

Elżbieta Cwynar<sup>1</sup>  
Maria Kosińska<sup>1</sup>  
Martyna Tomczyk-Socha<sup>2</sup>

## ANALIZA ZGŁOSZEŃ PODEJRZENIA CHOROBY WYWOŁANYCH SPOSOBEM WYKONYWANIA PRACY W KONTEKŚCIE PATOLOGII UZNANYCH ZA CHOROBY ZAWODOWE

ANALYSIS OF NOTIFICATIONS OF SUSPICIONS OF DISEASES CAUSED BY THE WAY THE JOB  
IS PERFORMED IN THE CONTEXT OF PATHOLOGIES REGARDED AS OCCUPATIONAL DISEASES

<sup>1</sup> Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Oddział Jelenia Góra / Regional Centre of Occupational Medicine,  
Branch of Jelenia Góra, Wrocław, Poland

<sup>2</sup> Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy / Regional Centre of Occupational Medicine, Wrocław, Poland

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** W doniesieniu przedstawiono obserwowany w ostatnich latach w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy (DWOMP) we Wrocławiu wzrost liczby zgłoszeń podejrzenia chorób wywołanych sposobem wykonywania pracy. Problem orzecznicy wynika z uznawania tego typu schorzeń za choroby zawodowe tylko w przypadku 1/3 zgłoszeń. **Materiał i metody:** Do opracowania wykorzystano dane statystyczne dotyczące zgłoszeń podejrzenia chorób zawodowych złożone w oddziałach DWOMP we Wrocławiu w latach 2006–2011 oraz orzeczeń lekarskich wydanych w Poradniach Chorób Zawodowych (PChZ) oddziałów DWOMP. Analizie poddano ponad 700 zgłoszeń podejrzenia przewlekłej choroby zawodowej układu ruchu oraz przewlekłej choroby obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy, z uwzględnieniem płci, wieku i sposobu wykonywania pracy. Na podstawie analizy wydanych orzeczeń lekarskich opisano procedury orzekania i rozpoznawania choroby zawodowej. **Wyniki:** Analiza zebranych danych wykazała znaczny wzrost procentowego udziału zgłoszeń podejrzeń chorób wynikających ze sposobu wykonywania pracy w DWOMP we Wrocławiu w latach 2006–2011. Jednocześnie wykazano, że tylko około 1/3 zgłaszanych podejrzeń kończyło się orzeczeniem lekarskim o rozpoznaniu choroby zawodowej i wydaniem decyzji administracyjnej o jej stwierdzeniu. **Wnioski:** Wyniki badania wskazują na problemy orzecznicze przy stwierdzaniu chorób zawodowych w odniesieniu do chorób wywołanych sposobem wykonywania pracy. Problemy te są wieloznaczne z uwagi na udział czynników pozazawodowych w etiopatogenezie tego typu schorzeń. Med. Pr. 2013;64(3):387–396

**Słowa kluczowe:** choroby zawodowe, sposób wykonywania pracy, orzecznictwo

### ABSTRACT

**Background:** In this report the increase in the number of notifications of suspicions of diseases caused by the way the job is performed, observed recently in the Regional Center of Occupational Medicine in Wrocław, is highlighted. The problem stems from the recognition of medical certification of such diseases as occupational diseases only in one third of all notifications of suspicions. **Material and Methods:** The case study was based on statistical data concerning notifications of suspected occupational diseases collected in the Branches of the Regional Center of Occupational Medicine in Wrocław in the years 2006–2011, as well as on medical certificates issued by the Center's Out-patient Clinics of Occupational Diseases. More than 700 reports of suspected chronic occupational diseases of the musculoskeletal system and chronic diseases of the peripheral nervous system caused by the way the job is performed were analyzed, taking into account gender, age and how the work had been done. On the basis of the analysis of medical certificates issued by physicians, decision-making procedures and the recognition of occupational disease certification are discussed. **Results:** The analysis of the data collected in the Regional Center of Occupational Medicine, Wrocław, in the years 2006–2011 showed a significant increase in the percentage of notifications of suspicions of diseases caused by the way the job is performed. At the same time it was shown that only about one third of reported suspicions were concluded with issuing medical certification of an occupational disease and the administrative confirmation of the decision. **Conclusions:** The results of the study revealed significant certification problems in the group of diseases caused by the way the job is performed in terms of the recognition of this type of pathology as an occupational disease. These issues are ambiguous because of a large number of non-occupational factors involved in the pathogenesis of these diseases. Med Pr 2013;64(3):387–396

**Key words:** occupational diseases, the way the job is performed, jurisdiction

Adres 1. autorki: Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy we Wrocławiu, Oddział Jelenia Góra,  
ul. Groszowa 1, 58-500 Jelenia Góra, e-mail: womp.jg@womp.wroc.pl  
Nadesłano: 21 maja 2013, zatwierdzono: 3 lipca 2013

## WPROWADZENIE

W ostatnich latach obserwuje się w Polsce wzrost liczby chorób zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy. Związane jest to z wprowadzaniem i rozwojem nowych technologii, nowych gałęzi przemysłu i postępowaniem cywilizacyjnym. Nowoczesne technologie wymuszają określoną organizację przestrzeni pracy i systemu jej wykonywania. Często pracownik chcący uzyskać większą wydajność zmuszony jest dostosować się do warunków zastanych na stanowisku pracy. Przy niewielkich, często nieuchwytnych nawet anomaliach ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, przy braku kontroli czy niedostatecznej kontroli warunków pracy, problemach psychospołecznych w środowisku pracy, wystąpić mogą dolegliwości ze strony układu ruchu. Z jego funkcjonowaniem ściśle związana jest sprawność obwodowego układu nerwowego. W zależności od cech indywidualnych, rodzaju, wielkości obciążeń statycznych i dynamicznych oraz czynników psychospołecznych może dojść do adaptacji lub zaburzeń funkcjonowania tych układów (1). Przekłada się to na problemy kliniczne i społeczny wzrost liczby chorób zawodowych wynikających ze sposobu wykonywania pracy.

