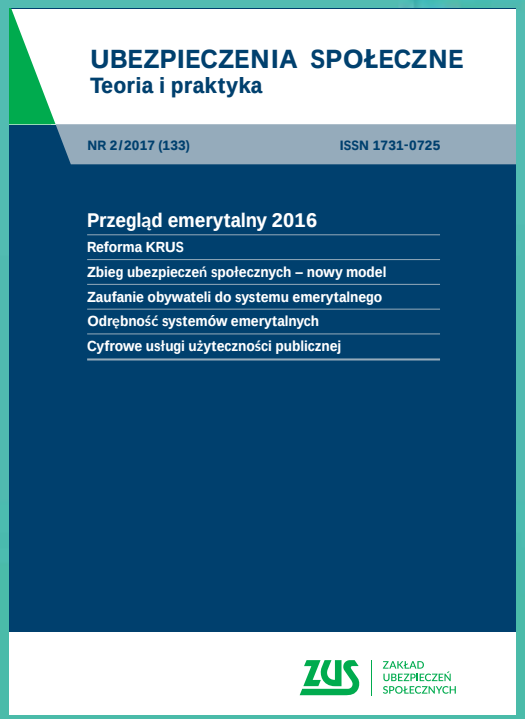
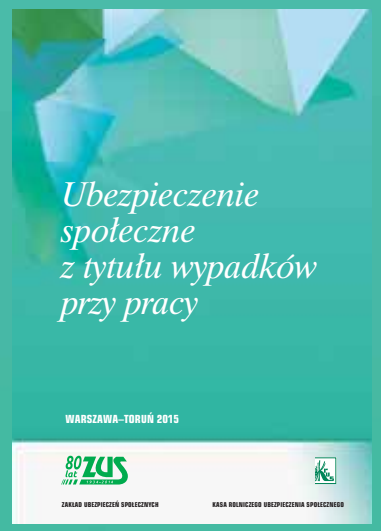
WYDAWNICTWA NAUKOWE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH



Kwartalnik **„Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”** przeznaczony jest przede wszystkim dla pracowników nauki, praktyków, kadry dydaktycznej wyższych uczelni i studentów, działaczy społecznych, pracowników administracji publicznej, samorządowej, socjalnej i biur pracy, a także dla tych, którym bliskie są zagadnienia ubezpieczeń społecznych, zabezpieczenia społecznego czy polityki społecznej oraz osób chcących poszerzyć swoją wiedzę w tym zakresie.

Czasopismo jest dostępne na stronie **www.zus.pl**.



Pełna lista publikacji na odwrocie

WARSZAWA 2017

20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

WARSZAWA 2017

ZUS ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

WYDAWNICTWA NAUKOWE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Publikacje pokonferencyjne

„Upowszechnianie wiedzy i edukacja w zakresie ubezpieczeń społecznych”
(Kraków, 24 czerwca 2013 r.)

wspólnie z Polskim Stowarzyszeniem Ubezpieczenia Społecznego

„Ryzyko starości – problemy zabezpieczenia”
(Kraków, 27–29 września 2007 r.)

„Procedury w ubezpieczeniach emerytalnym i rentowych”
(Gniezno, 25–26 września 2008 r.)

„Dziesięć lat reformy emerytalnej w Polsce”
(Kudowa-Zdrój, 17–18 września 2009 r.)

„Ubezpieczenia chorobowe”
(Iwonicz-Zdrój, 16–17 września 2010 r.)

„Ewolucja ubezpieczeń społecznych w okresie transformacji ustrojowej”
(Bydgoszcz, 14–16 września 2011 r.)

„Wiek emerytalny”
(Kazimierz Dolny, 4–5 września 2012 r.)

„Ubezpieczenie społeczne – dawniej i dziś”
(Wrocław, 4–5 kwietnia 2013 r.)

„Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym”
(Chorzów, 19–20 września 2013 r.)

„Składki na ubezpieczenie społeczne”
(Poznań, 25–26 września 2014 r.)

„Świadczenia z ubezpieczenia społecznego na rzecz rodziny.
Ochrona interesów rodziny po stracie żywiciela w prawie ubezpieczeń społecznych”
(Jodłowa, 9–11 września 2015 r.)

„Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne”
(Radom, 20 listopada 2015 r.)

wspólnie z Katolickim Uniwersytetem Lubelskim

„Systemy ubezpieczeń społecznych – między solidaryzmem a indywidualizmem”
(Lublin, 3–4 kwietnia 2014 r.)

wspólnie z International Social Security Association

„Wyzwania XXI wieku a systemy emerytalne”
(Gdańsk, 5–6 czerwca 2014 r.)

wspólnie z Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

„Ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy”
(Toruń, 20–21 listopada 2014 r.)

Monografie

„Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”,
Warszawa 2014

Ariel Przybyłowicz „Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec”,
Warszawa 2017

Publikacje są dostępne na stronie **www.zus.pl**.

20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

WARSZAWA 2017

Projekt graficzny
MARCIN WYSOCKI

Redakcja
ALICJA KASZYŃSKA
DOROTA ŚRUTOWSKA

Korekta techniczna
MAŁGORZATA MOTYL
EWA WOJTCZAK

Łamanie
MARZENA KOSTROWIECKA

ISBN 978-83-948669-2-1

Skład: Poligrafia ZUS Warszawa. Nakł. 500 egz. Zam. nr 218/18

Spis treści

Rehabilitacja w zabezpieczeniu społecznym niepełnosprawności. 20-lecie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS
prof. dr hab. n. med. ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA *5*

Od rozpaczy do afirmacji życia
PIOTR PAWŁOWSKI *15*

20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS
MAŁGORZATA NIETOPIEL *29*

Rola lekarza orzecznika w procesie orzekania o potrzebie rehabilitacji leczniczej
PIOTR ARTUR WINCIUNAS *65*

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna (KRK)
prof. dr hab. n. med. RYSZARD PIOTROWICZ *75*

Głos jako element komunikacji międzyludzkiej
dr hab. n. med. AGATA SZKIEŁKOWSKA *83*

Rehabilitacja w onkologii – zbędny luksus czy konieczność?
prof. dr hab. MAREK WOŹNIEWSKI *91*

Problem depresji w chorobie nowotworowej
dr n. med. MARIOLA KOSOWICZ *111*

prof. dr hab. n. med.
ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA

Rehabilitacja w zabezpieczeniu społecznym niepełnosprawności. 20-lecie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

NACZELNY LEKARZ ZUS W LATACH 1989–2003
PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

1. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny i charakteru, może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe albo trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej (niepełnosprawność, niesamodzielność) (por. tabela 1).

