

Andrzej Marcinkiewicz¹Jolanta Walusiak-Skorupa²

DOBRE PRAKTYKI W OPIECE PROFILAKTYCZNEJ NAD PRACUJĄCYMI – KWALIFIKACJA UDARU MÓZGU JAKO WYPADKU PRZY PRACY. POTRZEBA PROWADZENIA PREWENCJI WTÓRNEJ U OSÓB POWRACAJĄCYCH DO PRACY PO OSTRYCH INCYDENTACH MÓZGOWO-NACZYNIOWYCH

GOOD PRACTICE IN OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES – CERTIFICATION OF STROKE AS AN ACCIDENT AT WORK.
NEED FOR SECONDARY PREVENTION IN PEOPLE RETURNING TO WORK AFTER ACUTE CEREBROVASCULAR EVENTS

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland

¹ Zakład Epidemiologii Środowiskowej / Department of Environmental Epidemiology² Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii / Department of Occupational Diseases and Toxicology

STRESZCZENIE

Zakwalifikowanie ostrego incydentu naczyniowego, zarówno zawału serca, jak i udaru mózgu, jako wypadku przy pracy, stwarza trudności nie tylko zespołom powypadkowym, ale także konsultującym zdarzenie lekarzom sprawującym opiekę profilaktyczną nad pracownikami, biegłym wydającym opinie sądowno-lekarskie czy w końcu sądom pracy i ubezpieczeń społecznych. W artykule przedstawiono przypadek 41-letniej pracownicy administracyjno-biurowej, która w zakresie czynności zawodowych miała obsługę klientów i przyjmując agresywnego interesanta, doznała silnego stresu. W jego konsekwencji pojawiły się objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (ból głowy, zaburzenia mowy), a w trakcie hospitalizacji rozpoznano niedokrwienny udar mózgu z ustępującą afazją mieszaną. W badaniu rezonansu magnetycznego głowy uwidoczniono podostre zmiany niedokrwienne. Zespół powypadkowy pracodawcy ustalił okoliczności wypadku przy pracy i w konsekwencji uznał, że zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych był wypadkiem przy pracy, ponieważ było to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodującą uraz (udar), które miało związek z pracą. Jako jego przyczynę wskazano silny stres i napięcie nerwowe spowodowane zaistniałą sytuacją podczas obsługi klienta. Po 5 miesiącach, podczas badań kontrolnych pacjentka uzyskała orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy na swoim stanowisku, dzięki czemu mogła wrócić do pracy. Należy zwrócić uwagę, że badania kontrolne u osób powracających do pracy po udarze mózgu powinny obejmować: po pierwsze, holistyczną ocenę predyspozycji zdrowotnych do wykonywania dotychczasowych obowiązków zawodowych, a po drugie, edukację zdrowotną w miejscu pracy, ukierunkowaną na prewencję wtórną dotyczącą ograniczania czynników ryzyka powikłań chorób sercowo-naczyniowych. Med. Pr. 2015;66(4):595–599

Słowa kluczowe: udar mózgu, wypadek przy pracy, czynniki psychosocjalne, stres, praca, obciążenie pracą

ABSTRACT

The classification of an acute vascular episode, both heart infarct and stroke, as an accident at work poses difficulties not only for post accidental teams, but also to occupational health professionals, experts and judges at labor and social insurance courts. This article presents the case of a 41-year-old office worker, whose job involved client services. While attending a very aggressive customer she developed solid stress that resulted in symptoms of the central nervous system (headache, speech disturbances). During her hospitalisation at the neurological unit ischemic stroke with transient mixed type aphasia was diagnosed. Magnetic resonance imaging (MRI) scan of the head revealed subacute ischemia. After an analysis of the accident circumstances, the employer's post accidental team decided that ischemic stroke had been an accident at work, because it was a sudden incident due to an external cause inducing work-related traumatic stroke. As a primary cause tough stress and emotional strain due to the situation developed while attending the customer were acknowledged. During control medical check up after 5 months the patient was found to be fit for work, so she could return to work. However, it should be noted that such a check up examination of subjects returning to work after stroke must be holistic, including the evaluation of job predispositions and health education aimed at secondary prevention of heart and vascular diseases with special reference to their risk factors. Med Pr 2015;66(4):595–599

Key words: stroke, work-related accident, psychosocial risk factors, stress, work, job strain

