



75  
PL

# FACTS

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy

## Choroby mięśniowo-szkieletowe związane z pracą – powrót do pracy Streszczenie

### Wprowadzenie

Choroby mięśniowo-szkieletowe (MSD) są najczęściej spotykanym w Europie problemem zdrowotnym związanym z pracą. W państwach UE-27 jedna czwarta pracowników skarży się na bóle pleców i prawie tyle samo na bóle mięśni<sup>1</sup>. MSD stanowią poważny problem: wpływają na zdrowie poszczególnych pracowników i zwiększają koszty działalności oraz koszty społeczne ponoszone przez firmy i państwa<sup>2</sup>. MSD powodują zakłócenia w pracy, obniżenie produktywności oraz mogą prowadzić do nieobecności z powodu choroby i przewlekłej niezdolności do pracy.

Zwalczanie MSD wymaga podjęcia działań w miejscu pracy. Przede wszystkim konieczne są kroki zapobiegawcze. Jednak w przypadku pracowników, którzy już cierpią na MSD, wyzwaniem jest utrzymanie ich zdolności zatrudnienia, ciągłości wykonywania pracy oraz w miarę potrzeby ponowne ich zintegrowanie w miejscu pracy.

W niniejszym biuletynie przedstawione są główne wnioski z raportu „Powrót do pracy” Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, który koncentruje się na utrzymaniu w pracy, reintegracji i rehabilitacji pracowników cierpiących na MSD. Opracowanie składa się z dwóch części: przeglądu literatury na temat skuteczności działań interwencyjnych dotyczących pracy oraz przeglądu inicjatyw politycznych w Europie i na poziomie międzynarodowym. Kolejny raport Agencji: „MSD związane z pracą: zapobieganie” skupia się na działaniach zapobiegawczych. Nie ma granicy pomiędzy zapobieganiem i rehabilitacją; te dwa raporty się uzupełniają.

### Materiał dowodowy dotyczący działań interwencyjnych

Literatura fachowa wskazuje, że w odniesieniu do oceny skuteczności działań interwencyjnych związanych z pracą, które mają na celu pomóc ludziom w powrocie do aktywności zawodowej, istnieją różnice pomiędzy bólem pleców, kończyn górnych i kończyn dolnych. Główne wnioski przedstawiono poniżej.

Pomimo przeprowadzenia wielu badań dowody na skuteczność działań interwencyjnych są nieco ograniczone. Z takim stanem rzeczy mamy do czynienia zwłaszcza w przypadku objawów dotyczących kończyn górnych.

#### Skuteczność działań interwencyjnych dotyczących pracy

##### Bóle pleców:

- istnieją wyraźne dowody na to, że pacjenci powinni pozostać aktywni i możliwie jak najwcześniej powrócić do wykonywania zwykłych czynności;
- połączenie optymalnego leczenia klinicznego, programu rehabilitacyjnego i działań interwencyjnych w miejscach pracy przynosi lepsze efekty niż oddzielne stosowanie różnych metod;

- multidyscyplinarne podejście zapewnia najbardziej obiecujące rezultaty, jednak konieczne jest zbadanie efektywności tych działań pod względem kosztów;
- tymczasowe zmodyfikowanie zakresu obowiązków zawodowych jest skutecznym działaniem interwencyjnym umożliwiającym powrót do pracy, jeżeli zostanie wprowadzone przy jednoczesnym stosowaniu praktyk dobrego zarządzania w pracy;
- są dowody na skuteczność ćwiczeń ruchowych, zajęć dydaktycznych z fizjoterapii kręgosłupa i terapii behawioralnej;
- podpory lędźwiowe (pasy na kręgosłup) przynoszą efekty w profilaktyce wtórnej.

##### Bóle kończyn górnych:

- najskuteczniejszym działaniem interwencyjnym może być zastosowanie podejścia multidyscyplinarnego z uwzględnieniem aspektu poznawczo-behawioralnego;
- istnieje ograniczona liczba dowodów na skuteczność niektórych technicznych lub mechanicznych działań interwencyjnych i ćwiczeń ruchowych;
- w literaturze naukowej nie ma wystarczających danych pozwalających ocenić skuteczność interwencji psychospołecznych.

##### Bóle kończyn dolnych:

- nie znaleziono żadnych informacji na temat strategii interwencyjnych dotyczących pracy;
- wyniki badań dotyczących leczenia kończyn dolnych ogólnie wskazują, że programy ćwiczeń ruchowych mogą być efektywne w przypadku problemów z biodrami i kolanami.

Prawdopodobnym wytłumaczeniem braku sukcesu w tym zakresie jest fakt, że kryteria jakości stosowane w ocenach naukowych mogą nie mieć zastosowania do często złożonych interwencji podejmowanych w miejscu pracy. Dlatego badania dotyczące udanych działań interwencyjnych mogą nie być ujmowane w ocenach naukowych lub ich jakość może być uznana za zbyt niską. Pomimo braku solidnych dowodów naukowych wiele opisanych powyżej interwencji dotyczących miejsc pracy uznaje się za skuteczne na podstawie obiegowej opinii. **Ocena działań interwencyjnych podejmowanych w miejscu pracy może opierać się na różnych kryteriach.** Obecnie mamy do czynienia z niedostatkami takich kryteriów, jednak **decydenci polityczni i pracodawcy nie powinni rezygnować z podejmowania działań zapobiegawczych wyłącznie dlatego, że brak jest stuprocentowych dowodów naukowych** na ich skuteczność. Ponadto profilaktyka drugiego i trzeciego stopnia powinna być stosowana wraz z profilaktyką podstawową, aby zapobiegać powtarzaniu się przypadków MSD.