Tabela 1. Relacja między chorobą, urazem a niepełnosprawnością i niesamodzielnością

Choroba	→ Wyzdrowienie	
Wypadek	→ Niepełnosprawność	→ Niesamodzielność
Uraz	→ Zgon	

Źródło: opracowanie własne

Od zarania dziejów ludzie chorowali lub ulegali wypadkom i część z nich stawała się w następstwie tych zdarzeń osobami kalekimi. Wraz z upływem lat zmieniało się określenie tego stanu upośledzenia funkcjonowania człowieka spowodowanego uszkodzeniem – w różnym stopniu – narządów i układów organizmu w wyniku chorób i urazów. Pod koniec XIX wieku przyjęto termin inwalidztwo, a od lat osiemdziesiątych XX wieku zaczęto określać ten stan upośledzenia funkcjonalnego w następstwie chorób lub urazów jako niepełnosprawność.

Według Światowej Organizacji Zdrowia niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym u człowieka za normalny. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, całkowicie lub częściowo, zapewnić sobie samodzielnego, normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych lub psychicznych.

W 1994 roku Europejskie Forum Niepełnosprawności zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których – z powodu występujących u niej uszkodzeń – nie może przezwyciężyć w taki sposób jak inni ludzie. Bariery te zbyt często są wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa, do którego zadań powinno należeć ich zmniejszanie, eliminowanie lub kompensowanie, tak aby każdy człowiek mógł korzystać z dóbr publicznych. Jednocześnie społeczeństwo powinno respektować prawa i przywileje osób niepełnosprawnych.

Tabela 2. Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce w 2014 roku

Stopień niepełnosprawności	Liczba osób w tysiącach
Ogółem	3801,5
Znaczny	1062,8
Umiarkowany	1581,8
Lekki	962,9
Nie orzekano stopnia (dzieci do 16 lat)	194,0

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, GUS 2016

Tabela 3. Częstość występowania niepełnosprawności w 2014 roku w Polsce wg wieku i województw

Województwa	Osoby niepełnosprawne					
	ogółem	0–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat i więcej
	w odsetkach danej grupy wieku					
Ogółem	12,9	3,7	3,7	6,7	20,6	42,0
Dolnośląskie	12,8	4,4	4,8	4,0	20,1	45,2
Kujawsko-pomorskie	13,3	3,6	3,8	5,7	23,0	44,3
Lubelskie	13,9	5,6	1,6	8,3	20,7	46,5
Lubuskie	17,2	5,5	5,4	8,8	30,2	51,3
Łódzkie	15,7	4,7	5,0	8,0	22,1	50,8
Małopolskie	12,0	1,4	1,6	4,9	21,1	47,8
Mazowieckie	10,1	2,8	2,9	6,8	14,4	32,1
Opolskie	10,7	4,7	4,6	4,6	13,1	39,8
Podkarpackie	12,0	3,2	3,2	7,1	20,8	36,9
Podlaskie	12,6	1,4	4,0	5,8	18,5	46,4
Pomorskie	14,3	3,8	5,7	7,3	24,5	45,6
Śląskie	13,1	4,2	3,6	8,0	19,1	39,2
Świętokrzyskie	13,7	3,7	1,9	7,4	21,5	42,9
Warmińsko-mazurskie	14,7	4,6	4,0	8,5	25,9	44,6
Wielkopolskie	11,9	2,0	3,0	7,0	22,0	36,9
Zachodniopomorskie	15,1	8,0	7,3	5,6	24,4	44,1

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, GUS 2016

2. ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE

System zabezpieczenia społecznego jest szczególnie istotną dziedziną polityki społecznej. Jest on określony w aktach prawnych ONZ, MOP, WHO, Rady Europy i Unii Europejskiej.

System ten ma związek z bezpieczeństwem socjalnym, które zajmuje czołowe miejsce wśród wartości i potrzeb ludzkich. Bezpieczeństwo socjalne jest jednym z podstawowych praw obywatelskich i społecznych. Potrzeba bezpieczeństwa socjalnego istnieje przed wystąpieniem zdarzeń losowych i ich skutków. Dobrze funkcjonujący system zabezpieczenia społecznego wyzwala człowieka od strachu przed skutkami ryzyk społecznych, a co za tym idzie, stwarza też więcej przestrzeni dla aktywności zawodowej, gospodarczej, społecznej i politycznej.

Zabezpieczenie społeczne osób, które utraciły zdolność do pracy w następstwie chorób lub urazów, a tym samym do utrzymywania się z własnych zarobków, jest jedną z najważniejszych funkcji państwa.

Tabela 4. Zabezpieczenie społeczne w razie choroby i jej następstw

<table>
<tr><th rowspan="2">Urodzenia</th><th>Zdrowie</th><th>Sprawność</th><th>Samodzielność</th><th rowspan="2">Zgony</th></tr>
<tr><th>Choroba</th><th>Niepełnosprawność</th><th>Niesamodzielność</th></tr>
<tr><td rowspan="2">– zasiłek macierzyński
– „becikowe” (ZUS, KRUS, budżet państwa, pracodawca)</td><td>– prewencja
– diagnostyka
– leczenie (NFZ)</td><td rowspan="2">– renty z tytułu:
• niezdolność do pracy (ZUS)
• całkowitej niezdolności do pracy rolniczej (KRUS)
• niezdolności do służby (MON, MSWiA, MS)
– renty socjalne
– renty inwalidów wojennych i kombatantów (budżet państwa)</td><td rowspan="2">– dodatek pielęgnacyjny (ZUS, KRUS, budżet państwa)</td><td rowspan="2">– zasiłek pogrzebowy</td></tr>
<tr><td>– zasiłki chorobowe
– świadczenia rehabilitacyjne</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">rehabilitacja (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON)</td></tr>
</table>

Źródło: opracowanie własne

Bardzo istotne znaczenie dla zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy, a co za tym idzie – wydatków na świadczenia rentowe, ma możliwość poddania ubezpieczonych rehabilitacji. W większości systemów zabezpieczenia społecznego na świecie priorytetowe znaczenie ma **wykorzystanie, przed przyznaniem świadczenia rentowego, wszelkich działań z zakresu rehabilitacji kompleksowej, zmierzających do przywrócenia zdolności do pracy zarobkowej lub znacznego poprawienia tej zdolności**.