Autor do korespondencji / Corresponding author: Andrzej Marcinkiewicz, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Zakład Epidemiologii Środowiskowej, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: and.mar@interia.pl
Nadesłano: 18 marca 2015, zatwierdzono: 29 maja 2015

WSTĘP

Decyzja o uznaniu ostrego incydentu naczyniowego (zawału serca czy udaru mózgu) za wypadek przy pracy stwarza trudności nie tylko zespołom powypadkowym, ale także konsultującym zdarzenie lekarzom sprawującym opiekę profilaktyczną nad pracownikami, wydającym opinie sądowo-lekarskie biegłym czy w końcu sądom pracy i ubezpieczeń społecznych [1,2]. Sąd Najwyższy już w 2004 r. zwrócił uwagę, że związane z pracą i spowodowane przyczyną zewnętrzną schorzenie o takim samym rozpoznaniu w jednym przypadku może zostać zakwalifikowane jako nagłe, a w innym – jako pozbawione cechy, która jest warunkiem uznania go za wypadek przy pracy [3]. Kluczowe jest spełnienie wszystkich warunków definicji wypadku przy pracy – musi to być nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą [4].

Osoby opiniujące w budzących wątpliwości przypadkach w głównej mierze opierają się na wyrokach Sądu Najwyższego. Ze względu na medyczny charakter spraw konieczne wydaje się jednak uwzględnienie również publikacji naukowych. W tym celu autorzy niniejszego artykułu przedstawiają poniższy opis przypadku, tym bardziej, że omawiany problem dotyczy kilkuset osób w skali roku [5].

Ponadto analizując wystąpienie udaru mózgu w związku z wykonywaniem czynności służbowych, należy zwrócić uwagę na rolę lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikami. Zgodnie z art. 6, ust. 1, pkt 7 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy do zadań lekarza medycyny pracy należy przeprowadzanie analizy stanu zdrowia pracowników, w tym przyczyn wypadków przy pracy [6]. Zaprezentowany poniżej opis przypadku pokazuje związek przyczynowo-skutkowy udaru mózgu z wykonywanymi czynnościami służbowymi (decydujący o zakwalifikowaniu zdarzenia jako wypadku w pracy). Wskazuje także na potrzebę uwzględnienia w opiece profilaktycznej nad pacjentem po udarze mózgu prewencji wtórnej, ukierunkowanej na zmniejszenie ryzyka kolejnych ostrych incydentów naczyniowych i ich powikłań.

OPIS PRZYPADKU

Przypadek dotyczy 41-letniej pracownicy administracyjno-biurowej, zatrudnionej na stanowisku zastępcy kierownika, która w zakresie czynności zawodowych miała obsługę klientów. We wrześniu 2014 r., przy-

jąc agresywnego interesanta, używającego wobec niej wyzwisk, przekleństw oraz publicznie ją poniżającego i zastraszającego, doznała silnego stresu, którego konsekwencją był silny ból głowy oraz rozwijające się po godzinie od zdarzenia zaburzenia mowy. Kobieta została przewieziona na szpitalny oddział ratunkowy, a następnie hospitalizowana na oddziale neurologii z rozpoznaniem udaru mózgu niedokrwiennego z ustępującą afazją mieszaną, wywołanego przez zator tętnic mózgowych. W opisanym w epikryzie wywiadzie lekarskim nie ujawniono żadnych chorób przewlekłych ani stałego przyjmowania leków.

W trakcie przyjęcia pacjentka była przytomna, w stanie ogólnym dobrym, odnotowano utrudniony kontakt logiczny, spowodowany zaburzeniem mowy o typie afazji czuciowej (nie rozumiała poleceń, na pytania odpowiadała niewłaściwie), oraz parestezje prawej kończyny górnej. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono wyraźnych objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, objawów patologicznych ani zaburzeń czucia i koordynacji. W wykonanym w dniu przyjęcia badaniu tomografii komputerowej głowy w mózgowiu nie stwierdzono zmian ogniskowych ani cech świeżego krwawienia śródczaszkowego. Wyniki przeprowadzonych badań laboratoryjnych, Holtera RR oraz echokardiografii nie były istotnie odchyłone od normy.

Badanie ultrasonograficzne metodą Dopplera tętnic szyjnych, kompleks intima-media grubości do 0,8 mm, nie wykazało cech odcinkowej stenozы ani zaburzeń przepływu. Wykonano dwufazowe badanie rezonansu magnetycznego głowy w obrazach PD, T1- i T2-zależnych oraz w sekwencji DWI i FLAIR, w płaszczyznach poprzecznych, czołowych i strzałkowych. Na lewym pograniczu skroniowo-politycznym uwidoczniono rozległą korową strefę podwyższenia sygnału T2, DWI i FLAIR, z cechami obrzęku zakrętów, bez wzmocnienia kontrastowego – uznane za podostre zmiany niedokrwienne.