W 2010 r. stwierdzono w Polsce 2933 przypadki chorób zawodowych. W porównaniu z 2009 r. liczba ta spadła o 213 przypadków, tj. o 6,8%. Jednocześnie odnotowano wzrost liczby stwierdzanych przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego (ze 161 do 194 przypadków) oraz przewlekłych chorób układu ruchu (z 110 do 131) (2). W 2009 r. w porównaniu z 2008 r. zanotowano wzrost przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego o 0,6%. Jednocześnie ogólna liczba nowo stwierdzanych chorób zawodowych spadła o 400 przypadków (3).

Analiza zgłoszeń dotyczących podejrzenia chorób zawodowych w DWOMP we Wrocławiu w latach 2006–2011 pokazuje skalę zgłaszalności schorzeń wywołanych sposobem wykonywania pracy jako potencjalnych chorób zawodowych oraz problemy orzecznicze związane z ustaleniem związku przyczynowego choroby z warunkami pracy. Mowa tu o dwóch typach schorzeń wywołanych sposobem wykonywania pracy wymienionych w obowiązującym wykazie chorób zawodowych – przewlekłych chorobach układu ruchu i przewlekłych chorobach obwodowego układu nerwowego (4). W toku procesu orzeczniczego przy ustalaniu związku przyczynowego choroby z warunkami pracy obserwowano istotną różnicę między liczbą zgłoszeń podejrzeń wyżej

wymienionych patologii zawodowych a liczbą orzeczeń o rozpoznaniu choroby zawodowej w tych przypadkach.

Celem niniejszego artykułu jest analiza zaobserwowanego zjawiska, wyjaśnienie przyczyn wskazanych rozbieżności oraz wykazanie potrzeby wdrożenia działań profilaktycznych w odniesieniu do chorób zawodowych wynikających ze sposobu wykonywania pracy. Mała liczba orzeczeń o rozpoznaniu choroby zawodowej w porównaniu z liczbą zgłoszeń jej podejrzenia nie zmniejsza skali problemu, ponieważ dolegliwości ze strony narządu ruchu są jedną z głównych przyczyn czasowej i trwałej niezdolności do pracy.

## MATERIAŁ I METODY

Podstawowe dane liczbowe zebrano w oddziałach DWOMP we Wrocławiu, które dysponują statystyką dotyczącą zgłoszeń podejrzenia chorób zawodowych. Przeprowadzono analizę takich zgłoszeń z lat 2006–2011 dotyczących chorób zawodowych związanych ze sposobem wykonywania pracy, tj. przewlekłych chorób układu ruchu oraz przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego w odniesieniu do płci, wieku oraz sposobu wykonywania pracy.

Analizując procesy orzecznicze, brano pod uwagę, kto zgłaszał podejrzenie choroby zawodowej oraz na podstawie jakich badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych formułowano wnioski orzecznicze. Sprawdzano także, w jakim stopniu na wnioski orzecznicze wpływała ocena warunków pracy i ocena zgromadzonej dokumentacji medycznej. Źródłem omawianych danych były orzeczenia lekarskie wydawane na zakończenie procesu orzeczniczego w PChZ DWOMP we Wrocławiu.

Procedura orzekania i rozpoznawania chorób zawodowych opiera się na Ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy i Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (5,6). Podstawą rozpoczęcia procedury orzeczniczej w PChZ DWOMP we Wrocławiu było skierowanie na badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej. Z analizy zarejestrowanych ponad 700 zgłoszeń podejrzenia chorób zawodowych wynika, że skierowania te pochodziły od lekarzy profilaktyków, lekarzy leczących (lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści: neurologzy, ortopedzi) oraz państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

Wszyscy pacjenci PChZ byli badani przez lekarza medycyny pracy, następnie na zlecenie lekarza orzekającego kierowani na badania dodatkowe i konsultacje specjalistyczne u neurologa oraz w znacznej części

przypadków u ortopedy. W procesie orzeczniczym w Poradni Chorób Zawodowych gromadzona była dokumentacja medyczna i dane o narażeniu zawodowym. Dane dotyczące oceny warunków pracy, w tym dane dotyczące sposobu wykonywania pracy, pozyskiwano z kart oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej.

## WYNIKI I OMÓWIENIE

Procentowa analiza zgłoszeń podejrzenia choroby zawodowej do DWOMP we Wrocławiu w latach 2006–2011 ukazała skalę problemów orzeczniczych w odniesieniu do schorzeń wywołanych sposobem wykonywania pracy. W omawianym okresie można było zaobserwować znaczny wzrost liczby zgłoszeń podejrzenia choroby zawodowej w grupie schorzeń narządu ruchu. Dotyczyło to zwłaszcza przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego, wśród których przeważał zespół cieśni nadgarstka (jedynie 10% rozpatrywanych zgłoszeń dotyczyło innych chorób tego układu). Wśród przewlekłych chorób układu ruchu dominowały: przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej (71 przypadków, tj. 34% zgłoszeń dotyczących chorób tego układu), przewlekłe zapalenie okołostawowe barku (57 zgłoszeń, 27%) oraz przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki (44 zgłoszeń, 20%).