Konwencja nr 128 MOP z 1967 roku przewiduje świadczenie pieniężne (rentę inwalidzką) jako świadczenie podstawowe (art. 10), ale stanowi również,

że **każde państwo członkowskie związane konwencją powinno świadczyć usługi rehabilitacyjne mające na celu przygotowanie inwalidów – w każdym przypadku gdy jest to możliwe – do powrotu do poprzednio wykonywanej pracy lub do innej pracy, która odpowiada ich najlepszym uzdolnieniom. Każde państwo członkowskie powinno także podjąć wszelkie środki, które ułatwią inwalidom podjęcie pracy**.

Rozporządzenie Rady Europy nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 roku również stosuje się do świadczeń z tytułu inwalidztwa, łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększaniu zdolności do zarobkowania.

Inwalidztwo cechuje więc utrata zdolności do pracy, najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego, z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu. Powoduje to ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, **a więc konieczna jest nie tylko rekompensata utraconych dochodów z pracy, ale także rehabilitacja zawodowa i społeczna**.

3. HISTORIA REHABILITACJI NA ŚWIECIE

Historia rehabilitacji

- Czasy pierwotne – osoby kalekie stanowiły obciążenie dla reszty społeczeństwa, w wielu krajach porzucano je, bez względu na to, jaki los je czekał.
- 2698 rok p.n.e. – stosowanie w Chinach ćwiczeń wolnych i oddechowych.
- IV wiek p.n.e. – Diokles z Karystos zalecał ćwiczenia i ruch.
- IV wiek p.n.e. – Hipokrates, dzieło *O chirurgii*: „Należy pamiętać, że ćwiczenia wzmacniają, a nieczynność osłabia ciało".
- Średniowiecze – wojna i jej skutki stanowiły najsilniejszy bodziec rozwoju chirurgii i rehabilitacji.
- XVI wiek – Ambroży Paré po amputacji kończyny stosował rehabilitację, zaopatrywał chorego w drewnianą protezę i zwalniał do domu, gdy pacjent nauczył się chodzić.
- 1798 rok – Philippe Pinel wprowadził leczenie usprawniające w psychiatrii; uznał, że: „bodźce w postaci ruchu i ćwiczeń połączonych z pracą lub rozrywką powstrzymują chorych psychicznie od bezsensownego chodzenia, dają zdrowe zmęczenie i ożywczy sen".

Historia rehabilitacji w XX wieku

- 1918 rok – wprowadzenie pojęcia „rehabilitacja" przez Douglasa C. McMurtiego, dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku. Opisał on eksperymentalną szkołę reedukacji i rehabilitacji inwalidów wojennych.

- 1919 rok – założenie w Nowym Jorku Federalnego Biura Zawodowej Rehabilitacji, które określało rehabilitację jako „przywracanie potrzebującym najpełniejszej, jak tylko można, fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej i ekonomicznej przydatności".
- Po drugiej wojnie światowej – następuje dynamiczny rozwój rehabilitacji na świecie. Odtąd obejmuje ona swoim działaniem nie tylko inwalidów wojennych, ale wszystkich chorych i wszystkie osoby niepełnosprawne.
- 1947 rok – utworzenie w szpitalu Bellevue w Nowym Jorku pierwszego oddziału z 80 łóżkami na Wydziale Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej pod kierunkiem dr. Howarda Ruska, który mówił **„Rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego a jego warsztatem pracy", „Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach, i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało".**

Polska Szkoła Rehabilitacji

Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Rozwój rehabilitacji jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej oraz w latach pięćdziesiątych XX stulecia w czasie epidemii poliomyelitis. Rehabilitację uznano wtedy za integralną, trzecią fazę procesu terapeutycznego, obok diagnozowania i leczenia. Głównymi twórcami rehabilitacji medycznej w Polsce byli profesorowie: Wiktor Dega, Adam Gruca, Kazimiera Milanowska oraz Marian Weiss. Dzięki ich zaangażowaniu i olbrzymiej wiedzy, uznawanej na całym świecie, powstała w Polsce idea rehabilitacji oparta na czterech zasadach: powszechności, kompleksowości, wczesności, ciągłości. Utworzono w Polsce, w Konstancinie, Stołeczne Centrum Rehabilitacji Narządu Ruchu (STOCER), któremu WHO nadało status ośrodka dydaktyki międzynarodowej.

Profesor Wiktor Dega, współtwórca polskiej szkoły rehabilitacji, rekomendowanej przez Światową Organizację Zdrowia jako wzór do naśladowania w innych krajach, mówił że: **„Nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia, a potem pozostawienie go samemu sobie. Tymczasem właśnie wczesna i dostępna dla wszystkich rehabilitacja skraca okres leczenia i poprawia sprawność i jakość życia człowieka"**.

Znaczenie rehabilitacji w procesie leczenia powoli docierało do świadomości decydentów i środowiska medycznego. Upłynęło sporo czasu, zanim lekarze uznali, że kryterium wyleczenia w przypadku amputacji kończyny dolnej nie jest zagojenie kikuta, ale fakt samodzielnego funkcjonowania pacjenta po założeniu protezy.

Według twórców polskiej szkoły rehabilitacji, rehabilitacja powinna być wcześnie rozpoczynana, kompleksowa (medyczna, społeczna, zawodowa), powszechna

i ciągła. Rehabilitacja medyczna jest niezbędnym warunkiem przygotowania chorego do powrotu do pracy lub odpowiedniego zatrudnienia. Im lepsze jest bowiem usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej. Niedocenianie roli rehabilitacji w procesie leczenia powoduje wzrost liczby osób niezdolnych do pracy w następstwie choroby lub urazu, pobierających świadczenie rentowe, a co za tym idzie wzrost nakładów finansowych na te świadczenia.

4. 20-LECIE PROGRAMU REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS

W ostatnim dziesięcioleciu XX wieku w Polsce zaczęła wzrastać liczba osób czynnych zawodowo, które z powodu następstw chorób traciły zdolność do pracy zarobkowej i otrzymywały z tego tytułu świadczenia rentowe. Spowodowało to konieczność podjęcia przez instytucje ubezpieczenia społecznego aktywnych działań mających na celu poprawę lub przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej lub zapewniających integrację ze środowiskiem zawodowym poprzez naukę nowego zawodu lub tworzenie odpowiednio przystosowanych stanowisk pracy.

W postępowaniu lekarskim wielu krajów świata stosowana jest właściwa kolejność działania:

- prewencja zapobiegająca chorobom czy urazom,
- wczesna prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia,
- rehabilitacja od początku choroby.