U chorej zastosowano leczenie farmakologiczne, uzyskując stopniową poprawę kontaktu z nią. Utrzymywały się jednak problemy z czytaniem oraz okresowe problemy z doborem słów, zwłaszcza po zdenerwowaniu. Pacjentkę wypisano ze szpitala w stanie ogólnym dobrym, neurologicznym stabilnym, z zaleceniem dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

W badaniu kontrolnym przeprowadzonym po 5 miesiącach od incydentu naczyniowo-mózgowego lekarz uprawniony do badań profilaktycznych opisał w karcie badania profilaktycznego przebieg zdarzenia, które doprowadziło do udaru mózgu, dołączył

informację od prowadzącego pacjentkę lekarza neurologa o zakończeniu leczenia ambulatoryjnego oraz wypisał przyjmowane leki. W badaniu podmiotowym lekarz nie odnotował odchyień od normy, nie skrócił terminu kolejnego badania, powtarzając taką samą datę ważności orzeczenia jaką ustalono podczas poprzednich badań okresowych. Tym samym orzekł brak przeciwwskazań do powrotu do pracy.

Dwa miesiące od opisanego powyżej incydentu (w związku z brakiem możliwości wcześniejszego złożenia wyjaśnień przez poszkodowanego w wymaganym terminie 14 dni) zespół powypadkowy pracodawcy ustalił okoliczności wypadku przy pracy. Jako jego przyczynę wskazał silny stres i napięcie nerwowe spowodowane zaistniałą sytuacją. W protokole ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy opisany przypadek, którego skutkiem był, wywołany przez zator tętnic mózgowych, niedokrwienny udar mózgu z ustępującą afazją mieszaną, uznano za wypadek przy pracy. Jako uzasadnienie podano, że było to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz (udar), które miało związek z pracą. We wnioskach i zaleceniach profilaktycznych wskazano omówienie zaistniałego zdarzenia na naradzie roboczej i regularne przeprowadzanie szkoleń dotyczących bezpośrednich kontaktów z pacjentami.

OMÓWIENIE

W 2011 r. stwierdzono w Polsce 97 223 wypadki przy pracy [5]. W przeprowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych analizie czynności wykonywanych przez poszkodowanego w chwili wypadku wskazano, że przyczyną 1582 wypadków była sama obecność w miejscu zdarzenia [5]. Stanowi to 1,6% wszystkich wypadków (dla porównania: poruszanie się – 35,1%, operowanie przedmiotami – 16,3%, transport ręczny – 14,6%). Przyjęto przy tym, że sama czynność wykonywana w czasie wypadku nie musi bezpośrednio powodować zdarzenia wypadkowego, jednak przy uwzględnieniu innych parametrów stanowi ona jeden z kluczowych elementów całej sekwencji zdarzeń, składających się na wypadek przy pracy.

W przypadku obecności w miejscu zdarzenia za sytuacje bezpośrednio powodujące uraz uznano uderzenie przez obiekt w ruchu lub przez obiekt spadający (odpowiednio: 639 i 246 przypadków) oraz – co szczególnie istotne w odniesieniu do niniejszej publikacji – przejaw agresji ze strony człowieka lub zwierzęcia (339 przypadków, co stanowiło 0,3% wszystkich wy-

padków stwierdzonych w Polsce w 2011 r.) [5]. Za akty agresji w miejscu pracy uważa się wszystkie sytuacje, w których pracownik jest obrażany, zastraszany lub atakowany w okolicznościach związanych z pracą, stanowiące wprost lub pośrednio zagrożenie jego bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia i zdrowia [7], a tym samym stwarzające ryzyko rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego w postaci zespołu stresu ostrego lub zespołu stresu pourazowego [8].