<sup>1</sup> Europejska Fundacja na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy. 4. europejskie badanie warunków pracy, 2007. Dostępne na stronie: <http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm>.

<sup>2</sup> Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. Raport tematyczny dotyczący MSD, 2007. W druku.

## Inicjatywy polityczne

W ramach przeglądu polityki państw w tym zakresie zgromadzono informacje ze źródeł europejskich i międzynarodowych, w tym z przepisów prawa krajowego, wytycznych, zaleceń, planów działań, inicjatyw i programów państw członkowskich. Na tej podstawie można wyciągnąć pewne wnioski wstępne:

- w większości przypadków polityka poszczególnych państw członkowskich koncentruje się raczej na integrowaniu ze środowiskiem pracowniczym osób niepełnosprawnych, które nie są obecnie zatrudnione, a nie na utrzymaniu w pracy, reintegracji i rehabilitacji pracowników, którzy nabawili się MSD w pracy. Należy podnieść poziom świadomości w odniesieniu do potrzeb tej grupy docelowej;
- kilka krajów swoją polityką obejmuje ponowną integrację i rehabilitację pracowników po chorobie lub wypadku. Różnice pomiędzy tymi krajami są duże. Poniżej przedstawione są korzystne i niekorzystne aspekty polityki istniejącej w różnych krajach:



Fizjoterapia

Zalety	Wady
Nacisk na wczesne rozpoznawanie problemów i unikanie stanu przewlekłej niezdolności, w tym wspomaganie możliwie najwcześniejszego powrotu ludzi cierpiących na MSD do pracy.	Reintegrację i rehabilitację często oferuje się tylko tym pracownikom, którzy byli ofiarami wypadków przy pracy lub u których zdiagnozowano choroby zawodowe. Zapewnianie pomocy wyłącznie osobom z poważną niepełnosprawnością prowadzi do wykluczenia ludzi cierpiących na lżejsze MSD, z których wielu mogłoby powrócić do pracy po otrzymaniu niewielkiej pomocy lub skorzystaniu z prostych dostosowań w miejscu pracy.
Zapewnianie kompleksowej opieki, w tym rehabilitacji medycznej, zawodowej i społecznej. Podejście multidyscyplinarne – wzmocniona współpraca pomiędzy lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, lekarzem medycyny pracy i doradcą medycznym funduszu ubezpieczeniowego. Usprawniłoby to zarządzanie poszczególnymi przypadkami i umożliwiło wcześniejszy powrót do pracy pracowników cierpiących na MSD.	Obowiązujący w wielu państwach członkowskich bismarckowski system społecznych ubezpieczeń zdrowotnych („system podwójny”) zdecydowanie rozgranicza ubezpieczenie zawodowe i społeczne, co nie jest zgodne z ideą zintegrowanego doradztwa i pomocy pracownikom z problemami zdrowotnymi.
Wprowadzenie zachęt finansowych dla pracowników (takich jak finansowanie dostosowań w miejscu pracy i polepszanie warunków pracy lub obowiązek płacenia pracownikom wynagrodzenia podczas ich choroby) zachęciłoby pracodawcę do zapewnienia rehabilitacji zawodowej, aby ułatwić pracownikowi szybki powrót do pracy.	W państwach, w których są sprzeczne systemy prawne, pracodawcy mogą być niechętnie nastawieni do reintegrowania pracownika z obawy przed pogorszeniem się jego problemu mięśniowo-szkieletowego. Z kolei pracownicy mogą mieć opory przed powrotem do pracy, aby nie wpłynęło to na obniżenie odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu.

- Ze względu na duże obciążenia ekonomiczne i społeczne związane z długotrwałą nieobecnością z powodu choroby odpowiednie wydaje się wprowadzenie modyfikacji (a następnie dokonanie oceny czynników sukcesu) systemów reintegracji i rehabilitacji. W ramce poniżej przedstawiono przykład niemieckiej inicjatywy.

Aby uporać się z rosnącym problemem dotyczącym MSD, **niemiecki rząd** zaczął przenosić obowiązki związane z uczestnictwem osób niepełnosprawnych w pracy z państwa i ubezpieczenia społecznego na pracodawców. Obecnie kładzie się nacisk na wczesne rozpoznawanie i unikanie długotrwałej niezdolności do pracy. Jeżeli pracownik jest niezdolny do pracy przez ponad sześć tygodni w roku, konieczne jest zorganizowanie najpierw spotkania pracodawcy i członka personelu w porozumieniu z radą zakładową, aby na kolejnych etapach możliwe było wypracowanie konstruktywnych

i integracyjnych rozwiązań z ubezpieczycielami. Menedżerowie do spraw niepełnosprawności wspierają pracodawców w ich nowej roli „systemów wczesnego ostrzegania”.

Szczególny nacisk na rehabilitację i reintegrację pracowników jest również częścią nowej strategii Wspólnoty na lata 2007–2012 dotyczącej zdrowia i bezpieczeństwa w pracy. Może ona stać się dla państw członkowskich nowym bodźcem do rozwiązania tej kwestii.

**Dalsze informacje** na temat MSD dostępne są na stronie internetowej: <http://osha.europa.eu/topics/msds>

**Dalsze informacje** na temat problemów mięśniowo – szkieletowych w Polsce są dostępne na stronie internetowej: <http://pl.osha.europa.eu/ew2007>

### Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy

Gran Vía, 33, E-48009 Bilbao  
Tel. (+34) 94 479 43 60, faks (+34) 94 479 43 83  
E-mail: [information@osha.europa.eu](mailto:information@osha.europa.eu)

© Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła informacji. Printed in Belgium, 2007

