interwencji wspierających powrót do pracy oraz dostosowaniu wymagań lub czasu pracy.
- Rząd powinien uświadomić sobie znaczenie rehabilitacji zawodowej, która wspiera leczenie kliniczne MSD. Zalecamy również opracowanie skuteczniejszego systemu wystawiania skierowań na rehabilitację, co pozwoli na kontrolowanie, czy pacjent został

poddany najskuteczniejszej i najbardziej odpowiedniej dla jego stanu zdrowia terapii. Ponadto, rząd powinien zacząć traktować profilaktykę długotrwałych schorzeń jako inwestycję w dalszy rozwój systemu zdrowia i opieki społecznej. Powinien on również zweryfikować zakres współpracy pomiędzy systemami opieki społecznej i zdrowotnej w celu oszacowania wysokości niezbędnych środków finansowych oraz opracować profil zdrowotny populacji pracowniczej w Polsce.

- Akkoc, N. (2008). *Are spondyloarthropathies as common as rheumatoid arthritis worldwide? A review*. W: *Current Rheumatology Reports*, 10, s. 371-378
- Alavinia, S. M. i Burdorf, A. (2008). *Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries*. W: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, s. 39-45
- Aptel, M., Aublet-Cuvelier, A. i Cnockaert, J. C. (2002). *Work-related musculoskeletal disorders of the upper limb*. W: *Joint Bone Spine*, 69 (6), s. 546-555
- Armstrong, K. (2006). *Life After Rover*. London: The Work Foundation
- Arrelov, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Lofgren, A., Nilsson, G. i in. (2007): *Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons*. W: *BMC Public Health*, 7(1), s. 273
- Backman, C. L. (2004). *Employment brak aktywności fizycznej i starzenie się. work disability in rheumatoid arthritis*. *Current Opinion in Rheumatology*, 16, s.148-152
- Bank Światowy. (2011): *Europe 2020 Poland. Fueling Growth and Competitiveness in Poland Through Employment, Skills, and Innovation. Overview*. Washington: World Bank Human Development and Private and Financial Sector Development Departments
- Bączyk, G., Samborski, P., Pieścikowska, J., Kmiecik, M. i Walkowiak, I. (2007). *Comparison functioning and quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis*. W: *Advances in Medical Science*, 52 (Suppl 1), s. 55-59
- Bekkering, G., Henriks, H., Koes, B., Oostendorp, R., Ostelo, R. i in. (2003). *Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain*. W: *Physiotherapy*, 89 (2), s. 82-96
- Bigos, S. J., Battie, M. C. i Spengler, D. M. (1992). *A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting*. W: *Clinical Orthopaedic Related Research*, 279, s. 21-34
- Bijlsma, J. W. J. (2010). *Optimal treatment of rheumatoid arthritis: EULAR recommendations for clinical practice*. W: *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 120 (9), s. 347-353
- Block, A. R., Kremer, E. F. i Gaylor, M. (1980). *Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behaviour*. W: *Pain*, 9 (2), s. 243-252
- Bodolay, E., Derafvi, B., Gergely, P. and Poor, G. (2007). [When does an autoimmunie disease begin? Importance of the early diagnosis.] *Orv Hetil*, 148, (Suppl1), 25-30. [Abstract]
- Bone and Joint Decade. (2005). *European Action Towards Better Musculoskeletal Health: A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions*. Lund: The Bone and Joint Decade, Department of Orthopedics, University Hospital. [data dostępu: 15 kwietnia 2009 r.]. Dostępny w Internecie: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf
- Boonen, A., Chorus, A., Miedema, H., van der Heijde, Landewé, D. R. i in. (2001). *Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60, s. 1033–1039

- Bortkiewicz, A., Gadzicka, E., Jędrasik, T., Merecz, D., Pas-Wyroślak, A. i in. (2007). *Zagrożenia Zdrowia Kierowców Pojazdów Silnikowych Związane ze Szkodliwymi i Uciążliwymi Warunkami Środowiska Pracy*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera
- Braun, J., van den Berg, R., Baraliakos, X., Boehm, H., Burgos-Vargas, R., Collantes-Estevez, E. i in. (2011). *2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 70, s. 896-904
- Breen, A., Langworthy, J. and Bagust, J. (2005). *Improved early pain management for musculoskeletal disorders. HSE Research report, 399* London: Health and Safety Executive
- Brinkley I., Clayton, N., Coats D., Hutton W. and Overell, S. (2008), *Hard Labour: Jobs, Unemployment and the Recession*. London: The Work Foundation
- Brzezińska, A. I., Kaczan, R., Piotrowski, K., Sijko, K., Rycielski, P. i in. (2008). *Uwarunkowania aktywności zawodowej osób z ograniczeniami sprawności: czynniki społeczno-demograficzne*. W: *Nauka*, 1, s. 129-150
- Buchbinder, R., Jolley, D. i Wyatt, M. (2001). *Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation*. W: *British Medical Journal*, 322, s. 1516-1520
- Bugajska, J., Brzosko, M., Jędryka-Góral, A., Głuszko, P., Żołnierczyk-Zreda, D. i in. (2010). *Psychological stress in rheumatoid arthritis patients: a comparative Polish–German study*. W: *Autoimmunity Reviews*, 9, s. 211-215
- Bugajska, J., Makowiec-Dąbrowska, T. i Wągrowaska-Koski, E. (2010). *Zarządzanie wiekiem w przedsiębiorstwach jako element ochrony zdrowia starszych pracowników*. W: *Medycyna Pracy*, 1, s. 55-63
- Burton, A. K. (1997). *Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences*. W: *Spine*, 22, s. 2575-2580
- Burton, A. K. (2005). *How to prevent low back pain. Best Practice and Research in Clinical Rheumatology*, 19 (4), s. 541-555
- Cammarota, A. (2005). *The Commission's initiative on MSDs: Recent developments in social partner consultation at the European level. Presentation to the Conference on MSDs – A challenge for the telecommunications industry*. Lizbona, 20-21 października
- Carter, L. E., McNeil, D. W. i Vowles, K. E. (2002). *Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology*. W: *Pain Research Management*, 7(1), s. 21-30
- Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; Warszawski Uniwersytet Medyczny; Center for Disease Control and Prevention. (2010). *Global Adult Tobacco Survey. Poland 2009-2010*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. [tytuł polski raportu: *Globalny Sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS)*]
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Wevers, C. W. J. i van der Linden, S. (2001). *Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60, s. 1025-1032

- Chorus, A. M. J., Boonen, A., Miedema, H. S. i van der Linden, S. (2002). *Employment perspectives of patients with ankylosing spondylitis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61, s. 693-699
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Boonen, A. i van der Linden, S. (2003). *Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62, s. 1178-1184
- Coats, D. and Leiki, R. (2008). *'Good Work': Job Quality in a Changing Economy*. London: The Work Foundation
- Coats, D. and Max, C. (2005). [*Healthy Work, Productive Workplaces: Why the UK needs More Good Jobs*](#). London: The Work Foundation
- Cooper, N. (2000). *Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review*. W: *Rheumatology*, 39 (1), s. 28-33
- Czapiński, J. i Panek, T. (2010). Social Diagnosis 2009. *The Subjective Quality and Objective Conditions of Life in Poland*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego [data dostępu: 23 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/Social%20Diagnosis%202009.pdf
- Czarzasty, J. (2010). *Absence from work – Poland*. Europejskie Obserwatorium Warunków Pracy. [data dostępu: 23 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0911039s/pl0911039q.htm>
- Dagenais, S., Caro, J. i Haldeman, S. (2008). *A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally*. W: *The Spine Journal*, 8, s. 8-20
- Dagfinrud, H., Mengshoel, A. M., Hagen, K. B., Loge, J. H. i Kvien, T. K. (2004). *Health status of patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63, s. 1605-1610
- de Buck, P., Schoones, J. W., Allaire, S. H. i Vliet Vlieland, T. P. M. (2002). *Vocational rehabilitation in patients with chronic rehumatoid diseases: A systematic literature review*. W: *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 32 (3), s. 196-203
- de Croon, E. M., Sluiter, J. K., Nijssen, T. F., Dijkmans, B. A. C., Lankhorst, G. J. i in. (2004). *Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63, s. 1362-1367
- Depa A. i Drużbicki M. (2008): *Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy*. W: *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, s. 34-41
- Department for Work and Pensions. (2010). *Statement of Fitness to Work. A guide for General Practitioners and other doctors*. [data dostępu: 21 kwietnia 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.dwp.gov.uk/docs/fitnote-gp-guide.pdf>