Dane z literatury przedmiotu wskazują, że skutkiem narażenia na silny stres zawodowy są ostre incydenty sercowo-naczyniowe, przede wszystkim choroby niedokrwienne serca [1,9,10]. Głównym zagadnieniem, które interesuje autorów niniejszej publikacji, jest związek stresu zawodowego z udarem mózgu, ale w tym przypadku dane literaturowe są niejednoznaczne. W badaniu Torén i wsp. wskazano narażenie na zawodowy stres psychospołeczny jako czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca, natomiast nie zaobserwowano takiego związku z ryzykiem udaru mózgu [11]. W pracy przeglądowej dotyczącej roli czynników zawodowych w genezie udaru Jakobsson i wsp. podkreślili potrzebę prowadzenia dalszych badań ze względu na ograniczone informacje o poziomach ekspozycji czynników ryzyka w miejscu pracy [12].

Z innej strony w literaturze przedmiotu można znaleźć wyniki wielu badań, które wskazują na związek między zwiększonym ryzykiem udaru mózgu a pracą charakteryzującą się dużym obciążeniem psychospołecznym i niewystarczającym poziomem kontroli pracy [13–18].

W odniesieniu do przypadku opisywanego w niniejszej publikacji szczególną uwagę warto zwrócić na wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Fransson i wsp. [19] na podstawie badań 196 380 mężczyzn i kobiet z 14 krajów europejskich. Autorzy ryzyko (skorygowane o wiek i płeć) udaru niedokrwiennego mózgu dla pracy stresującej w porównaniu z pracą niezwiązaną z tym obciążeniem oszacowali na 1,24 (95% przedział ufności (confidence interval – CI): 1,05–1,47), udaru krwotocznego – 1,01 (95% CI: 0,75–1,36), a dla udarów bez względu na mechanizm – 1,09 (95% CI: 0,94–1,26) [19].

Jeśli weźmie się pod uwagę powyższe dane, które wskazują, że stres w miejscu pracy zwiększa ryzyko wystąpienia udaru niedokrwiennego o 20%, cytowana publikacja [19] może uzasadniać słuszność zakwalifikowania opisanego incydentu jako wypadku przy pracy. Nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną, powodującym uraz lub śmierć, które

nastąpiło w związku z pracą, był udar niedokrwienny spowodowany silnym stresem. Wynikał on z agresywnego zachowania klienta obsługiwanego w ramach obowiązków służbowych.

Nawiązując do postulowanej na wstępie potrzeby realizowania prewencji wtórnej w ramach opieki profilaktycznej nad pracownikami, należy przytoczyć pracę Ntsiea i wsp. [2]. Autorzy podkreślali w niej udowodnioną skuteczność realizowanych w miejscu pracy programów interwencyjnych ukierunkowanych na aktywizację zawodową osób po udarach. Programy te są oparte na ocenie predyspozycji zdrowotnych do pracy oraz ocenie ryzyka zawodowego występującego na konkretnym stanowisku [20].

Również Ferrario podkreśla celowość podejmowania działań prewencyjnych w miejscu pracy [21]. Z jednej strony powinny być one ukierunkowane na jednostkę, w tym na rozwój umiejętności indywidualnego radzenia sobie ze stresem, a z drugiej na działania zmierzające do poprawy organizacji pracy i relacji międzyludzkich. Yusuf wskazuje przy tym na konieczność ponownej edukacji lekarzy w zakresie ich podejścia do wtórnej prewencji, szczególnie związanej ze stosowaniem leków zapobiegających kolejnym incydentom naczyniowo-mózgowym [22].

WNIOSKI

1. Dane literaturowe i zaprezentowany opis przypadku potwierdzają, że niedokrwienny udar mózgu wywołany ostrym stresem zawodowym jest podstawą do uznania tego udaru za wypadek przy pracy.
2. Badania kontrolne u osób powracających do pracy po udarze mózgu powinny spełniać podwójną rolę. Powinny obejmować: po pierwsze, holistyczną ocenę predyspozycji zdrowotnych do wykonywania dotychczasowych obowiązków zawodowych, po drugie – edukację zdrowotną w miejscu pracy, ukierunkowaną na prewencję wtórną dotyczącą ograniczania czynników ryzyka powikłań chorób sercowo-naczyniowych. Edukacja ta szczególnie powinna uwzględniać stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich, w tym kontrolowanie parametrów choroby i przyjmowanie leków.