Wczesne rozpoznanie choroby i wdrożenie właściwego leczenia oraz rehabilitacji mogą zapobiegać ewentualnym długotrwałym następstwom chorób lub zmniejszać ich stopień, a co za tym idzie, zmniejszać cierpienia ludzi oraz koszty długotrwałego leczenia i niezdolności do pracy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wzorując się na działaniach instytucji ubezpieczeń społecznych w innych krajach stosujących zasadę: **prewencja → rehabilitacja → kompensacja**, w latach 1990–1995 prowadził badania pilotażowe dotyczące wpływu rehabilitacji leczniczej na powrót do pracy osób ubezpieczonych zagrożonych długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy. W wyniku realizacji tego programu okazało się, że około 1/3 osób ubezpieczonych z chorobami układu krążenia i narządu ruchu (najczęstsze przyczyny chorobowe niezdolności do pracy) odzyskiwało po rehabilitacji zdolność do kontynuowania pracy zarobkowej.

Wyniki pilotażowego programu rehabilitacji stały się podstawą utworzenia **systemu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej**. Zakład Ubezpieczeń Społecznych stał się więc instytucją nie tylko przyznającą i wypłacającą świadczenia, ale także starającą się w aktywny sposób wpłynąć na poprawę stanu funkcjonalnego osób ubezpieczonych i ich zdolność kontynuowania pracy zarobkowej.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS opiera się na oddziaływaniu na pacjentów procedurami rehabilitacyjno-leczniczymi i psychologicznymi, którymi dysponuje współczesna medycyna i rehabilitacja. Pozwalają one osobom ubezpieczonym włączyć się po rehabilitacji w normalne życie rodzinne, zawodowe i społeczne.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej od 1996 roku. Podstawę skierowania na rehabilitację osoby ubezpieczonej zagrożonej niezdolnością do pracy lub pobierającej rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy stanowi orzeczenie lekarza orzecznika ZUS. Rehabilitacja prowadzona jest w ośrodkach rehabilitacji, które spełniają wymogi określone przez ZUS i zostały wybrane w konkursie ofert (odpowiednia baza, sprzęt rehabilitacyjny, wykwalifikowana kadra specjalistyczna). Trwa 24 dni, przy czym czas ten może być przedłużony lub skrócony.

W 1996 roku program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej obejmował schorzenia narządu ruchu i układu krążenia. W 2001 roku objęto nim schorzenia układu oddechowego, w 2005 roku schorzenia psychosomatyczne, a w 2009 roku schorzenia układu krążenia (telerehabilitacja). W 2010 roku wprowadzono rehabilitację dla kobiet po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, a w 2013 roku rehabilitację schorzeń narządu głosu.

W 2013 roku w konkursie „Dobre praktyki dla Europy 2013", organizowanym przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego, przyznano ZUS certyfikat umiejętności z wyróżnieniem specjalnym dla projektu „Optymalizacja procesu kierowania na rehabilitację leczniczą".

Z programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS skorzystało już ponad milion sto tysięcy osób ubezpieczonych. W 2015 roku program prowadzony był w ramach 131 umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi (w trybie stacjonarnym – 93, ambulatoryjnym – 38), objęto nim 80 735 osób.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencyjnych uważana jest za skuteczną, jeżeli w ciągu roku od jej zakończenia osoba ubezpieczona nie pobiera żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub jedynym świadczeniem pobieranym w tym okresie był zasiłek chorobowy nieprzekraczający 20 dni.

Z badań Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS wynika, że ponad 54% osób skierowanych na rehabilitację spełnia te warunki. Wskazuje to na wymierne korzyści programu dla osób ubezpieczonych, pod względem zarówno poprawy funkcjonowania organizmu, która umożliwia powrót do pracy zarobkowej, jak i poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej. Ponadto osoba ubezpieczona, powracając do pracy, staje się ponownie składkodawcą Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i płatnikiem podatków.

W 20 rocznicę wprowadzenia programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS należy stwierdzić, że podjęte działania przyniosły przewidywane efekty.

Warto również podkreślić, że prowadzone od 20 lat przez ZUS działania są zgodne:

- ze Standardowymi zasadami wyrównywania szans osób niepełnosprawnych ONZ. Standardowe zasady wyrównywania szans Osób Niepełnosprawnych ONZ stanowią, że „Rządy państw powinny opracować własne programy rehabilitacji dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych. Programy te powinny być oparte na potrzebach osób niepełnosprawnych i na zasadach pełnego uczestnictwa i równości. Rehabilitacja powinna być dostępna dla wszystkich osób, które jej potrzebują, i opierać się na ciągłości postępowania w kontekście biopsychospołecznym, uwzględniając zarówno czynniki osobowe, jak i środowiskowe, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Niepełnosprawności, Funkcjonowania i Zdrowia (WHO). Rehabilitacja powinna zapewnić osobiste wsparcie osobom niepełnosprawnym i przyczynić się do ich pełnego uczestnictwa we wszystkich aspektach życia".
- Z zapisami Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowanej przez Polskę 6 września 2012 roku. W art. 26 stanowi ona, że „Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i programy:
  1) były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,
  2) wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich".

Działania te są też zgodne z Globalnym Planem Działania Światowej Organizacji Zdrowia na lata 2014–2021. Dotyczy on wzmacniania oraz rozwoju rehabilitacji i technologii, które wspomagają osoby wymagające pomocy i świadczeń wspierających, oraz rehabilitacji środowiskowej.

5. ZAKOŃCZENIE

Głównym celem rehabilitacji jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym prowadzenia życia zgodnego z ich życzeniem, przy akceptacji nieuniknionych ograniczeń aktywności, które wynikają z uszkodzeń na skutek choroby lub urazu.

Cel ten można osiągnąć przez połączenie następujących działań:

- likwidację lub redukcję dysfunkcji,
- likwidację lub redukcję barier uczestnictwa w środowisku, w którym żyje osoba niepełnosprawna,
- wspieranie reintegracji społecznej.

W działaniach zogniskowanych na potrzeby pacjenta właściwe jest dążenie do optymalizacji zarówno aktywności, jak i uczestnictwa. Joachim Breuer – przewodniczący Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego – twierdzi, że rehabilitacja, powrót do pracy oraz wszelkie inne środki wspierające uczestnictwo i włączenie społeczne osób niepełnosprawnych **to inwestycja, a nie koszt dla społeczeństwa**. Uważa on, że wciąż brakuje świadomości potencjału tkwiącego w rehabilitacji – zwłaszcza w kwestii zmiany percepcji, jaką może ona spowodować, tzn. skupienie się na sprawności zamiast na niepełnosprawności.