Dane statystyczne dotyczące zgłoszeń podejrzenia schorzeń wynikających ze sposobu wykonywania

pracy, zgromadzone w latach 2006–2011 w DWOMP we Wrocławiu, przedstawiono w tabeli 1. Szczególne tempo wzrostu odnotowano w roku 2008 w odniesieniu do przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego.

### Podmioty zgłaszające podejrzenie chorób zawodowych wynikających ze sposobu wykonywania pracy

W przypadku przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego ich podejrzenie w 69% przypadków zgłaszał lekarz (w tym 57,7% lekarz profilaktyk, a w 11,3% lekarz prowadzący – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, neurolog, ortopeda). W 31% przypadków postępowanie orzecznicze podejmowano na wniosek państwowego powiatowego inspektora sanitarnego po zgłoszeniu podejrzenia choroby zawodowej przez pracownika, a częściej – byłego pracownika (tab. 2).

W przypadku przewlekłych chorób układu ruchu szczególnie analizowano zgłoszenia dotyczące podejrzenia 3 jednostek chorobowych – przewlekłego zapalenia nadkłykcia kości ramiennej, przewlekłego zapalenia okołostawowego barku oraz przewlekłego zapalenia ścięgna i jego pochewki. Najczęściej proces orzeczniczy w PChZ wszczynano na wniosek lekarza profilaktyka, ale też w dużym procencie na wniosek państwowego powiatowego inspektora sanitarnego (po zgłoszeniu podejrzenia przez byłego pracownika) (tab. 3–5).

**Tabela 1.** Podejrzenia przewlekłych chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego zgłoszone w latach 2006–2011  
**Table 1.** Suspected chronic diseases of the locomotor and peripheral nervous systems reported in 2006–2011

Choroby zawodowe Occupational diseases	Podejrzenia zgłoszone w kolejnych latach Suspicions reported in subsequent years [n]					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Przewlekłe choroby układu ruchu / Chronic diseases of the locomotor system	29	26	39	37	43	37
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego / Diseases of the peripheral nervous system	28	51	114	96	99	105

**Tabela 2.** Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego – według podmiotu zgłaszającego  
**Table 2.** Chronic diseases of peripheral nervous system by the reporting entity

Zmienna Variable	Zgłaszający Reporting entity [n (%)]		
	lekarz profilaktyk physician specialized in prophylaxis	lekarz leczący attending physician	inspektor sanitarny sanitary inspector
Podejrzenie / Suspicion	286 (57,7)	56 (11,3)	153 (31,0)
Rozpoznanie / Diagnosis	105 (69,0)	14 (9,2)	33 (21,8)

**Tabela 3.** Przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej – według podmiotu zgłaszającego  
**Table 3.** Chronic inflammation of the epicondyle of the humerus by the reporting entity

Zmienna Variable	Zgłaszający Reporting entity [n (%)]		
	lekarz profilaktyk physician specialized in prophylaxis	lekarz leczący attending physician	inspektor sanitarny sanitary inspector
Podejrzenie / Suspicion	42 (59,2)	8 (11,3)	21 (29,5)
Rozpoznanie / Diagnosis	23 (69,7)	3 (9,0)	7 (21,3)

**Tabela 4.** Przewlekłe zapalenie okołostawowe barku – według podmiotu zgłaszającego  
**Table 4.** Chronic periarticular inflammation of the shoulder by the reporting entity

Zmienna Variable	Zgłaszający Reporting entity [n (%)]		
	lekarz profilaktyk physician specialized in prophylaxis	lekarz leczący attending physician	inspektor sanitarny sanitary inspector
Podejrzenie / Suspicion	28 (49,1)	5 (8,8)	24 (42,1)
Rozpoznanie / Diagnosis	12 (60,0)	1 (5,0)	7 (35,0)

**Tabela 5.** Przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki – według podmiotu zgłaszającego  
**Table 5.** Chronic inflammation of the tendon and its sheath by the reporting entity

Zmienna Variable	Zgłaszający Reporting entity [n (%)]		
	lekarz profilaktyk physician specialized in prophylaxis	lekarz leczący attending physician	inspektor sanitarny sanitary inspector
Podejrzenie / Suspicion	20 (45,5)	6 (13,6)	18 (40,9)
Rozpoznanie / Diagnosis	11 (64,7)	2 (11,8)	4 (23,5)

W grupie przewlekłych chorób układu ruchu obserwowano głównie wzrost liczby zgłoszeń podejrzenia chorób zawodowych w przypadku przewlekłego zapalenia nadkłykcia kości ramiennej. W latach 2008–2010 rejestrowano rocznie 15–16 zgłoszeń tej jednostki chorobowej jako choroby zawodowej, czyli więcej niż w roku 2006 (9 zgłoszeń) i 2007 (7 zgłoszeń).

W analizowanym okresie (2006–2011) w 59,2% przypadków podejrzenie zgłaszał lekarz profilaktyk, a w 29,5% – państwowy powiatowy inspektor sanitarny.