- der Tempel, H. i van der Linden, S. (2001). *Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60, s. 1033-1039
- Devereux, J., Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. i Buckle, P. (2004). *The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders. Health and Safety Executive Research Report 273*. London: Health and Safety Executive
- Ebner, W., Palotai, T., Codreanu, C., Géher, P., Pahor, A. i in.. (2008). *Ankylosierende spondylitis in Mittel- und Osteuropa*. W: *Zeitschrift für Rheumatologie*, 67 (6), s. 503-510
- Ekberg, K. (1995). *Workplace changes in successful rehabilitation*. W: *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5, s. 253–269
- Ektor-Andersen, J., Ingvarsson, E., Kullendorff, M. i Ørbæk, P. (2008). *High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence*. W: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, s. 1-8
- Europ Assistant Group i Cercle Santé Societé. (2010). *European Survey on the major areas of health debate. Overview*. [data dostępu: 28 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.europ-assistance.com/uk/medias/pdf/presse/2010CSAHEALTHBAROMETE RSYNTHESIS.pdf>
- Europejska Fundacja Poprawy Warunków Życia i Pracy (Eurofound) (2007): *Managing Musculoskeletal Disorders*. [data dostępu: 15 kwietnia 2009 r.]. Dostępny w Internecie: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/ssr2005_2006_en.pdf
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2007). *Managing Musculoskeletal Disorders*. Retrieved 15 April 2009 from <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/tn0611018s.htm>
- Europejski Instytut Związków Zawodowych (ETUI) (2007): *Musculoskeletal disorders: An ill-understood pandemic*. Brussels: ETUI
- Eurostat (2004). *Occupational Diseases in Europe in 2001. Statistics in Focus*, 15/2004 [data dostępu: 20 kwietnia 2009 r.]. Dostępny w Internecie: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-04-015/EN/KS-NK-04-015-EN.PDF
- Feuerstein, M., Shaw, W. S., Lincoln, A. E., Miller, V. I. i Wood, P. M. (2003). *Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders*. W: *Pain*, 102, s. 51-61
- Feuerstein, M., Shaw, W. S., Nicholas, R. A. i Huang, G. D. (2004). *From confounders to suspected risk factors: psychosocial factors and work-related upper extremity disorders*. W: *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14, s. 171-178
- Frank, A. O. i Chamberlain, M. A. (2006). *Rehabilitation: an integral part of clinical practice*. W: *Occupational Medicine*, 56, s. 289-293

- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C. i in. (1998). *Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope – if we can just get all the players onside*. W: *Canadian Medical Association Journal*, 158 (12), s. 1625-1631
- Gignac, M., Cao, X., Lacaille, D., Anis, A. i Badley, E. (2008). *Arthritis-related work transitions: A prospective analysis of reported productivity losses, work changes, and leaving the labour force*. W: *Arthritis Care and Research*, 59 (12), s. 1805-1813
- Gignac, M. A. M., Badley, E. M., Lacaille, D., Cott, C. C., Adam, P. i in. (2004). *Managing arthritis and employment: Making arthritis-related work changes as a means of adaptation*. W: *Arthritis and Rheumatism*, 51 (6), s. 909-916
- Gordeev, V. S., Maksymowych, W. P., Evers, S. M., Ament, A., Schachna, L. i in. (2010). *The role of contextual factors on health-related quality of life in ankylosing spondylitis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69, s. 108-112
- Główny Urząd Statystyczny (GUS). (2007). *Stan Zdrowia Ludności Polski w Przekroju Terytorialnym 2004*. Warszawa: GUS. Retrieved 8 August 2011 from http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_stan_zdrowia_2004_teryt.pdf
- GUS. (2008). *Accidents at Work and Work-Related Health Problems*. [Tytuł wersji polskiej: *Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą*] Warszawa: GUS. [data dostępu: 25 maja 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Wypadki_przy_pracy_i_problemy_zdrow_zwiazane_z_praca.pdf
- GUS. (2010a). *Concise Statistical Yearbook of Poland*. [Tytuł wersji polskiej: *Mały rocznik statystyczny Polski*]. Warszawa: GUS
- GUS. (2010b). *Podstawowe Dane z Zakresu Ochrony Zdrowia w 2009 r.* Warszawa: GUS [data dostępu: 23 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1899_PLK_HTML.htm
- GUS (2010c). *Pomoc Społeczna w 2009 r. – Infrastruktura, Beneficjenci, Świadczenia*. Warszawa: GUS [data dostępu: 23 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://www.stat.gov.pl/gus/5840_11115_PLK_HTML.htm
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. i in. (2001). *Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review*. W: *British Medical Journal*, 322, s. 1511-1516
- Halpern, M. T., Cifaldi, M. i Kvien, T. K. (2008). *Impact of adalimumab on work participation in rheumatoid arthritis: comparison of an open-label extension study and a registry-based control group*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68 (6), s. 930-937
- Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G. i Westman, G. (1997). *The impact of marital relationship on the rehabilitation process in a group of women with long-term musculoskeletal disorders*. W: *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 25 (1), s. 17-25

- Health and Safety Executive (HSE) (2002). *Initiative Evaluation Report: Back to Work*. London: HSE
- Huscher, D., Merkesdal, S., Thiele, K., Schneider, M. i Zink, A. (2006). *Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65, s. 1175-1183
- Husted, J. A., Gladman, D. D., Farewell, V. T. i Cook, R. J. (2001). *Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis*. W: *Arthritis and Rheumatism*, 45, s. 151-158
- Janowski, K., Steuden, S. i Kuryłowicz, J. (2010). *Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain*. W: *European Spine Journal*, 19 (4), s. 613-623
- Jędryka-Góral, A. i Łastowiecka, E. (2002). *Praca zawodowa a choroby reumatyczne. Bezpieczeństwo Pracy*, 3
- Kamińska, J., Kazenas, A., Najmiec, A., Roman-Liu, D., Tokarski, T. i in. (2008). *Ocena Obciążenia Psychofizycznego oraz Zapobieganie Dolegliwościom Układu Mięśniowo-szkieletowego u Pracowników Centrów Obsługi Klientów (call centers)*. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
- Katz, W. A. (2002). *Musculoskeletal Pain and its socioeconomic implications*. W: *Clinical Rheumatology*, Supplement, 1, s. 2-4
- Kavanaugh, A. (2005). *Health economics: implications for novel antirheumatic therapies*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, s. 65-69
- Kearney, A.T. (2009). *The Shadow Economy in Europe*. [data dostępu: 16 sierpnia 2001 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.visaeurope.com/idoc.ashx?docid=c982eb5e-2e26-49ad-acc9-5c01145f2064andversion=-1>
- Kemler, M. A. i Furnée, C. A. (2002). *The impact of chronic pain on life in the household*. W: *Journal of Pain Symptom Management*, 23 (5), s. 433-441
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Southwick, S. i Giller, E. L. (1990). *The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity*. W: *Journal of Psychosomatic Research*, 34(4), s. 401-408
- Kobelt, G. (2007). *Thoughts on health economics in rheumatoid arthritis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66, s. 35-39
- Kobelt, G. i Kastaeng, F. (2009). *Access to Innovative Treatments in Rheumatoid Arthritis in Europe*. [data dostępu: 28 marca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: www.lif.se/cs/default.asp%3Fid%3D44400
- Kończewska, A. (2004). *Leczenie czynnikami biologicznymi chorych na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa*. W: *Terapia*, 2
- Koradecka, D. i Konarska, M. (2002). *Postępy fizjologii i ergonomii i ich znaczenie dla higieny pracy*. W: *Medycyna Pracy*, 53 (1), s. 15-21