Rehabilitacja może prowadzić do poprawy stanu zdrowia, obniżenia kosztów leczenia poprzez skrócenie okresów hospitalizacji, zmniejszenia stopnia niepełnosprawności oraz poprawienia jakości życia. Warunkiem jest, że będzie stanowić kontinuum opieki, począwszy od opieki szpitalnej, do rehabilitacji w społeczeństwie.

PIOTR PAWŁOWSKI

Od rozpaczy do afirmacji życia

PREZES I ZAŁOŻYCIEL STOWARZYSZENIA PRZYJACIÓŁ INTEGRACJI

1. WSTĘP

Niepełnosprawność znam od podstaw, bo sam jestem prawie całkowicie sparaliżowany. Jako wysportowany chłopak skoczyłem niefortunnie na główkę do wody i złamałem kręgosłup. Był środek lata, 1982 rok, a ja ledwo skończyłem 16 lat. Po powrocie ze szpitala przeżywałem chwile najcięższe w swoim życiu. Wstydziłem się i bałem swojej niepełnosprawności.

Nie chciałem sam wychodzić z domu. Wszystko – od ulic, sklepów, urzędów po autobusy i tramwaje – było dla mnie jedną wielką przeszkodą. Nie wychodziłem z domu także z powodu spojrzeń ludzi. Gdy musiałem gdzieś pojechać, tata brał mnie na ręce, wsadzał do samochodu i składał wózek. Natychmiast zlatywała się gromada gapiów, zwłaszcza dzieci, które mnie oblegały. Sąsiedzi patrzyli ze współczuciem i mówili: „Jezu, taki był fajny chłopak, a teraz jest inwalidą". Te słowa mnie porażały. Nie chciałem się pokazywać nikomu.

Długo nie mogłem dojść do siebie. Byłem bezradny i zagubiony wobec własnej niepełnosprawności i otaczających mnie barier. Nie miałem dostępu do świata ani do informacji. Nie było przecież internetu. Bolało mnie to, w jaki sposób sam przeżywam niepełnosprawność. Widziałem jednocześnie, że inni też sobie z nią nie radzą. Musiało minąć kilka lat, zanim w pełni doceniłem poświęcenie rodziców i pojąłem, że mój dramat był także ich dramatem. Zobaczyłem, jak przez „mękę niepełnosprawności" przechodzą inni. Musiałem coś zrobić. Dlatego założyłem Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji oraz Fundację Integracja.

2. NAZEWNICTWO

Ludzie zajmujący się zawodowo osobami z niepełnosprawnością, zainteresowani tematem czy też sami niepełnosprawni winni szukać odpowiedzi na podstawowe pytania: Co to znaczy być człowiekiem z niepełnosprawnością? Kim jest człowiek mający określone ograniczenia wynikające z niepełnosprawności? Czym jest wreszcie sama niepełnosprawność?

Jak postrzegamy osoby z niepełnosprawnością w naszym kraju? Ktoś, kto nigdy nie miał związku z takimi osobami lub miewa kontakty sporadyczne, patrzy na nie przede wszystkim przez pryzmat pomocy. Przez lata niepełnosprawność kojarzyła się, a może kojarzy nadal, głównie z chorobą, cierpieniem, bólem i płaczem oraz… z działaniami charytatywnymi. Takie myślenie wzmacniane jest jeszcze pojęciami: bierność, odosobnienie, wykluczenie…

Przy opisie osób z niepełnosprawnością stosuje się wiele definicji ujmujących różnorodne jej aspekty. W samej Europie mamy ich ponad 500. Jak zauważa

słusznie A. Maryniarczyk[1], każda taka definicja jest wyrazem pojmowania **istoty człowieczeństwa**: „mówiąc więc o »sprawności« czy »niepełnosprawności« człowieka przyjmujemy jakiś »modelowy« obraz człowieka [...]. Od tego, jak pojmie się pojęcie sprawności, zależy także definicja niepełnosprawności...".

W ostatnim czasie dużą wagę przywiązuje się do tzw. **poprawności politycznej** w sposobie nazywania osób z niepełnosprawnością. Część określeń używanych w języku potocznym może mieć bowiem zabarwienie pejoratywne. Teraz częściej używamy np. wyrażenia **osoba z niepełnosprawnością** niż osoba niepełnosprawna, gdyż niepełnosprawność jest tylko jedną z cech. Żadnej osoby nie powinno się postrzegać tylko poprzez pryzmat jej dysfunkcji. Takie jest stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia[2].

Należy również pamiętać, że negatywne atrybuty czyjegoś stanu zdrowia i sposób, w jaki reagują na nie inni ludzie, są niezależne od terminów, jakich używamy do określania tego stanu. Bez względu na to, jak nazwana jest niepełnosprawność, istnieje ona niezależnie od etykiet. Proces stygmatyzacji może sprawić, że najbardziej poprawne nazwy staną się w przyszłości deprecjonujące. Tak było z oficjalnie używanymi do 1968 r. określeniami stopni upośledzenia umysłowego – debilizm, imbecylizm, idiotyzm. Termin „upośledzenie umysłowe", choć jest jeszcze oficjalny, prawdopodobnie niedługo wyjdzie całkowicie z użycia. Podobnie rzecz się ma ze zwrotami typu kalectwo czy inwalidztwo.

Zastanówmy się przez chwilę, jakiego sami używamy słownictwa w tej dziedzinie? Potocznie to wygląda bardzo dowolnie i beztrosko. Słowa oficjalne „inwalida" i „kaleka" zastąpiliśmy terminem „osoba niepełnosprawna" i nikt nie protestował – prawda? Sam zaczynałem używać tego terminu bez głębszej refleksji, chociaż poza uwspółcześnieniem językowym między tymi trzema nazwami nie ma żadnej różnicy semantycznej. Wszystkie te słowa utożsamiają człowieka z jego dysfunkcją. Tymczasem w Europie i na świecie już od paru ładnych lat mówi się *person with disability*, czyli **osoba z niepełnosprawnością**. Wyrażenia anglojęzyczne *disabled* i *handicapped*, czyli „niepełnosprawny", idą do lamusa.