Drugą najczęściej zgłaszaną jako choroba zawodowa jednostką chorobową z grupy chorób układu ruchu było przewlekłe zapalenie okołostawowe barku. W kolejnych latach zgłoszenia utrzymywały się na poziomie 9–10. Najczęściej zgłoszeń dokonywali lekarze (57,9%), w tym lekarze profilaktycy (49,1%), mniej – państwowy powiatowy inspektor sanitarny (42,1%).

Trzecią jednostką chorobową, w odniesieniu do której zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej utrzymywały się na stosunkowo wysokim poziomie przez cały analizowany okres ze wzrostem w latach 2009–2011, było przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki. W latach 2006–2008 rejestrowano 5–6 zgłoszeń, a w latach 2009–2011 – 9–10 zgłoszeń podejrzenia choroby zawodowej w odniesieniu do tego schorzenia. W 45,5% zgłosili je lekarze profilaktycy, a w 40,9% – państwowy powiatowy inspektor sanitarny.

#### **Podejrzenia chorób zawodowych wynikających ze sposobu wykonywania pracy – zgłoszenia w zależności od płci**

Analiza zebranych danych pod kątem płci pracowników oraz byłych pracowników zgłaszających się do PChZ wykazała, że wśród osób z podejrzeniem

chorób zawodowych z grupy przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego przeważały kobiety. W 2006 r. dotyczyło ich 71,5% zgłoszeń, w 2009 – 88%, a w 2011 – 91,4% (tab. 6).

W grupie osób zgłaszających się z chorobami o charakterze przewlekłych chorób układu ruchu również przeważały kobiety, ale w mniejszym stopniu. W 2006 r. zgłoszenia kobiet stanowiły 48,3%, w 2009 – 78,4%, a w 2011 r. – 59,5% (tab. 7).

#### Wiek osób, których dotyczyły zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej wynikającej ze sposobu wykonywania pracy

Z podejrzeniem choroby zawodowej z grupy przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego najliczniej zgłaszali się do PChZ pracownicy w wie-

ku 40–59 lat (w roku 2006 – 89,3%, 2008 – 80,7%, 2009 – 96%, 2011 – 89,2%), czyli osoby w wieku produkcyjnym (tab. 8).

Podobnie było w przypadku podejrzenia choroby zawodowej z grupy przewlekłych chorób układu ruchu – w kolejnych analizowanych latach również zgłaszały się głównie osoby w wieku produkcyjnym. W 2006 r. pracownicy w wieku 40–59 lat stanowili 51,7%, w 2008 – 97,4%, 2010 – 74,4%, a w 2011 – 86,4% (tab. 9).

#### Ocena narażenia zawodowego i wpływu sposobu wykonywania pracy na rozwój przewlekłych chorób zawodowych narządu ruchu

Do rozwoju chorób układu mięśniowo-szkieletowego może przyczyniać się wiele czynników związanych ze sposobem wykonywania pracy – pojedynczych lub

**Tabela 6.** Podejrzenie przewlekłej choroby obwodowego układu nerwowego – według płci  
**Table 6.** Suspected chronic diseases of the peripheral nervous system by gender

Płeć Gender	Badani Respondents [n (%)]					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mężczyźni / Males	8 (28,5)	13 (25,5)	16 (14,0)	12 (12,0)	8 (8,0)	9 (8,6)
Kobiety / Females	20 (71,5)	38 (74,5)	98 (86,0)	87 (88,0)	91 (92,0)	96 (91,4)

**Tabela 7.** Podejrzenie przewlekłej choroby układu ruchu – według płci  
**Table 7.** Suspected chronic diseases of the locomotor system by gender

Płeć Gender	Badani Respondents [n (%)]					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mężczyźni / Males	15 (51,7)	14 (53,9)	10 (25,6)	8 (21,6)	16 (37,0)	15 (40,5)
Kobiety / Females	14 (48,3)	12 (46,1)	29 (74,4)	29 (78,4)	27 (62,8)	22 (59,5)

**Tabela 8.** Podejrzenie przewlekłej choroby obwodowego układu nerwowego – według wieku badanych  
**Table 8.** Suspected chronic diseases of the peripheral nervous system by age

Wiek [w latach] Age [years]	Badani Respondents [n (%)]					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
≤ 39	3 (10,7)	9 (17,6)	16 (14,0)	3 (3,0)	9 (9,1)	8 (7,6)
40–49	9 (32,1)	16 (31,4)	29 (25,4)	43 (43,5)	29 (29,3)	29 (27,6)
50–59	16 (57,2)	23 (45,0)	63 (55,3)	52 (52,5)	58 (58,6)	65 (61,9)
≥ 60	0	3 (6,0)	6 (5,3)	1 (1,0)	3 (3,0)	3 (2,9)



**Tabela 9.** Podejrzenie przewlekłej choroby układu ruchu – według wieku badanych  
**Table 9.** Suspected chronic diseases of the locomotor system by age

Wiek [w latach] Age [years]	Badani Respondents [n (%)]					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
≤ 39	6 (20,7)	1 (3,8)	1 (2,56)	2 (5,4)	2 (4,7)	0
40–49	6 (20,7)	10 (38,5)	16 (41,0)	18 (48,7)	9 (20,9)	11 (29,7)
50–59	9 (31,0)	8 (30,8)	22 (56,4)	16 (43,2)	23 (53,5)	21 (56,7)
≥ 60	8 (27,6)	7 (26,9)	0	1 (2,7)	9 (20,9)	5 (13,6)

działających łącznie. Duży wpływ mają czynności typowe dla procesu produkcyjnego, które obciążają określone struktury układu ruchu w obrębie kończyn górnych, dolnych i kręgosłupa (7).

#### Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego

Do PChZ DWOMP z podejrzeniem przewlekłej choroby obwodowego układu nerwowego zgłaszali się pracownicy fizyczni wykonujący następujące zawody: zdobnik szkła, szlifierz szkła, monter zespołów elektrycznych, malarz ceramiki, przewijacz przędzy, snowacz nawijacz, monter skalowacz nitowacz, operator obrabiarki, kucharz, piekarz, pomoc kuchenna, pomoc apteczna, kasjer, sprzedawca, szef kuchni, sprzątac, magazynier, technik dentystyczny, mechanik samochodowy i kierowca wózka podnośnikowego.

Przy ocenie narażenia zawodowego uwzględniano opis i rodzaj pozycji ciała, w jakiej wykonywana była praca, monotypię ruchów i stopień obciążenia wysiłkiem fizycznym (7).

Najczęściej podejrzenie choroby zawodowej w tej grupie schorzeń dotyczyło zespołu cieśni w obrębie nadgarstka, dlatego badaną populację pracowników oceniano szczególnie z uwzględnieniem tej patologii zawodowej. Najlicniejszą grupę wśród badanej populacji stanowili pracownicy, u których sposób wykonywania pracy wymuszał monotypowość i rytmiczność ruchów zginania i prostowania nadgarstka, nawracania i odwracania oraz ruchy chwytne palcami (7).

Odrębną, mniej liczną grupę stanowili pracownicy fizyczni, u których w trakcie postępowania orzeczniczego, po ocenie danych o narażeniu zawodowym, nie stwierdzono jednoznacznie określonych czynności zawodowych wymuszających wykonywanie przez pracownika ruchów monotypowych ze szczególnym obciążeniem stawów nadgarstkowych.

Drugą z analizowanych grup byli pracownicy umysłowi. Do PChZ DWOMP zgłaszały się z niej osoby wykonujące następujące zawody: referent, księgowy, specjalista, sekretarka, rejestratorka medyczna, dysponent w zespole obsługi, pracownik administracyjno-biurowy, doradca klienta, specjalista-dyrektor, koordynator-dyrektor, nauczyciel-kierownik internatu, referent-kierownik Urzędu Stanu Cywilnego i kierownik działu organizacji. W ww. grupie analizowano wpływ intensywności pracy z wykorzystaniem komputera oraz rodzaju innych wykonywanych czynności wynikających z charakteru pracy na rozwój zespołu cieśni nadgarstka.

#### Przewlekłe choroby układu ruchu

Z podejrzeniami choroby zawodowej z tej grupy schorzeń zgłaszali się: szlifierz remontowy, tokarz, wiertacz otworów, ślusarz, kierowca wózka podnośnikowego, kierowca samochodu ciężarowego, sprzedawca, magazynier, sanitariusz, sprzątaczką, listonosz, kucharz, piekarz, salowa, mechanik samochodowy i kierowca. Rejestrowano również pracowników umysłowych: referenta, głównego księgowego, kierownika zaopatrzenia i sekretarkę medyczną.

Oceniając wpływ narażenia zawodowego w tej grupie pracowników, uwzględniano rodzaj jednostki chorobowej, której dotyczyło zgłoszenie. Dominowały dwa schorzenia – przewlekłe zapalenie okołostawowe barku i przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej. Mniej liczne zgłoszenia dotyczyły przewlekłego zapalenia ścięgna i jego pochewki.

Najlicniejszą grupą byli pracownicy, u których sposób wykonywania pracy wymagał podnoszenia i ruchów rotacji wewnętrznej kończyny górnej czy ręcznego podnoszenia ciężkich przedmiotów (zgłoszenia przewlekłego zapalenia okołostawowego barku), wielokrotne powtarzanie ruchów prostowania i rotacji w kończynie górnej (zgłoszenia przewlekłego zapalenia

nadkłykcia kości ramiennej), powtarzalnych ruchów, odwodzenia kciuka, łokciowego odchylenia nadgarstka, ruchów mocnego chwytu przedmiotów palcami I i II, połączonego z odchyleniem ręki (zgłoszenia przewlekłego zapalenie ścięgna i jego pochewki) (5).

### Liczba zgłoszeń podejrzenia choroby zawodowej vs liczba jej rozpoznań i orzeczeń

Każdy przypadek podejrzenia choroby zawodowej wymaga przeprowadzenia diagnostyki w PChZ w kierunku rozpoznania choroby zawodowej. Na zakończenie wydawane jest orzeczenie lekarskie, na którego podstawie wydawana jest decyzja administracyjna inspektora sanitarnego o stwierdzeniu choroby zawodowej.

W każdym przypadku w PChZ DWOMP we Wrocławiu szczegółowo analizowano i oceniano narażenie zawodowe zgłaszającego się pracownika na podstawie karty oceny narażenia zawodowego sporządzonej przez pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub przedstawiciela pracodawcy. W karcie znajduje się opis stanowiska pracy i sposób jej wykonywania. W analizie narażenia zawodowego odnoszono się do czasu narażenia z uwzględnieniem chronometrażu i rodzaju wykonywanych czynności zawodowych. W części przypadków w toku ustalania rozpoznania choroby zawodowej informacje o narażeniu zawodowym uzupełniano po wizytacji stanowiska pracy przeprowadzonej przez lekarza orzekającego lub lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikiem.