- Kowalska M. i Bugajska J. (2009): *Problemy zdrowotne osób pracujących z komputerem*. W: *Medycyna Pracy*, 60 (4), s. 321-325
- Kuncewicz E., Samborski P., Szpera A., Krawczyk-Wasielewska A., Sobieska M. i in. (2009): *Polskie podejście fizjoterapeutyczne usprawniania w reumatoidalnym zapaleniu stawów a zalecenia Panelu Ottawskiego*. W: *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska*, 74 (5), s. 289-294
- Kuszeński, K. i Gericke, C. (2005). *Health Systems in Transition. Poland*. t. 7 (5). Copenhagen: WHO. [data dostępu: 23 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/95159/E88670.pdf
- Leardini, G., Salaffi, F., Montanelli, R., Gerzeli, S. i Canesi, B. (2002). *A multi-center cost-of-illness study on rheumatoid arthritis in Italy*. W: *Clinical and Experimental Rheumatology*, 20, s. 505-515
- Lewicki M., Dutkiewicz, B. Widuchowska M. i Kucharz E.J. (2008): *Zastosowanie leków biologicznych w leczeniu łuszczycowego zapalenia stawów*. W: *Polski Merkuriusz Lekarski*, 25 (145), s. 97-100
- Lundkvist, J., Kastang, F. i Kobelt, G. (2008). *The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs*. W: *European Journal of Health Economics*, 8 (Supple 2), s. 49-60
- Luqmani, R., Hennell, S., Estrach, C., Birrell, F., Bosworth, A. i in. (2006). *On behalf of the British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards. Guidelines and Audit Working Group British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (The first two years)*. W: *Rheumatology*, 45, s. 1167-1169
- Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S. i Mazurkiewicz, M. (2011). *Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity*. W: *Psychology & Health*, 26 (2), s. 151-166
- Łukowicz, M., Gembala, D., Weber-Zimmermann, M., Ciechanowska, K. i Zalewski, P. (2008). *Czynniki socjo-zawodowe i ich wpływ na bóle kręgosłupa*. W: Bury, P. i Czajkowska-Ziobrowska, D. (red.). *Edukacja Bez Granic – Mimo Barrier: Przestrzeń Tworzenia*. T. 1. Poznań: Wydaw. Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa
- MacGregor, E. A., Brandes, J., Eikermann, A. i Giammarco, R. (2004). *Impact of migraine on patients and their families: the Migraine and Zolmitriptan Evaluation (MAZE) survey – Phase III*. W: *Current Medical Research Opinion*, 20 (7), s. 1143-1150
- Malińska, M. i Bugajska, J. (2010). *The influence of occupational and non-occupational factors on the prevalence of musculoskeletal complaints in users of portable computers*. W: *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 16 (3), s. 337-343

- McLaren, N. (2006). *Interactive dualism as a partial solution to the mind-brain problem for psychiatry*. W: *Medical Hypotheses*, 66 (6), s. 1165-1173
- Meijer, E., Sluiter, J. i Frings-Dresen, M. (2005). *Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review*. W: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78 (7), s. 523-532
- Meijer, E., Sluiter, J., Heyma, A., Sadiraj, K. i Frings-Dresen, M. (2006). *Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: a randomised, controlled trial with one-year follow-up*. W: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79 (8), s. 654-664
- Moskalewicz, B. (2002). *Nasze Zdrowie, Nasze Dolegliwości*. Warszawa: Zakład Epidemiologii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii; Narodowy Instytut zdrowia Publicznego. [data dostępu: 24 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/raport/Raport.pdf
- Moskalewicz, B., Goryński, P. i Wojtyński, B. (2008). *Czy dolegliwości reumatyczne istotnie ograniczają sprawność po 60. roku życia? Wyniki ogólnopolskiego badania epidemiologicznego*. W: *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 118 (Suppl), s. 31-35
- Nachemson, A., Waddell, G. i Norlund A. (2000) *Epidemiology of neck and low back pain*. W: Nachemson, A. i Jonsson E., (red.) *Neck and Back Pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, s. 165-188
- Niewada, M. i Jakubczyk, M. (2009). *Opracowanie wyników ankiety przeprowadzonej w ośrodkach uczestniczących w „Ewidencji pacjentów w terapii biologicznej reumatoidalnego zapalenia stawów” w Polsce. Raport podstawowy*. Warszawa [data dostępu: 24 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://www.nursing.com.pl/plk/raport_ewidencja_pacjentow.pdf
- OECD). (2009). *Health at a Glance 2009. OECD Indicators*. [data dostępu: 29 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.oecd.org>
- OECD. (2010). *Economic Survey of Poland 2010*. [data dostępu: 26 maja 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.oecd.org>
- OECD. (2011). *Society at a Glance – OECD Social Indicators*. Dostępny w Internecie: <http://www.oecd.org/els/social/indicators/SAG>
- Orlewska, E., Ancuta, I., Anic, B., Codrenau, C., Damjanov, N., i in. (2011). *Medical Science Monitor*, 17(4), SR1-13
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. i Vermeulen, G. (2007). *Fourth European Survey on Working Conditions*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Standards

- Piechura J., Skrzek A., Rozek K. i Wrobel E. (2010): *Zastosowanie zabiegów krioterapii miejscowej w terapii osób z zespołem bolesnego barku*. W: *Fizjoterapia* 18 (1), s. 19-25
- Piechota, G., Małkiewicz, J. i Karwat, I.D. (2005). *Otyłość jako przyczyna lub skutek niepełnosprawności*. W: *Przegląd Epidemiologiczny*, 59 (1), s. 155-161
- Posiedzenie Rady Europejskiej w Lizbonie (2000): *Presidency Conclusions*. [data dostępu: 16 kwietnia 2009 r.]. Dostępny w Internecie: www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm
- Prüss-Üstün, A. i Corvalán, C. (2006). *Preventing Disease Through Healthy Environments. Towards an Estimate of the Environmental Burden of Disease*. Geneva: World Health Organisation
- Pugner, K. M., Scott, D. I., Holmes, J. W. i Hieke, K. (2000). *The costs of rheumatoid arthritis: an international long-term view*. W: *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 29, s. 305-320
- Punnett, L. i Wegman, D. (2004). *Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate*. W: *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14 (1), s. 13-23
- Rada Ministrów. (2007). *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*. [data dostępu: 27 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
- Rada Ministrów (2009a). *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 w sprawie chorób zawodowych*. Dziennik Ustaw, nr 105 poz. 869
- Rada Ministrów. (2009b). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2009 W sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością*. Dziennik Ustaw, nr 212 poz 1647
- Rada Ministrów. (2009c). *Ustawa z dnia 22 maja 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw*. Dziennik Ustaw, nr 99 poz 825
- Ritchlin, C. T., Kavanaugh, A., Gladman, D. D., Mease, P. J., Helliwell, P., Boehncke, W. H. i in. (2009). *Treatment recommendations for psoriatic arthritis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68 (9), s. 1387-1394
- Roman-Liu, D. (2008). *Narażenie na powstawanie dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w krajach Unii Europejskiej*. W: *Bezpieczeństwo Pracy*, 11, s. 16-20
- Roman-Liu D. i Bartuzi P. (2007): *Ocena obciążenia i zmęczenia układu mięśniowo-szkieletowego z zastosowaniem elektromiografii*. W: *Bezpieczeństwo Pracy*, 4, s. 7-10
- Rutkowska E. (2003): *Radzenie sobie z bólami kręgosłupa w środowisku wiejskim*. W: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 58, suppl.13, 209, s. 39-44
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. i Gatchel, R. J. (2007). *Models of return to work for musculoskeletal disorders*. W: *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17 (2), s. 327-352