Jako organizacja pozarządowa wydająca magazyn „Integracja" zrezygnowaliśmy z powszechnie używanego terminu „osoba niepełnosprawna", zastępując go wyrażeniem „osoba z niepełnosprawnością". Od 2008 r. termin ten obowiązuje w naszym magazynie, który w chwili obecnej jest największym pismem o różnych

---

[1] A. Maryniarczyk, *Definicje niepełnosprawności a obraz człowieka* [w:] *Integracja osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie lokalnym*, red. A. Juros i W. Otrębski, Lublin 1997.

[2] Terminologie WHO były zawsze wprowadzane w Polsce jako obowiązujące. Nowa klasyfikacja pochodzi z 2001 r.

aspektach niepełnosprawności w naszym kraju. I choć jesteśmy na początku drogi, gdyż nie nastąpiła ustawowa zmiana terminologii w tak zasadniczych dokumentach, jak np. Konstytucja czy ustawy, to w mowie potocznej zmiana jest gigantyczna.

Chcemy mówić o osobach niepełnosprawnych jako osobach z różnymi niepełnosprawnościami, ponieważ ludzie nie mogą być opisywani w kategoriach uszkodzeń i ograniczeń aktywności. Nie jest to problem tylko językowy, ale przede wszystkim kwestia myślenia i postaw ludzi wobec niepełnosprawności i osób z niepełnosprawnością. Chodzi o zastąpienie postrzegania osób z niepełnosprawnościami przez pryzmat ich ograniczeń postrzeganiem przez pryzmat ich możliwości. Dziś jesteśmy świadkami zmian w tym obszarze. Mam nadzieję, że przełomem będzie zmiana orzecznictwa podchodzącego do człowieka w sposób funkcjonalny (ICF).

3. POSTRZEGANIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Bardzo poważnie się zastanawiam, co musi się wydarzyć i co same osoby z niepełnosprawnością muszą zrobić, aby były traktowane „normalnie"? Ile jeszcze musi upłynąć czasu, abyśmy nie wzbudzali lęku, zażenowania, niechęci? Kiedy tak będzie i czy w ogóle, że np. obok tłumaczy pełnosprawnych zobaczymy osobę na wózku? Ile czasu taka osoba będzie musiała udowadniać swój profesjonalizm, zanim przestanie wzbudzać podejrzenia, czy aby dobrze przeprowadziła ważne dla danej firmy rozmowy? Albo kiedy zobaczymy niewidomego dziennikarza telewizyjnego, który poprowadzi główne wydanie programu informacyjnego?

Oto przykład ekstremalny, ale wcale nie wyjątkowy. Jeden z wielu listów, jakie przychodzą do „Integracji". Znakomicie opisana atmosfera obojętności wszystkich stron, które otaczają osobę z niepełnosprawnością, a co najgorsze, paraliżują ją samą, pozostawiając bez wsparcia:

„Jestem niepełnosprawną mamą dziewczynki, która niedługo pójdzie do przedszkola. Przyjmuje to z wielką radością, lecz dla mnie to koszmar. Koszmar, bo jak np. sprawnie zorganizować odprowadzanie dziecka do przedszkola. Jak uczestniczyć w przedszkolnych imprezach? Jak przyjmować spojrzenia rodziców pełnosprawnych? Co im tłumaczyć? Czuję się tak, jakbym sama zaczynała naukę. Stresuje mnie to dziś tak samo, jak i dawniej, kiedy sama się uczyłam i byłam dyskwalifikowana. Boję się, że to wszystko wróci. Nie czuję się gorsza, ale czy mojemu dziecku nie będą mówić, że ma inną mamę? Nie umiem poradzić sobie z tymi myślami. Do tego opłaty za przedszkole też mnie przerastają, bo utrzymuję się z renty socjalnej, a mój mąż zarabia bardzo mało, najniższą krajową. Proszę, jeśli jest ktoś, kto mógłby doradzić mi, co zrobić, jaką pomoc mogę uzyskać jako niepełnosprawny rodzic i jak mam radzić sobie z pojawiającymi się barierami i problemami, to proszę o kontakt. Choruję na porażenie mózgowe czterokończynowe, mam orzeczenie o niezdolności

do samodzielnej egzystencji, acz staram się jak mogę. Jest we mnie tyle obaw, ale obok nich wielka duma, którą jest moja córka. Bardzo ją kocham i tego mi nikt nie odbierze..." (Joanna P. z woj. małopolskiego).

Prawda jest smutna. Mimo pięknych deklaracji wiele rejonów życia społecznego jest dla osoby z niepełnosprawnością nadal niedostępnych. Pojawienie się w rodzinie niepełnosprawności ciągle wywołuje strach i zagubienie. A gdy osoba z niepełnosprawnością sama zakłada rodzinę, podnosi się wielkie larum! Urodzenie dziecka z niepełnosprawnością także wywołuje poczucie winy i jest postrzegane jako wielkie rodzinne nieszczęście, a często nawet uznaje się to za „karę boską". Na szczęście rządowe programy coraz bardziej wspierają takie rodziny, w tym finansowo. Pojawia się więc światełko w tunelu.

To w naszych głowach tkwią największe bariery, demony i uprzedzenia, które można porównać do Muru Chińskiego. Dlatego tym bardziej należy szukać odpowiedzi na zasadnicze pytania. Z jednej strony, jak oddziaływać na ludzi sprawnych, aby byli przygotowani do kontaktu z osobami z niepełnosprawnością. A z drugiej strony, jak przygotować moje środowisko do funkcjonowania w społeczeństwie? W obu przypadkach potrzebny jest trud zmiany myślenia, zachowań oraz wzajemne przełamywanie stereotypów na temat społecznego współistnienia.

Oto drugi obrazek z życia osoby z niepełnosprawnością, która poprzez swoje codzienne doświadczenia z osobami tzw. sprawnymi zaczyna widzieć świat dwuwymiarowo:

„Dyskryminacja... Hmm, wiecie, co to jest? Ja wiem, na co dzień mam z nią do czynienia. Pytacie jak? No cóż, w różny sposób ją odczuwam. Za bardzo nie będę się rozpisywała, bo dotyczy to różnych osób, które mnie ranią. Jestem osobą niepełnosprawną, poruszającą się na wózku. Często jednak słyszę hasła w stylu: „bo siedzisz na wózku...". Stanowi to dla niektórych ludzi jakąś różnicę. Tylko nie rozumiem, dlaczego? Być może dlatego, że wydaje im się, że są lepsi. A przecież to nieprawda. To, że mogą chodzić i robić różne rzeczy, nie znaczy, że są idealni. Każdy ma jakieś umiejętności. Nawet ja. Wiem, wiem pochlebiam sobie. Ale nie o to tu chodzi. Ciekawi mnie tylko, czy kiedykolwiek zastanowili się nad tym, że takie słowa potrafią dogłębnie ranić. A poza tym szlag mnie trafia po prostu, kiedy coś robię, a wszyscy widzą tylko moje błędy. Nie mówię, że ich nie popełniam, przecież zawsze z pokorą przyjmuję uwagi. Tylko dlaczego jestem dyskryminowana? Czy to mój wózek stanowi jakiś problem? Czy ktoś mi na te pytania odpowie?" (Halina H. z woj. lubuskiego).