W każdym przypadku orzeczniczym analizowano dane z dokumentacji medycznej, wywiad chorobowy dotyczący klinicznego obrazu schorzenia oraz wyniki badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych wykonanych dla celów orzecznicznych. Dla schorzeń wywołanych sposobem wykonywania pracy okres wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych upoważniających do rozpoznania choroby zawodowej mimo wcześniejszego zakończenia narażenia zawodowego wynosi rok, dlatego szczególnie ważna w procesie orzeczniczym jest analiza całości dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji badań profilaktycznych. Każdy pacjent po badaniu przeprowadzonym przez lekarza specjalistę medycyny pracy, orzekającego w PChZ, był kierowany na badania specjalistyczne u lekarza neurologa i w większości przypadków także ortopedy. W przypadku orzekania o chorobie zawodowej w odniesieniu do zespołu cieśni nadgarstka lub zespołu rowka nerwu łokciowego w Pracowni Elektrofizjologii DWOMP we Wrocławiu wykonywano badanie elektromiograficzne (EMG) nerwów pośrodkowych i łokciowych.

W przypadku zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej z grupy przewlekłych chorób układu ruchu w przeważającej liczbie przypadków wykonywano badanie ultrasonograficzne odpowiednich stawów, ścięgien i kaletek.

W celu wykluczenia pozazawodowych przyczyn schorzeń wywołanych sposobem wykonywania pracy zlecano dodatkowe badania laboratoryjne – poziom hormonu tyreotropowego (thyroid stimulating hormone – TSH), morfologię, OB lub białko C-reaktywne (C reactive protein – CRP), czynnik reumatoidalny (rheumatoid factor – RF), kwas moczowy, poziom glukozy, cholesterol. Wielokrotnie wykonywano też dodatkowe badania obrazowe – badanie rentgenowskie kręgosłupa szyjnego lub rąk.

Analizując stosunek liczby zgłaszanych podejrzeń do liczby stwierdzonych chorób zawodowych w przypadku przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego, wykazano, że około 1/3 zgłoszeń kończyło się orzeczeniem lekarskim o rozpoznaniu choroby zawodowej i wydaniem decyzji administracyjnej o stwierdzeniu choroby zawodowej. W 2006 r. na 28 zgłoszeń podejrzenia choroby zawodowej wydano 7 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, czyli dotyczyły one 25% zgłoszeń. W 2007 r. było to 35,2%, 2010 r. – 39,3%, a w 2011 – 29,5% (tab. 10).

Podobne proporcje zaobserwowano w grupie przewlekłych chorób układu ruchu. W 2006 r. na 28 zgło-

**Tabela 10.** Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego – udział przypadków stwierdzonych wśród zgłoszonych podejrzeń  
**Table 10.** Chronic diseases of the peripheral nervous system – the proportion of suspected cases reported and confirmed

Zmienna Variable	Badani Respondents [n (%)]					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Podejrzenie / Suspected	28 (100)	51 (100)	114 (100)	96 (100)	99 (100)	105 (100)
Stwierdzenie / Confirmed	7 (25,0)	18 (35,2)	15 (13,2)	42 (43,7)	39 (39,3)	31 (29,5)

szeń dotyczących podejrzenia choroby zawodowej z tej grupy schorzeń wydano 7 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, czyli 24,1% zgłoszeń zakończyło się wydaniem decyzji administracyjnej o stwierdzeniu choroby zawodowej. W 2009 r. było to 32,4%, 2010 – 46,5%, a w 2011 – 40,5% (tab. 11).

Przedstawione dane pokazują znaczącą różnicę między liczbą zgłoszeń podejrzenia patologii zawodowej spowodowanej sposobem wykonywania pracy a liczbą orzeczeń choroby zawodowej w DWOMP we Wrocławiu.

tła schorzenia z grupy przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego w 239 (70%) przypadkach dotyczyły one diagnozy lekarskiej, w tym w 92 (27%) przypadkach na obserwowaną neuropatię nerwu pośrodkowego nałożyły się opisane wyżej schorzenia o etiologii pozazawodowej. W pozostałych 147 (43%) przypadkach nie było patologicznych zmian w badaniu EMG lub były one niewielkie.

W przypadku schorzeń z grupy przewlekłych chorób układu ruchu zastrzeżenia co do diagnozy lekar-

**Tabela 11.** Przewlekłe choroby układu ruchu – udział przypadków stwierdzonych wśród zgłoszonych podejrzeń  
**Table 11.** Chronic diseases of the locomotor system – the proportion of suspected cases reported and confirmed

Zmienne Variable	Badani Respondents [n (%)]					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Podejrzenie / Suspected	29 (100)	26 (100)	39 (100)	37 (100)	43 (100)	37 (100)
Stwierdzenie / Confirmed	7 (24,1)	7 (26,9)	13 (33,3)	12 (32,4)	20 (46,5)	15 (40,5)

### Trudności orzecznicze w odniesieniu do chorób wywołanych sposobem wykonywania pracy z uwagi na wpływ czynników pozazawodowych (zakłócających)

Analiza danych i wniosków zawartych w orzeczeniach lekarskich pozwala zauważyć, że największa trudność w stwierdzaniu istnienia podstaw do rozpoznania choroby zawodowej w przypadku omawianych schorzeń wynikała z ich wieloczynnikowej etiologii. Trudności dotyczyły szczególnie przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego. W przypadku neuropatii obwodowej, takiej jak zaburzenia przewodnictwa nerwowego w zakresie nerwów pośrodkowych, uwzględniano to, że znamienne częściej występuje ona u kobiet, zwłaszcza w wieku 45–54 lata. Jeśli oprócz zespołu cieśni nadgarstka u pacjentki stwierdzano pozazawodowy czynnik ryzyka – niedoczynność tarczycy, cukrzycę, otyłość, zaburzenia hormonalne okresu okołomenopauzalnego, hipercholesterolemię, choroby tkanki łącznej, np. reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie tkanek miękkich nadgarstka – wpływał on na decyzję orzeczniczą lekarza o rozpoznaniu lub nierozpoznaniu choroby zawodowej (8,9).