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2000). *Management of Early Rheumatoid Arthritis, Scottish Intercollegiate Guidelines Network publication 48*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- Sieper, J., Braun, J., Rudwaleit, M., Boonen, A. i Zink, A. (2002). *Ankylosing spondylitis: an overview*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61 (Supplement III), s. 8-18
- Sierakowska, M., Karpińska, A., Sierakowski, S., Krajewska-Kulak, E. i Kamieńska, I. (2006). *Jakość życia pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa*. W: *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 52 (Supl 2), s. 29-37
- Smolen, J. S., Landewé, R., Breedveld, F. C., Dougados, M., Emery, P., Gaujoux-Viala, C. i in. (2010). *EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69 (6), s. 964-975
- Smyth, M., Stone, A., Hurewitz, A. i Kaell, A. (1999). *Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis*. W: *Journal of the American Medical Association*, 281, s. 1304-1309
- Sokka, T. i Pincus, T. (2001). *Markers for work disability in rheumatoid arthritis*. W: *Journal of Rheumatology*, 28, s. 1718-1722
- Stanisławska-Biernat, E. (2010). *Zalecenia ASAS/EULAR Dotyczące Diagnostyki i Leczenia Spondyloartropatii*. Polskie Towarzystwo Reumatologiczne. [data dostępu: 24 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.reumatologia.ptr.net.pl>
- Sula, P. (2007). *Managing Musculoskeletal Disorders – Poland*. Europejskie Obserwatorium Warunków Pracy. [data dostępu: 27 czerwca 2011r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/pl0611019q.htm>
- Sullivan, M. J. i D'Eon, J. L. (1990). *Relation between catastrophising and depression on chronic pain patients*. W: *Journal of Abnormal Psychology*, 99, s. 260-263
- Swartling, M. S., Hagberg, J., Alexanderson, K. i Wahlstrom, R. A. (2007). *Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians*. W: *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), s. 398-408
- Szepietowski, J., Adamski, Z., Chodorowska, G., Gliński, W., Kaszuba, A., Placek, W. i in. (2010). *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego dotyczące stosowania leków biologicznych w łuszczycy zwyczajowej i stawowej (łuszczycowym zapaleniu stawów)*. W: *Przegląd dermatologiczny*, 97, s. 1-13
- Szubert, Z. i Sobala, W. (2004). *Zdrowotne przyczyny niezdolności do pracy przed odejściem na wcześniejszą emeryturę*. W: *Medycyna Pracy*, 55 (3), s. 249-255
- Śliwczyński, A., Kruszewski, R., Binkowski, J., Gryglewicz, J., Tłustochowicz, W. i in. (2010). *Finansowanie leczenia lekami biologicznymi chorych na reumatoidalne i młodzieńcze idiopatyczne zapalenia stawów w ramach programów zdrowotnych NFZ w latach 2004-2008*. W: *Reumatologia*, 48 (1), s. 14-24

- Tasiemski, T., Angiaszwili-Biedna, N. i Wilski, M. (2009). *Assessment of objective and subjective quality of life in people with rheumatoid arthritis – Preliminary study*. W: *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja*, 4 (6), Vol. 11, s.346-359
- Technopolis. (2006). *Strategic Evaluation on Innovation and the Knowledge Based Economy in relation to the Structural and Cohesion Funds, for the programming period 2007-2013. Raport dla Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej Komisji Europejskiej. Ewaluacja i dodatkowość* [data dostępu: 25 maja 2011r.]. Dostępny w Internecie: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/evaluation/pdf/evalstrat_innov/poland.pdf
- Tłustochowicz, W. (2009a). *Postępy w diagnostyce i terapii chorób reumatycznych*. W: *Przewodnik lekarza*, 1, s. 153-159
- Tłustochowicz, W. (2009b). *Presentation at the conference Reumatologia 2009 – Nowe Perspektywy*, Warszawa, 19 czerwca 2009 r
- Tłustochowicz, W., Brzosko, M., Filipowicz-Sosnowska, A., Głuszko, P., Kucharz, E.J., Maśliński, W. i in. (2008). *Stanowisko Zespołu Ekspertów Konsultanta Krajowego ds. Reumatologii w sprawie diagnostyki i terapii reumatoidalnego zapalenia stawów*. W: *Reumatologia*, 46 (3), s. 111-114
- Towalski, R. (2009). *Barriers to the employment of disabled persons*. Europejskie Obserwatorium Warunków Pracy. [data dostępu: 28 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2009/05/PL0905029I.htm>
- Wspólnoty Europejskie (2007). *The social situation in the European Union 2005-2006*. Luxemburg: Biuro Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich [data dostępu: 24 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/ssr2005_2006_en.pdf
- van Duijn, M. i Burdorf, A. (2008). *Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints*. W: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, s. 576-581
- Van Eerd, D., Beaton, D., Cole, D., Lucas, J., Hogg-Johnson, S. i in. (2003). *Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in workers: a review of the literature*. W: *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, s. 925–936
- van Jaarsveld, C. H., Jacobs, J. W., Schrijvers, A. J., van Albada-Kuipers, G. A., Hofman, D. M. i in. (1998). *Effects of rheumatoid arthritis on employment and social participation during the first years of disease in the Netherlands*. W: *British Journal of Rheumatology*, 37(8), s. 848-853
- Veale, A., Woolf, A. i Carr, A. (2008). *Chronic musculoskeletal pain and arthritis: Impact, attitudes and perceptions*. W: *Irish Medical Journal*, 101 (7), s. 208-210
- von Hirschberg, K. R., Kähler, B. i Nienhaus, A. (2009). *Social care and changes in occupational accidents and diseases – the situation in Eastern Europe in general and for skin diseases in particular*. W: *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4 (28)

- Waddell, G. i Burton, A. K., (2006a). *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: Department for Work and Pensions
- Waddell, G. i Burton, A. K. (2006b). *Principles of rehabilitation for common health problems*, W: O'Donnell, M. *Rehabilitation: Keeping People in Work. Chief Medical Officer's Report 2006*. Dorking, UnumProvident
- Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K. i in. (2008). *Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68, s. 685-689
- Wapiennik, E. (2007). *Report on the employment of disabled people in European countries. Poland*. Academic Network of European Disability Experts. [data dostępu: 28 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.disability-europe.net/content/aned/media/PL%20employment%20%20report.pdf>
- Werner, E. L., Lærum, E., Wormgoor, M. E., Lindh, E. i Indhal, A. (2007). *Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave*. W: *Occupational Medicine*, 57 (8), s. 590-596
- Wiland, P. (2006). *Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa*. W: *Medycyna po Dyplomie*, 18,s. 15-18
- Wiland, P., Filipowicz-Sosnowska, A., Głuszko, P., Kucharz, E. J., Maśliński, W., Samborski, W. i in. (2008). *Rekomendacje w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym u chorych na zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa. Opracowane przez Zespół Konsultanta Krajowego z dziedziny Reumatologii*. W: *Reumatologia*, 46 (4), s. 191-197
- Wilczyńska, U., Szeszenia-Dąbrowska, N. i Szymczak, W. (2007). *Choroby Zawodowe stwierdzone w Polsce w 2006 r.* W: *Medycyna Pracy*, 58 (3), s. 193-203
- WHO Scientific Group (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO. [data dostępu: 15 kwietnia 2009 r.]. Dostępna w Internecie: <http://www3.who.int/icf/icftemplate/cfm>
- WHO Scientific Group (2003). *The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium*. Geneva: WHO
- WHO Regional Office for Europe. (2009). *Environment and Health Performance Review. Poland*. Copenhagen: WHO. [data dostępu: 23 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/95333/E92584.pdf
- WHO. (2011). [data dostępu: 24 czerwca 2011 r.]. Dostępny w Internecie:. Retrieved 24 June 2011 from <http://www.who.int/gho/countries/pol.pdf>
- Young, A., Dixey, J., Cox, N., Davis, P., Devlin, J. i in. (2000). *How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of five years of follow-up in 732 patients from the early RA study (ERAS)*. W: *Rheumatology*, 39, s. 603-611