Ktoś, kto nigdy nie miał kontaktu z osobami z niepełnosprawnością, patrzy na nie przede wszystkim przez pryzmat pomocy. To jest bardzo powszechne zjawisko, ciągle niezwykle popularne. Tak zostaliśmy niestety ukształtowani przez naszą

kulturę i sytuację polityczną, która przez lata izolowała osoby z niepełnosprawnością od reszty społeczeństwa. Nadal niepełnosprawność kojarzy się z chorobą, z cierpieniem, z bólem i płaczem. Wydaje się, że z tego powodu wielu uważa, że potrzebne są głównie działania charytatywne. Gdzie tu miejsce na **partnerskie współdziałanie**?

Od lat poprzez Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji podejmujemy wysiłek **zmierzenia się z niewiedzą** ludzi sprawnych o niepełnosprawności, z ich widzeniem osób z niepełnosprawnością poprzez fizyczne ograniczenia. W zeszłym roku, wspólnie z ZUS, wydaliśmy poradnik *Jak żyć… na wózku*. Można się z niego dowiedzieć, jak naprawdę żyją osoby z niepełnosprawnością. Bo przecież niewielu sprawnych wie cokolwiek na ten temat. Ja przekonuję się o tym każdego dnia. Dlatego nie ustaję w dążeniu do informowania o niepełnosprawności. Bez komunikacji i współpracy ze światem ludzi sprawnych nie jest możliwa społeczna afirmacja osób z niepełnosprawnością.

W tym celu prowadzimy **kampanie wizerunkowe, edukacyjne i uświadamiające**, takie jak: „Niepełnosprawni – normalna sprawa", „Czy naprawdę jesteśmy inni", lub najnowsza: „Nie chcę być strażakiem". W każdej kampanii, którą przeprowadziliśmy, miałem swój udział, poczynając od pomysłu, poprzez szukanie funduszy na realizację, aż po akcje promocyjne. Wiem, jak trudna droga wiedzie do zorganizowania skutecznej, wiarygodnej i przekonującej reklamy społecznej. Nie wystarczy dobry pomysł. Trzeba go jeszcze właściwie „opakować" i atrakcyjnie „sprzedać". Znaleźć odpowiednie przesłanie, aby osiągnąć zamierzony cel społeczny. Wiem także, że nie mogą to być akcje jednorazowe czy okazjonalne. Skoro na zmianę prostego nawyku segregacji odpadów domowych Amerykanie potrzebowali 10 lat, to żeby zmienić myślenie i postawę wobec niepełnosprawności potrzeba nieustającego wpływania na przekonania społeczne.

Wydaliśmy także poradnik *Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością*. Mimo upływu lat publikacja, która powstała na Euro 2012, nie straciła swej aktualności z prostego powodu – dużą dawkę wiedzy na temat tego, jak zachowywać się wobec osób z niepełnosprawnością, zamknięto w atrakcyjnej i przystępnej formie. Uważam, że jeżeli osoby z niepełnosprawnością zaczną uzyskiwać autentyczne zrozumienie i wsparcie w realizacji swoich potrzeb oraz będą zbierać pozytywne doświadczenia w obszarze akceptacji swoich cech osobowościowych i potencjału psychicznego, to będą rzadziej stosować negatywne mechanizmy obronne, staną się pewniejsze siebie i swego miejsca w danej społeczności. To już powoli zachodzi.

Dyrektor Zarządzająca Europejskiego Stowarzyszenia Agencji Reklamowych Maryke Lefebvre, uczestnicząca w konferencji pod nazwą „Wizerunek osób niepełnosprawnych w mediach. Fakty i mity", która odbywała się dekadę wcześniej, na pytanie dziennikarza naszego portalu niepelnosprawni.pl: „Dlaczego warto

prezentować osoby niepełnosprawne w reklamach?" odpowiedziała jednoznacznie: „Ponieważ kreuje to emocjonalną więź z widzami. Jedną z rzeczy, która pomaga sprzedawać produkty, są emocje. Skoro mogą to być dzieci i zwierzaki, dlaczego nie osoby, które uważane są za inne, a które chcemy przecież uznawać za »normalne«?".

Myślę, że pokazując osoby z niepełnosprawnością w normalnych, codziennych sytuacjach i w pozytywny sposób, zmieniamy wizerunek różnych marek. Im częściej pokazujemy osoby z niepełnosprawnością jako część świata, w którym żyjemy, tym częściej ludzie będą myśleć – to jest normalne, wszyscy jesteśmy tacy sami. OK, dziś nie jestem niepełnosprawny, ale jutro mogę być. Mogę ogłuchnąć, oślepnąć, mogę złamać nogę i już się z tego nie wyleczyć.

4. MIEJSCE I CZAS

Miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością odgrywa zasadniczą rolę w jakości losu ludzkiego. Komu jest najgorzej? To oczywiste. Tym mieszkającym na wsi i w małych, sennych miasteczkach, gdzie osób z niepełnosprawnością jest mało, ale za to są bardziej widoczne. Podczas spisu powszechnego GUS zbadano grupę 159 018 osób z niepełnosprawnością pod kątem miejsca zamieszkania. W miastach żyło ich 100 184 (czyli ok. 63%), a na wsi 58 834 (czyli ok. 37%).