Podobne znaczenie przy podejmowaniu decyzji orzeczniczych miało stwierdzenie u zgłaszającego się pracownika objawów chorobowych ze strony układu ruchu – zmian zwyrodnieniowych, dyskopatycznych i przebytych urazów. Zastrzeżenia co do zawodowego

skiej odnotowano w 88 (64%) przypadkach. W zastrzeżeniach wskazywano na pozazawodową przyczynę zgłaszanych dolegliwości, w rozpoznaniu wskazując głównie na zmiany zwyrodnieniowe lub następstwo przebytych urazów.

Schorzenie rozpoznawane obustronnie przy konkretnym obciążeniu jednostronnym w sposobie wykonywania pracy lub schorzenie o niewielkim nasileniu zmian wykazywanych w badaniach dodatkowych często stanowiły o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej mimo potwierdzonego narażenia zawodowego.

W części przypadków decydujące znaczenie miała ocena dokumentacji medycznej – brak udokumentowanych objawów chorobowych i dowodów leczenia w określonym prawnie okresie nie upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej. W przypadku przewlekłych chorób układu nerwowego odnotowano 35 (10%) takich zgłoszeń, a w odniesieniu do przewlekłych chorób układu ruchu – 10 (7%).

Problemy orzecznicze odnotowano także w odniesieniu do schorzeń przebytych w okresie zatrudnienia, które zostały wyleczone (farmakologicznie lub operacyjnie). W postępowaniu orzeczniczym przypadki te traktowano niejednoznacznie wobec braku klinicznych objawów choroby, przy czym częściej orzekano o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej.



Co do oceny warunków pracy i sposobu jej wykonywania, każdy przypadek rozpatrywano indywidualnie z uwzględnieniem okresu narażenia. W ocenie tej powoływano się głównie na dane z karty oceny narażenia zawodowego, sporządzanej przez pracodawcę lub Państwową Inspekcję Sanitarną. Uzupełnieniem oceny narażenia zawodowego w przypadku niektórych aktualnie zatrudnionych osób była ocena lekarza orzekającego lub lekarza profilaktyka wystawiana po wizytacji stanowiska pracy. Ocena narażenia zawodowego miała szczególny wpływ na decyzje orzecznicze dotyczące związku przyczynowego schorzenia z warunkami pracy w sytuacjach, w których na długi i niewątpliwie uciążliwy sposób wykonywania pracy nakładały się czynniki pozazawodowe. Zastrzeżenia co do warunków pracy w przypadku rozpatrywania zawodowego podłoża choroby z grupy przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego dotyczyły 141 (41%) przypadków, a w grupie przewlekłych chorób układu ruchu – 35 (26%) przypadków.

Często w zastrzeżeniach co do zawodowego tła zgłoszonej choroby powoływano się łącznie na wszystkie omówione wyżej czynniki, które świadczą o pozazawodowej etiologii schorzenia.

## OMÓWIENIE

Przedstawiona analiza procesu orzeczniczego dotyczącego schorzeń wynikających ze sposobu wykonywania pracy wykazuje złożoność tego procesu. Z jednej strony trudności w diagnostyce tego rodzaju chorób zawodowych powoduje brak swoistości wielu objawów klinicznych, brak swoistości zakresu badań, brak udokumentowanego przebiegu choroby, a szczególnie jej dynamiki w okresie zatrudnienia i po przerwaniu narażenia w dostępnej dokumentacji medycznej, w tym w dokumentacji badań profilaktycznych. Rodzi to pytanie, czy dostateczny jest zakres badań diagnostycznych już na etapie badań profilaktycznych (7). W przypadku oceny narażenia zawodowego byłego pracownika nie ma możliwości uzyskania obiektywnych danych, ponieważ opisy stanowisk pracy w kartach oceny narażenia zawodowego są często bardzo ogólne. Rola lekarza profilaktyka jest szczególnie ważna w prowadzeniu rzetelnej dokumentacji medycznej z badań profilaktycznych oraz wizytowaniu stanowiska pracy. Analizując skierowania lekarzy profilaktyków zgłaszających najwięcej podejrzeń chorób zawodowych, nie można oprzeć się wrażeniu, że nie mają oni dostatecznej wiedzy na temat czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia w zakładach, nad którymi sprawują opiekę. W wyni-

ku tego nie potrafią ocenić związku objawów chorobowych zgłaszanych przez pracownika z narażeniem zawodowym (9).