- Young, A., Dixey, J., Kulinskaya, E., Cox, N., Davies, P., i in. (2002). *Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the early RA study (ERAS)*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61, s. 335-340
- Zampolini, M., Bernadinello, M. i .Tesio, L. (2007). *RTW in back conditions*. W: *Disability and Rehabilitation*, 29 (17), s. 1377-1385
- Zejda, J. E., Bugajska, J., Kowalska, M., Krzych, L., Mieszkowska, M. i in. (2009). *Dolegliwości ze strony kończyn górnych, szyi i pleców u osób wykonujących pracę biurową z użyciem komputera*. W: *Medycyna Pracy*, 60 (5), s. 359-367
- Zochling, J., van der Heijde, D., Burgos-Vargas, R., Collantes, E. Davis, J. C. Jr, Dijkmans, B. i in. (2006). *ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis*. W: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65 (4), s. 442-452
- ZUS *Absencja Chorobowa w 2009 roku*. Warszawa: ZUS
- ZUS. (2011). *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy*. Warszawa: ZUS. [data dostępu: 8 sierpnia 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.zus.pl/files/Wydatki%20na%20%C5%9Bwiadczenia%20z%20ubezpiecze%C5%84%20spo%C5%82ecznych%20zwi%C4%85zane%20z%20niezdolno%C5%9Bci%C4%85%20do%20pracy.pdf>
- Zwolińska J., Kwolek A. i Skrzypiec J. (2007): *Skuteczność wybranych metod fizjoterapii w leczeniu zachowawczym zespołu ciśnienia nadgarstka*. W: *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 3 , s. 239-244
- Zyluk A. i Puchalski P. (2008): *Niezdolność do pracy przed i po operacji zespołu kanału nadgarstka*. W: *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska*, 73 (5), s. 303-308.

Załącznik nr 1 – Rozmowy i konsultacje z ekspertami

Osoby wymienione poniżej podzieliły się z nami poglądami i informacjami w trakcie prac nad niniejszym raportem. Jesteśmy im wdzięczni za poświęcony dla nas czas. Przygotowując raport uwzględniliśmy stanowiska prezentowane przez ekspertów. Nie oznacza to jednak, że z ich udziału w pracach nad raportem wynika poparcie dla wyrażonych tu wniosków.

mgr ekon. Jolanta Grygielska	Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków
dr n. med. Sławomir Jeka Krzysztof Kowalik	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy
prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Kucharz	Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
dr n. hum. Bożena Moskalewicz	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
dr n. hum. Filip Raciborski	Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
prof. dr hab. n. med. Witold Tlustochowicz	Konsultant Krajowy w dziedzinie Reumatologii
dr n. med. Roman Topor-Mądry	Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego
prof. dr hab. n. med. Piotr Wiland	Polskie Towarzystwo Reumatologiczne Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
dr mat. Urszula Wilczyńska	Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi
dwie pacjentki - członkinie stowarzyszenia osób chorych na RZS	

Dziękujemy Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i Narodowemu Funduszowi Zdrowia za nieocenioną pomoc faktograficzną.

Załącznik nr 2 – Wzór zaświadczenia o poziomie zdolności do pracy

Zaświadczenie o poziomie zdolności do pracy

wydawane w celu ustalenia uprawnień do zabezpieczenia społecznego lub zasiłku chorobowego

Imię i nazwisko pacjenta:					
Data badania:	 / /				
Stwierdzone schorzenia:					
Zalecenia:	☐ stwierdzam, że pacjent jest niezdolny do pracy ☐ stwierdzam, że pacjent jest zdolny do pracy z zastrzeżeniem konieczności przestrzegania poniższych zaleceń:				
w miarę dostępności i za zgodą pracodawcy, pacjent powinien korzystać z następujących udogodnień: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ systemu stopniowego powrotu do pracy</td> <td>☐ zmienionego harmonogramu czasu pracy</td> </tr> <tr> <td>☐ zmienionego zakresu obowiązków</td> <td>☐ adaptacji miejsca pracy.</td> </tr> </table>		☐ systemu stopniowego powrotu do pracy	☐ zmienionego harmonogramu czasu pracy	☐ zmienionego zakresu obowiązków	☐ adaptacji miejsca pracy.
☐ systemu stopniowego powrotu do pracy	☐ zmienionego harmonogramu czasu pracy				
☐ zmienionego zakresu obowiązków	☐ adaptacji miejsca pracy.				
Uwagi, w tym wskazanie funkcjonalnych skutków schorzeń występujących u pacjenta: 					
Powyższe zalecenia obowiązują przez czas lub od/...../..... do/...../.....					
Po upływie powyższego okresu występuje/nie występuje* potrzeba ponownej oceny stanu zdrowia pacjenta. (*niepotrzebne skreślić)					
Podpis lekarza					
Data wydania zaświadczenia	/...../.....				
Adres lekarza					

Źródło: Department for Work and Pensions, 2010

Badanie Fit for Work Europe objęło pacjentów z 27 krajów europejskich. Takie porównawcze ujęcie tematu badania umożliwiło określenie poziomu realizacji wczesnych interwencji w poszczególnych krajach kontynentu. Mogliśmy też dowiedzieć się, w jakim stopniu jesteśmy w stanie wskazać zarówno czynniki sprzyjające wczesnym interwencjom, jak i bariery ograniczające ich stosowanie, a wynikające z różnorodnych polityk wpływających na rynek pracy, system opieki społecznej i system opieki zdrowotnej. Aby zebrać te informacje, przyjrzelśmy się szeregowi wskaźników dotyczących:

- rynku pracy;
- systemu opieki społecznej;
- systemu opieki zdrowotnej.

Dane przedstawione poniżej pochodzą z różnych źródeł międzynarodowych. Jeżeli było to możliwe, korzystaliśmy z danych za rok 2009, co p-rajach. Większość danych uzyskaliśmy z Eurostatu. Poniżej prezentujemy wybrane wskaźniki.

	PKB na mieszkańca (wg paritetu siły nabywczej)	odsetek populacji w wieku produkcyjnym	odsetek populacji w wieku ≥65	Stopa bezrobocia (%)		Stopa bezrobocia długotrwalego jako odsetek aktywnej zawodowo populacji	Częstość występowania niezdolności do pracy (odsetek populacji między 20. i 64. rokiem życia)	Średni wiek wyjścia z rynku pracy		Godzinowa wydajność pracy w relacji do UE-27 (=100)	Godzinowy koszt pracy
				M	K			M	K		
Austria	29 300	84,9	17,4	5,0	4,6	1,0	14,4	62,6	59,4	113,2	26,33 €
Belgia	27 400	83,1	17,1	7,8	8,1	3,5	14,0	61,2	61,9	125,5	32,56 €
Bułgaria	10 400	86,6	17,4	7,0	6,6	3,0	--	--	--	39,9	1,89 €
Chorwacja	15 100	84,7	17,2	8,0	10,3	5,1	--	--	--	78,7*	--
Czechy	19 200	85,9	14,9	5,9	7,7	2,0	13,8	62,0	59,4	72,9	7,88 €
Dania	28 400	81,7	15,9	6,5	5,4	0,5	20,7	61,4	59,7	103,3	34,74 €
Estonia	15 000	85,1	17,1	16,9	10,6	3,8	23,0	--	--	65,5	6,60 €
Finlandia	26 600	83,3	16,7	8,9	7,6	1,4	20,5	62,0	61,3	108,9	27,87,87 €
Francja	25 400	81,5	16,5	9,2	9,8	3,3	13,2	59,4	59,3	120,9	31,06 €
Niemcy	27 400	86,4	20,4	8,1	7,3	3,4	17,5	62,6	61,5	105,1	27,80 €
Grecja	22 100	85,7	18,7	6,9	13,2	3,9	8,3	61,6	60,5	98,9	--
Węgry	15 300	85,1	16,4	10,3	9,7	4,2	22,1	--	--	53,5	7,13 €
Irlandia	29 800	79,1	11,0	14,9	8,0	3,4	13,3	--	--	130,5	--
Włochy	24 400	86,0	20,1	6,8	9,3	3,5	9,0	61,0	59,8	111,7	--
Łotwa	12 200	86,3	17,3	20,3	13,9	4,6	--	--	--	53,0	4,41 €
Litwa	12 900	84,9	16,0	17,1	10,4	3,2	--	--	--	57,3	5,09 €
Holandia	30 800	82,3	15,0	3,7	3,8	0,9	16,8	64,2	63,6	111,2	--
Norwegia	42 000	81,0	14,7	3,6	2,6	0,5	16,3	64,1	64,7	146,9	--
Polska	14 300	84,7	13,5	7,8	8,7	2,5	11,3	61,4	57,5	46,7	6,78 €
Portugalia	18 900	84,7	17,6	9,0	10,3	4,3	18,7	62,9	62,3	75,6	11,32 €
Rumunia	10 900	84,8	14,9	7,7	5,8	2,2	--	--	--	47,9	3,41 €
Słowacja	17 200	84,6	12,1	11,4	12,8	6,5	14,0	59,7	57,8	80,7	6,41 €
Słowenia	20 700	86,0	16,4	5,9	5,8	1,8	15,0	--	--	82,4	12,09 €
Hiszpania	24 300	85,2	16,6	17,7	18,4	4,3	11,1	61,8	62,4	109,8	16,39 €
Szwecja	28 000	83,3	17,8	8,6	8,0	1,1	18,1	64,2	63,6	109,9	33,30 €
Szwajcaria	34 000	84,7	16,6	--	--	--	10,4	64,6	62,5	108,1*	--
Turcja	10 700	73,7	6,8	12,5	12,6	2,8	--	--	--	61,6*	--
Wielka Brytania	26 500	82,5	16,3	8,6	6,4	1,9	17,6	63,6	61,7	106,6	26,39 €
UE-27	23 600	84,4	17,2	9,0	8,9	3,0	--	61,9*	60,5*	100,0	--