PIŚMIENNICTWO

1. Wiśniewski S., Kordel K., Olasińska-Wiśniewska A., Wiśniewska-Śliwińska H., Marcinkowski J.: Znaczenie czynnika stresowego w rozwoju ostrych incydentów sercowo-naczyniowych – problemy opiniodawcze. *Orzeczn. Lek.* 2010;7(2):113–119
2. Szozda R., Procek M.: Zawał serca jako wypadek przy pracy – problem medyczno-prawny. *Med. Pr.* 2002;53(3): 273–277
3. Orzeczenie Sądu Najwyższego – wyrok z dnia 15 marca 2004 r., sygn. akt II UK 381/03
4. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. *DzU* z 2009 r. nr 167, poz. 1322 z późn. zm.
5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych: Analiza przyczyn i skutków wypadków przy pracy w latach 2008–2011 ze szczególnym uwzględnieniem obszarów (rodzaje przedsięwzięć, zawody, czynności wykonywane na stanowiskach pracy), w których wypadki przy pracy powodują największe straty ekonomiczne i społeczne oraz określenie rekomendacji dotyczących działań prewencyjnych [cytowany 2 marca 2015]. Adres: http://www.zus.pl/files/dpir/Wypadki_przy_pracy_analiza.pdf. Pracownia Badań i Doradztwa, Poznań 2012
6. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. *DzU* z 2014 r., poz. 1184
7. Wynne R.N., Clarkin N., Cox T., Griffiths A.: Guidance on the prevention of violence at work. Draft report. European Commission, Luksemburg 1997
8. Drabek M., Merecz D., Mościcka A.: Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług. *Med. Pr.* 2007;58(4):299–306
9. Kivimäki M., Nyberg S.T., Batty G.D., Fransson E.I., Heikkilä K., Alfredsson L. i wsp.: IPD-work consortium. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012;380:1491–1497, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60994-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5)
10. Slopen N., Glynn R.J., Buring J.E., Lewis T.T., Williams D.R., Albert M.A.: Job strain, job insecurity, and incident cardiovascular disease in the Women's Health Study: Results from a 10-year prospective study. *PLoS One* 2012;7:e40512, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0040512>
11. Torén K., Schiöler L., Giang W.K., Novak M., Söderberg M., Rosengren A.: A longitudinal general population-based study of job strain and risk for coronary heart disease and stroke in Swedish men. *BMJ Open* 2014;4(3):e004355, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004355>
12. Jakobsson K., Gustavsson P.: Occupational exposure and stroke – A critical review of shift work, and work-related psychosocial risk factors. *Occup. Environ. Med.* 2014;71, Supl. 1:A100–A101, <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2014-102362.315>

13. O'Donnell M.J., Xavier D., Liu L., Zhang H., Chin S.L., Rao-Melacini P. i wsp.: Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the Interstroke study): A case-control study. *Lancet* 2010;376:112–123, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60834-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60834-3)
14. Kivimäki M., Gimeno D., Ferrie J.E., Batty G.D., Oksanen T., Jokela M. i wsp.: Socioeconomic position, psychosocial work environment and cerebrovascular disease among women: The Finnish public sector study. *Int. J. Epidemiol.* 2009;38:1265–1271, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyn373>
15. Tsutsumi A., Kayaba K., Kario K., Ishikawa S.: Prospective study on occupational stress and risk of stroke. *Arch. Int. Med.* 2009;169:56–61, <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2008.503>
16. Toivanen S.: Job control and the risk of incident stroke in the working population in Sweden. *Scand. J. Work Environ. Health* 2008;34:40–47, <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1196>
17. Kuper H., Adami H.O., Theorell T., Weiderpass E.: The socioeconomic gradient in the incidence of stroke: A prospective study in middle-aged women in Sweden. *Stroke* 2007;38:27–33, <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000251805.47370.91>
18. André-Petersson L., Engström G., Hedblad B., Janzon L., Rosvall M.: Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men. *Soc. Sci. Med.* 2007;64:830–841, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.10.020>
19. Fransson E.I., Nyberg S.T., Heikkilä K., Alfredsson L., Bjorner J.B., Borritz M. i wsp.: Job strain and the risk of stroke: An individual-participant data meta-analysis. *Stroke* 2015;46(2):557–559, <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.008019>
20. Ntsiea M., van Aswegen H., Lord S., Olorunju S.: The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: A randomised controlled trial. *Clin. Rehabil.* 2014;10, <http://dx.doi.org/10.1177/0269215514554241>
21. Ferrario M.M.: Job strain and cardiovascular diseases: Epidemiologic evidence and prevention. *G. Ital. Med. Lav. Ergon.* 2012;34, Supl. 3:166–169
22. Yusuf S., Islam S., Chow C.K., Rangarajan S., Dagenais G., Diaz R. i wsp.: Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): A prospective epidemiological survey. *Lancet* 2011;378:1231–124, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61215-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61215-4)