Należy również zastanowić się nad rolą lekarza orzekającego – głównie nad jego nadmierną ostrożnością przy ustalaniu zawodowego podłoża stwierdzonej patologii oraz nad brakiem standardów orzeczniczych. Brak standardów wydaje się mieć znaczenie zwłaszcza przy ocenie przypadków o niewielkim nasileniu zmian patologicznych czy ze zmianami rozpoznawanymi obustronnie. Wobec istotnej roli czynników pozazawodowych w etiopatogenezie tego typu schorzeń lekarz orzekający jest zobowiązany do przeprowadzenia rozpoznania różnicowego. Końcowe wnioski orzecznicze zależą bowiem od wnikliwości lekarza przy poszukiwaniu czynników ryzyka określonego rodzaju patologii w środowisku pracy.

## WNIOSKI

1. Orzekanie w przypadku chorób zawodowych wywołanych sposobem wykonywania pracy jest złożonym procesem. Mimo wzrostu liczby zgłoszeń podejrzenia przewlekłych schorzeń narządu ruchu jako chorób wywołanych sposobem wykonywania pracy tylko w przypadku 1/3 zgłoszeń potwierdzono ich zawodową etiologię.
2. Analiza procesu orzeczniczego nie dała jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, co jest przyczyną znaczących rozbieżności między liczbą zgłoszeń podejrzenia chorób zawodowych a liczbą stwierdzonych chorób zawodowych. Uzasadnia to potrzebę podjęcia dyskusji o standardach orzeczniczych i zakresie badań diagnostycznych niezbędnych przy ocenie chorób zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy.
3. Oprócz całej złożoności problemu, w tym wpływu czynników zawodowych i pozazawodowych na obserwowany wzrost liczby przewlekłych schorzeń narządu ruchu, ważne jest zagadnienie profilaktyki i jej zasadności. Wzrost zgłaszalności podejrzenia schorzeń wywołanych sposobem wykonywania pracy w populacji osób w wieku produkcyjnym (40–59 lat) pokazuje, że mimo niewielkiej liczby wydanych w ich przypadku orzeczeń o chorobie zawodowej, należy dostrzegać wagę problemu. Brak profilaktyki może spowodować, że schorzenia o niewielkim stopniu nasilenia zmian będą się rozwijać. Istotną rolę w tym zakresie ma lekarz medycyny pracy, któ-

ry w ramach udzielanych świadczeń sprawuje opiekę profilaktyczną nad pracownikami danego zakładu i oceniając zagrożenia występujące na stanowisku pracy, potrafi określić związek zgłaszanych dolegliwości z warunkami pracy.

4. Ważny jest racjonalny dobór kandydatów do pracy, która może stwarzać określone zagrożenia zdrowotne. Konieczna jest ocena, czy fizyczne i psychiczne cechy kandydata do pracy umożliwiają mu wykonywanie pracy w danych warunkach, bez ryzyka wystąpienia niekorzystnych zmian w stanie jego zdrowia. Systematyczne przeprowadzane badania okresowe powinny służyć ocenie dynamiki zmian w stanie zdrowia pracownika (10).
5. W czasach szybkiego rozwoju technologii problemem jest brak postępu w zapewnianiu pracownikom właściwej profilaktyki technicznej (projektowanie stanowisk pracy i organizowanie pracy w sposób zapewniający odpowiednią ochronę pracownika) oraz brak rozwiązań spełniających wymogi ergonomii na stanowiskach pracy (uwzględniających rodzaj i charakter wykonywanych czynności zawodowych, odpowiednią organizację pracy). W ocenie sposobu wykonywania pracy szczególnie ważna jest dokładna ocena charakterystyki stanowiska pracy z uwzględnieniem zasad ergonomii oraz przekonanie pracodawcy o zasadności stosowania środków ochrony i ergonomicznych rozwiązań na stanowisku pracy (11).

## PIŚMIENNICTWO

1. Krawczyk-Szulc P., Makowiec-Dąbrowska T., Wągrowaska-Koski E., Jóźwiak Z., Kowalik D.: Kompleksowy program profilaktyczny w zakresie zapobiegania chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy. Raport z realizacji zadania 1. Badania i analizy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2010, s. 12
2. Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Sobala W., Drózd D.: Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2010 r. *Med. Pr.* 2011;62(4):347–357
3. Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Sobala W.: Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2009 r. *Med. Pr.* 2010;61(4):369–379
4. Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. Wykaz chorób zawodowych wraz z okresem, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym. *DzU z 2009 r. nr 105, poz. 869*
5. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. *DzU z 1974 r. nr 24, poz. 141*
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych. *DzU z 2009 r. nr 105, poz. 869*
7. Krawczyk-Szulc P., Wągrowaska-Koski E. [red.]: Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2010
8. Seror P., Seror R.: Prevalence of obesity and obesity as a risk factor in patients with severe median nerve lesion at the wrist. *Joint Bone Spine.* 2013 Apr 5. pii: S1297-319X (13)00054-7
9. Zyluk A.: Czy zespół kanału nadgarstka jest chorobą zawodową? *Przegląd piśmiennictwa. Pol. Orthop. Traumatol.* 2013;27(78):121–126
10. Krawczyk-Szulc P., Makowiec-Dąbrowska T., Wągrowaska-Koski E., Jóźwiak Z., Kowalik D.: Kompleksowy program profilaktyczny w zakresie zapobiegania chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy. Raport z realizacji zadania 1. Badania i analizy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2010, ss. 53–56
11. Walusiak-Skorupa J., Lipińska-Ojrzanowska A.: Nie tylko badania profilaktyczne. Zadania służby medycyny pracy w opiece profilaktycznej nad pracownikami. *Praca Zdr.* 2011;(2):34–36