Źródło: Baza danych statystycznych Eurostat; OECD 2009; *Statystyki OECD

	PKB na mieszkańca (wg paritetu siły nabywczej) w 2008 r.	Wydatki na świadczenia społeczne (% PKB)	Wydatki na ochronę zdrowia (% PKB)	Odsetek wydatków z tyt. świadczeń przeznaczony na			Wskaźnik „hojności” systemu zabezpieczenia społecznego
				zasiłki chorobowe/opiekę medyczną	świadczenia z tyt. niezdolności do pracy	świadczenia dla bezrobotnych	
Austria	31 100	18,1	9,7	26,1	7,8	5,0	5,46
Belgia	28 800	16,0	9,8	28,4	7,1	12,5	4,38
Bułgaria	10 900	10,1	6,9	29,4	7,7	2,3	--
Chorwacja	15 900	--	--	--	--	--	--
Czechy	20 200	12,8	6,9	33,3	8,2	3,5	5,15
Dania	30 800	14,8	9,3	23,3	15,2	4,8	5,40
Estonia	17 000	10,6	5,9	32,4	9,9	2,1	--
Finlandia	29 500	15,4	7,7	26,8	12,6	7,1	2,60
Francja	26 700	17,7	10,7	29,8	6,0	5,8	5,24
Niemcy	28 800	17,0	10,3	30,5	7,8	5,4	6,11
Grecja	23 500	19,3	--	29,0	4,7	5,1	--
Węgry	16 200	15,8	7,1	25,0	9,4	3,7	4,75
Irlandia	33 300	12,4	--	40,9	5,5	8,7	--
Włochy	26 000	17,7	--	26,4	5,9	1,9	--
Łotwa	14 100	8,1	6,2	29,5	7,3	4,1	--
Litwa	15 300	11,0	6,3	29,4	10,4	2,5	--
Holandia	33 500	10,3	8,9	32,8	8,8	3,8	3,40
Norwegia	47 300	6,1	8,1	32,7	17,6	1,9	--
Polska	14 100	14,0	6,6	24,4	8,8	1,9	4,58
Portugalia	19 500	15,1	9,2	28,0	9,3	4,5	4,75
Rumunia	11 700	10,4	5,3	25,2	9,8	1,4	--
Słowacja	18 100	11,3	7,0	32,5	9,0	4,0	5,00
Słowenia	22 800	14,7	8,1	33,8	7,8	2,0	--
Hiszpania	25 900	12,4	8,7	30,8	7,2	13,6	4,75
Szwecja	30 800	14,8	8,8	26,0	15,1	3,0	6,73
Szwajcaria	35 800	10,5	10,6	26,4	12,5	2,6	5,09
Turcja	11 700	--	--	--	--	--	--
Wielka Brytania	28 700	13,1	--	33,3	11,0	2,5	3,87
UE-27	25 100	--	--	29,7	8,1	5,2	--

Źródło: Baza danych statystycznych Eurostat; Osterkamp i Rohm, 2007

Załącznik nr 3 – Dane porównawcze

	Absencja chorobowa (%)	Średnia długość absencji (dni)	Nieefektywna obecność w pracy (%)	DALY dla MSD (odsetek wszystkich)	DALY dla RZS (odsetek wszystkich)	Chorobowość związane z pracą bólu pleców (populacja w wieku produkcyjnym)	Liczba pacjentów z RZS w całej populacji (chorobowość)	Całkowity roczny koszt RZS (mln €)	Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców	
									Reumatolodzy**	Lekarze 1. kontaktu
Austria	20,9	3,4	34,5	4,34	0,85	24,0	30 536 (0,47)	420,67	--	153,3
Belgia	28,8	7,0	48,0	4,11	0,80	19,4	39 209 (0,48)	618,32	2,4	170,9
Bulgaria	20,2	4,3	22,6	4,31	0,76	29,2	29 711 (0,48)	61,30	1,4	66,8
Chorwacja	19,4	9,4	38,1	3,50	0,70	41,5	--	--	--	17,1
Czechy	28,6	5,5	36,7	3,54	0,70	22,9	37 037 (0,46)	223,95	1,3	51,2
Dania	32,9	6,6	55,2	3,95	0,78	18,8	23 676 (0,58)	399,39	2,6	74,4
Estonia	27,5	4,6	43,5	4,07	0,79	40,2	5 124 (0,49)	20,13	3,0	105,3
Finlandia	44,7	8,5	50,7	4,07	0,84	26,2	24 279 (0,60)	339,07	1,9	40,6
Francja	19,4	5,5	47,9	4,23	0,81	21,6	226 750 (0,48)	4 653,45	4,2	164,1
Niemcy	28,2	3,5	38,8	4,41	0,83	18,8	328 844 (0,50)	6 179,46	0,8	99,2
Grecja	14,1	2,8	29,9	4,56	0,86	47,0	42 574 (0,48)	487,91	2,3	35,5
Węgry	23,8	5,0	37,7	4,23	0,77	31,6	37 907 (0,48)	198,93	5,6	65,2
Irlandia	21,4	3,9	41,8	3,84	0,79	14,5	15 035 (0,49)	253,25	0,5	69,9
Włochy	25,2	3,8	23,5	4,97	0,96	24,3	235 898 (0,49)	2 723,69	--	--
Łotwa	23,9	4,1	40,6	3,92	0,73	44,1	8 771 (0,49)	27,71	0,5	54,7
Litwa	21,8	4,3	34,5	4,03	0,80	38,0	12 213 (0,47)	41,17	1,2	52,6
Holandia	33,7	8,6	41,1	4,48	0,88	13,8	56 934 (0,46)	1 027,49	1,2	46,4
Norwegia	27,3	7,1	47,6	4,25	0,86	22,7	19 486 (0,56)	402,99	2,2	47,1
Polska	19,9	5,5	24,7	5,11	0,98	45,8	131 546 (0,45)	489,37	2,3	15,2
Portugalia	13,5	8,6	24,5	3,92	0,77	30,7	39 379 (0,47)	295,03	1,0	45,6
Rumunia	11,4	2,0	39,0	4,29	0,79	42,4	74 832 (0,45)	162,39	1,2	80,9
Słowacja	22,8	5,2	44,4	4,91	0,93	38,9	17 567 (0,43)	74,88	1,8	36,3
Słowenia	28,3	8,7	59,2	3,84	0,76	45,9	7 461 (0,47)	58,85	--	26,0
Hiszpania	14,2	3,6	37,8	4,66	0,89	29,1	159 535 (0,45)	1 586,36	--	--
Szwecja	28,0	6,7	54,7	4,61	0,90	27,8	41 576 (0,60)	543,11	2,0	60,2
Szwajcaria	19,2	4,0	--	4,97	0,97	18,1	27 469 (0,47)	536,93	5,3	47,1
Turcja	18,7	4,8	49,8	4,09	0,90	34,7	137 905 (0,31)	320,92	--	--
Wielka Brytania	22,6	3,7	51,2	4,11	0,81	10,8	263 672 (0,57)	3 163,27	--	--
UE-27	22,9	4,6	39,2	--	--	24,7	(0,49 Europa bez Turcji)	24 072,62	--	--

Źródła: Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley i Vermeulen, 2007; Europejskie badanie warunków pracy, 2010; WHO, 2006, 2007; Lundkvist, Kastäng i

Kobełt, 2008; Baza danych statystycznych Eurostat

Zmienna	Definicja - przedstawiona przez źródło	Źródło
<i>Wskaźniki dotyczące rynku pracy</i>		
PKB na mieszkańca (wg paritetu siły nabywczej), 2009 r.	PKB (produkt krajowy brutto) stanowi wskaźnik kondycji gospodarczej państwa. Reprezentuje on łączną wartość wszystkich wytworzonych towarów i usług, pomniejszoną o wartość towarów i usług wykorzystanych podczas ich wytwarzania. Wyrażenie PKB w kategoriach paritetu siły nabywczej niweluje różnice poziomu cen istniejące pomiędzy krajami, natomiast kalkulacja per capita umożliwia porównanie gospodarek w znacznym stopniu różniących się pod względem wielkości absolutnej.	Eurostat (bez daty)
Populacja w wieku produkcyjnym (%), 2009 r.	Udział osób w wieku 15 i więcej lat w ogólnej populacji government units.	Eurostat (bez daty)
Stopa bezrobocia wg. płci, 2009 r.	Stopa bezrobocia ukazuje udział bezrobotnych w całej sile roboczej. Siła robocza oznacza łączną liczbę osób zatrudnionych i niezatrudnionych. Osoby bezrobotne to osoby w wieku od 15 do 74 lat, które: a. pozostały bez pracy w okresie tygodnia odniesienia, b. były gotowe do podjęcia pracy, tzn. były gotowe do podjęcia pracy najemnej lub do samozatrudnienia się przed końcem okresu dwóch tygodni następujących po tygodniu odniesienia, c. aktywnie poszukują pracy, tzn. podjęły, w okresie czterech tygodni kończącym się wraz z końcem tygodnia odniesienia, konkretne działania w celu znalezienia pracy najemnej lub samozatrudnienia się albo które znalazły pracę, którą podejmą w późniejszym czasie, tzn. w ciągu maksymalnie trzech miesięcy	Eurostat (bez daty)
Bezrobocie długotrwale (odsetek aktywnej zawodowo populacji), 2009 r	Osoby długotrwale bezrobotne (przez 12 miesięcy lub dłużej) to osoby w wieku co najmniej 15 lat, niemieszkające w zbiorowych gospodarstwach domowych, które pozostały bez pracy w ciągu najbliższych dwóch tygodni i które poszukują pracy (aktywnie poszukiwały pracy w jakimś momencie w ciągu ostatnich czterech tygodni albo nie poszukują pracy z powodu przyjęcia oferty zatrudnienia, które rozpocznie się w późniejszym terminie). Cała populacja aktywna zawodowo (siła robocza) oznacza łączną liczbę osób zatrudnionych i niezatrudnionych. Okres pozostawania bez pracy określa się jako czas poświęcony na szukanie pracy albo długość okresu rozpoczynającego się w momencie zakończenia ostatniej pracy (jeżeli taki okres jest krótszy niż czas poświęcony na poszukiwanie pracy).	OECD, 2009

Zmienna	Definicja - przedstawiona przez źródło	Źródło
Średni wiek wyjścia z rynku pracy - wiek odejścia, 2007 r	Ten wskaźnik odzwierciedla średni wiek, w jakim aktywnie zawodowo osoby definitywnie wycofują się z rynku pracy. Oblicza się go posługując się modelem prawdopodobieństwa uwzględniającym relatywne zmiany stopnia aktywności zawodowej w danym wieku w poszczególnych okresach rocznych. Wskaźnik aktywności zawodowej przedstawia się roboczą (populację osób zatrudnionych i pozostałych bez pracy) jako odsetek ogólnej populacji w danym wieku. Wskaźnik ten obliczany jest na podstawie Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności UE (EU Labour Force Survey). Badanie to obejmuje całą populację zamieszkującą indywidualnych gospodarstwach domowych. Stosowane definicje uwzględniają zalecenia Międzynarodowego Biura Pracy.	Eurostat (bez daty); OECD (bez daty)
Wydajność pracy na osobę zatrudnioną - PKB wyrażona wg parytetu siły nabywczej na osobę zatrudnioną w relacji do UE-27 (UE-27 = 100), 2009 r	PKB (produkt krajowy brutto) stanowi miernik aktywności gospodarczej. Definiowany jest jako wartość wszystkich wytworzonych towarów i usług pomniejszona o wartość towarów i usług wykorzystanych w celu ich wytworzenia. Celem określenia PKB na osobę zatrudnioną jest ukazanie ogólnego obrazu wydajności gospodarki krajowej w stosunku do średniej unijnej (UE-27). Jeżeli wskaźnik kraju wynosi ponad 100, poziom PKB na osobę zatrudnioną w tym kraju jest wyższy niż średnia unijna. Odwrotna sytuacja ma miejsce w wypadku poziomu niższego niż 100. Wartości bazowe wyrażone są według parytetu siły nabywczej, swego rodzaju „wspólnej waluty” eliminującej różnice poziomu cen w poszczególnych krajach, co umożliwia dokonanie praktycznego porównania ilościowego PKB różnych krajów. Należy zauważyć, że określenie „osoba zatrudniona” swym znaczeniem obejmuje zarówno pracowników zatrudnionych na pełen etat, jak i w niepełnym wymiarze czasu pracy.	Eurostat (bez daty); OECD (bez daty)
Godzinowy koszt pracy, 2007 r	Średni godzinowy koszt pracy, określony jako łączny koszt pracy podzielony przez odpowiednią liczbę przepracowanych godzin.	Eurostat (bez daty)

Zmienna	Definicja - przedstawiona przez źródło	Źródło
<i>Wskaźniki dobrobytu</i>		
PKB na mieszkańca (wg parytetu siły nabywczej), 2008 r	PKB (produkt krajowy brutto) stanowi wskaźnik kondycji gospodarczej państwa. Reprezentuje łączną wartość wszystkich wytworzonych towarów i usług, pomniejszoną o wartość towarów i usług wykorzystanych podczas ich wytwarzania. Wyrażenie PKB w kategoriach parytetu siły nabywczej niweluje różnice poziomu cen istniejące pomiędzy krajami, natomiast kalkulacja per capita umożliwia porównanie gospodarek w znacznym stopniu różniących się pod względem wielkości absolutnej	Eurostat (bez daty)
Wydatki na świadczenia społeczne (% PKB), 2008	Świadczenia społeczne (inne niż transfery społeczne w naturze) wypłacane przez rząd (kod D.62 wg klasyfikacji ESA95) stanowią pieniężne lub rzeczowe transfery na rzecz gospodarstw domowych, których celem jest zwolnienie ich z finansowych ciężarów związanych z pewnymi ryzykami lub potrzebami (przyjmuje się, że są to: choroby, niezdolność do pracy, niepełnosprawność, wypadki przy pracy i choroby zawodowe, podeszły wiek, śmierć rodziców lub opiekunów, macierzyństwo, potrzeby rodzinne, promocja zatrudnienia, bezrobocie, mieszkalnictwo, edukacja i ogólny niedostatek), dokonywane przy pomocy zbiorowych mechanizmów organizacyjnych albo poza takimi mechanizmami przez organy rządowe	Eurostat (bez daty)
Wydatki na opiekę zdrowotną (% PKB), 2008 r	Bieżące wydatki na działania związane z ochroną zdrowia, zasoby ekonomiczne przeznaczone w danym kraju na potrzeby świadczeń i produktów opieki zdrowotnej, w tym administrację i ubezpieczenia. Łączne wydatki na opiekę zdrowotną stanowią sumę wydatków bieżących i wydatków na środki trwale świadczeniodawców.	Eurostat (bez daty)
Zasłki chorobowe/ Świadczenia z tyt. opieki zdrowotnej (odsetek wszystkich świadczeń), 2008 r	Świadczenia społeczne to transfery (pieniężne lub w naturze) dokonywane przy pomocy mechanizmów zabezpieczenia społecznego na rzecz gospodarstw domowych i osób fizycznych w celu zwolnienia ich z ciężarów związanych z określonymi ryzykami lub potrzebami. Takie funkcje (lub ryzyka) to: choroby/opieka zdrowotna, niepełnosprawność, podeszły wiek, śmierć rodziców lub opiekunów, potrzeby rodzinne/związane z wychowaniem dzieci, bezrobocie, mieszkalnictwo, gdzie indziej niesklasyfikowane wykluczenie społeczne	Eurostat (bez daty)

Zmienna	Definicja - przedstawiona przez źródło	Źródło
Świadczenia z tyt. niezdolności do pracy – Świadczenia społeczne wg. funkcji - odsetek wszystkich świadczeń, 2008 r	J.W.	Eurostat (bez daty)
Świadczenia z tyt. bezrobocia – Świadczenia społeczne wg. funkcji - odsetek wszystkich świadczeń, 2008 r	J.W.	Eurostat (bez daty)
Wskaźnik hojności Osterkampa i Röhna	Ten zbiorczy miernik „hojności” systemu opieki społecznej oparty jest na połączeniu siedmiu pojedynczych wskaźników i przybiera wartości z przedziału od 0 do 7, gdzie 7 oznacza najbardziej „hojny” system. Te pojedyncze zmienne to: długość okresu oczekiwania na świadczenia, możliwość zastępowania zaświadczonych świadczeniami, długość okresu otrzymywania świadczeń, długość okresu finansowania świadczeń przez pracodawcę, wielkość udziału pracodawcy w finansowaniu świadczeń, wielkość świadczeń chorobowych i konieczność uzyskania dowodów zewnętrznych.	Osterkamp i Röhn, 2007

Zmienna	Definicja - przedstawiona przez źródło	Źródło
<i>Wskaźniki zdrowotne</i>		
Średnia długość okresu absencji chorobowej w dniach, 2005 r	Mediana liczby dni absencji chorobowej	Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley i Vermeylen, 2007
Absencja chorobowa (%), 2005 r.	Odsetek zgłoszonych absencji chorobowych	Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley i Vermeylen, 2007
Nieefektywna obecność w pracy (%), 2010 r.	Czy pracowałeś będąc chorym w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	Europejskie badanie warunków pracy, 2010
DALY dla MSD, mężczyźni i kobiety	Lata życia skorygowane niesprawnością (DALY) to jednostka często używana w celu oceny stopnia obciążenia chorobą. Zgodnie z definicją DALY przedstawioną przez WHO, jednostka ta obejmuje czas życia z niesprawnością oraz czas życia utracony ze względu na przedwczesny zgon. Wartość DALY równa 1 odpowiada jednemu utraconemu rokowi zdrowego życia.	WHO 2006, 2007
DALY dla RZS	DALY to jednostka często używana w celu oceny stopnia obciążenia chorobą. Zgodnie z definicją DALY przedstawioną przez WHO, jednostka ta obejmuje czas życia z niesprawnością oraz czas życia utracony ze względu na przedwczesny zgon. Wartość DALY równa 1 odpowiada jednemu utraconemu rokowi zdrowego życia.	Lundkvist, Kåstäng i Kobelt, 2008

Zmienna	Definicja - przedstawiona przez źródło	Źródło
Chorobowość bólu pleców, 2005 r.	Odsetek zgłoszonych w badaniu EWCS przypadków związanego z pracą bólu pleców.	Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley i Vermeylen, 2007
Liczba osób z RZS	Przewidywana liczba osób z RZS. Odsetek ten obliczany jest przez podzielenie liczby chorych na RZS przez liczbę osób w populacji, o której mowa w artykule.	Lundkvist, Kåstäng i Kobelt, 2008
Praktykujący reumatolodzy, liczba na 1 000 mieszkańców	Liczba praktykujących reumatologów na 1 000 mieszkańców. Definicja uzyskana w celu uzyskania informacji na temat wskaźnika dostępności reumatologów w poszczególnych krajach, może różnić się w zależności od źródła danych, co utrudnia analizę porównawczą.	Eurostat (bez daty)
Praktykujący lekarze pierwszego kontaktu, liczba na 1 000 mieszkańców, 2005 r.	Liczba praktykujących lekarzy pierwszego kontaktu na 1 000 mieszkańców.	Eurostat (bez daty)

Bibliografia

- Baza danych statystycznych Eurostat (bez daty) [data dostępu: 20 lipca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://ec.europa.eu/eurostat>
- Europejskie badanie warunków pracy 2010. (bez daty) [data dostępu: 20 lipca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index.htm>
- Lundkvist J., Kastäng F. i Kobelt G. (2008): *The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs*. W: *European Journal of Health Economics*, 8 (Suppl 2), s. 49-60.
- OECD, 2009. OECD Fact Book 2009: Economic, Environmental and Social Statistics. [data dostępu: 15 lipca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.sourceoecd.org/rpsv/factbook2009/index.htm>
- Statystyki OECD (bez daty) [data dostępu: 20 lipca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.oecd.org/statsportal>
- Osterkamp R. i Rohn O. (2007): *Being on sick leave: Possible explanations for differences of sick-leave days across countries*. W: *CESifo Economic Studies*, 53, s. 91-114.
- Parent-Thirion A., Fernández Macías E., Hurley J. and Vermeylen G. (2007): *Fourth European Survey on Working Conditions*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards.
- WHO (2006/7). *Highlights on health*. Geneva: WHO.

Wszystkie prawa zastrzeżone. Bez uprzedniej zgody wydawcy niniejsza publikacja nie może być w żadnej części i w żadnej postaci powielana, przekazywana lub zapisywana w systemach wyszukiwania danych, w tym elektronicznie, mechanicznie, w formie fotokopii, nagrania lub w inny sposób. Bez uprzedniej zgody wydawcy publikacja ta nie może stać się przedmiotem użyczenia, odsprzedaży, najmu lub innego rozporządzenia dokonanego w ramach stosunku gospodarczego, w innej postaci, oprawie i okładce niż te, w których została opublikowana.

Informacje na temat uzyskania zgody wydawcy można uzyskać pod adresem nhall@theworkfoundation.com

Obszary naszej działalności:

Badania

Konsulting i doradztwo

Wsparcie merytoryczne inicjatyw politycznych i reprezentacja

Organizacja współpracy partnerskiej

The Work Foundation jest czołową niezależną instytucją zajmującą się pracą i jej przyszłością. Celem działania Fundacji jest poprawianie jakości życia zawodowego i wydajności organizacji. Aby tego dokonać, The Work Foundation przekazuje decydentom, politykom i liderom opinii dane naukowe, porady, nowatorskie idee i organizuje sieci współdziałania.

The Work Foundation jest nazwą, pod którą działa Landec Ltd., podmiot w całości kontrolowany przez Lancaster University.

Data pierwszej publikacji: wrzesień 2011 r

21 Palmer Street

London

SW1H 0AD

Telefon: 020 7976 3553

Strona internetowa: www.theworkfoundation.com

Prace nad raportem współfinansowane były z grantu przekazanego przez firmę Abbott