„Mieszkam w małej miejscowości. Znalezienie pracy w moim mieście graniczy z cudem. Sama poszukuję pracy i wiem, jak jest ciężko. Irytuje mnie również fakt, że z jednej strony państwo pragnie mieć wykształcone społeczeństwo, a z drugiej, jak przychodzi moment poszukiwania pracy, to okazuje się, że te wszystkie dyplomy, które do tej pory zdobyłam, do niczego się nie przydają, bo nie mam doświadczenia zawodowego. Tylko kiedy miałam je zdobyć, skoro realizowałam marzenia państwa o wykształconym społeczeństwie i ciągle się uczyłam? Doskonale zdaję sobie sprawę z tego, że bez studiów ciężko jest znaleźć pracę, zwłaszcza osobie niepełnosprawnej. Patrząc na moje (jak i innych niepełnosprawnych) problemy ze znalezieniem pracy, doszłam do wniosku, że jesteśmy traktowani jak zło konieczne. Najlepiej, żebyśmy jakimś magicznym sposobem wyparowali z powierzchni ziemi. Wtedy nie będzie z nami problemu. Owszem, w mojej okolicy są propozycje pracy dla osób z niepełnosprawnością, tylko że w charakterze sprzątaczki i ochroniarza, oczywiście na pół etatu, by za dużo nie zarobić. Czy z tego wynika, że z tytułu mojej niepełnosprawności nadaję się tylko do sprzątania podłogi i wycierania kurzu? Że nic innego nie potrafię robić? Bez urazy oczywiście dla przedstawicieli tego zawodu, bo mam do nich wielki szacunek" (Renata H. z woj. podlaskiego).

Szalenie istotny jest także okres życiowy, w którym stajemy się osobą z niepełnosprawnością. Zupełnie inaczej funkcjonuje osoba, która ma niepełnosprawność od urodzenia, inaczej ktoś, kto ulega wypadkowi, mając np. nieskończone studia.

Jeśli np. ktoś był w technikum samochodowym i uległ wypadkowi, wiadomo, że jego powrót do tej szkoły byłby absurdalny. Dramatyczne wydarzenie jest wyzwaniem dla młodego człowieka, który musi jeszcze raz podjąć decyzję, szukając dla siebie nowej szkoły lub też dopasować do swoich możliwości dostępne na rynku systemy edukacyjne, kursy, szkolenia. To jest także wielkie wyzwanie dla całej rodziny, która musi od nowa nauczyć się funkcjonować z niepełnosprawnością jednego ze swoich członków.

„Mieszkamy daleko, przy granicy z Czechami. Moja córeczka Karolinka porusza się za pomocą wózka, ma obecnie 14 lat. Cierpi na dziecięce porażenie mózgowe z silną spastyką. Nie mogłam dłużej być bezradna i samotna wobec jej niepełnosprawności. Rok temu wraz z innymi rodzicami założyłam stowarzyszenie w Bystrzycy Kłodzkiej. Nie mamy żadnego doświadczenia, ale wierzymy, że razem możemy więcej. Naszym mottem na każdy dzień są słowa twórcy »Integracji«, pana Piotra Pawłowskiego: »Miejmy przekonanie, że wózek inwalidzki czy biała laska nie są murem nie do przebicia; mury powstają w nas samych, budujmy do nich furtki«. Taki cel nam przyświeca. Mamy nadzieję, że sobie poradzimy razem i każdy z nas z osobna. Naszym pierwszym dużym przedsięwzięciem będzie organizacja imprezy wielkanocnej »Wielkanocny Zajączek dla dzieci niepełnosprawnych naszej gminy«. Celem tej uroczystości jest przede wszystkim zapoznanie naszej grupy ze społecznością lokalną, z samorządem, z władzami powiatu. Chcemy uczestniczyć w życiu gminy, nie chcemy być anonimowi. Chcemy wyjść do ludzi, pokazać im nasze problemy, pokazać że jesteśmy takimi samymi obywatelami jak oni, »pełnosprawni«, potrafimy się bawić, cieszyć z każdej chwili życia" (Małgosia B.).

Osoba rodząca się z niepełnosprawnością łatwiej i szybciej może ją zaakceptować ze względu na fakt, że nigdy nie doświadczyła bycia osobą pełnosprawną. Również chyba łatwiej zaakceptować taką sytuację młodej osobie, która uległa wypadkowi. Najtrudniej, jak pokazuje życie, radzą sobie osoby, które niepełnosprawność nabyły wtedy, kiedy miały już pewien bagaż doświadczeń. Gorzej bowiem przyjmuje pojawienie się niepełnosprawności osoby już funkcjonującej w rodzinie, w której jest ona np. mężem albo żoną, kiedy życie już jest jakoś poukładane, są dzieci. Sam byłem świadkiem rozpadu małżeństwa, kiedy mężczyzna, jedyny żywiciel rodziny, człowiek w pełni samodzielny, uległ wypadkowi i stał się absolutnie zależny od innych. Wiele rodzin nie potrafi sobie z tym poradzić.

5. PREWENCJA RENTOWA

Pod koniec 2016 r. w siedzibie Centrali Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie odbyła się konferencja z okazji 20-lecia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Patronat honorowy nad tym wydarzeniem objęła Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Rafalska.

Rehabilitacja lecznicza to program prowadzony przez ZUS w ramach tzw. **prewencji rentowej**. A zatem prawo do skorzystania z niej mają osoby ubezpieczone, które są zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego, a także pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, rokujące odzyskanie zdolności do pracy. Podstawą skierowania do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

Powszechnie wiadomo, że bardziej się opłaca odpowiednio rehabilitować ludzi i umożliwiać im aktywność zawodową niż w imię pozornych oszczędności skazywać na świadczenia państwowe. W ostatnich latach widoczna jest w tym obszarze duża zmiana, która doprowadziła do zaktywizowania znacznej liczby osób z różnymi niepełnosprawnościami, choć wciąż daleko nam jeszcze do rozwiązań europejskich.

Mimo wielu wysiłków poziom zatrudnienia osób z niepełnosprawnością wciąż odbiega od ideału. Polska pod tym względem nadal znajduje się w ogonie Europy. Dlatego należy się zastanowić nad **kompleksowym rozwiązaniem**, które doprowadzi do zwiększenia liczby pracujących osób z niepełnosprawnością. To duże wyzwanie także dla środowiska. Należy „oderwać się" od renty i nie myśleć jedynie o tym, że po rozpoczęciu pracy ZUS ją odbierze.

Ponad milion osób poddanych rehabilitacji i setki tysięcy przywróconych na rynek pracy – to bilans 20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. I choć niewątpliwie można mówić o sukcesie – zwłaszcza w kontekście pojedynczego człowieka, któremu rehabilitacja umożliwiła powrót do aktywności zawodowej – to jednak na pierwszy plan wysuwają się niedostatki polskiego systemu i wyzwania przed nim stojące.

Rozwiązania przyjęte przez ZUS wymagają jeszcze wiele pracy, a do stanu, który pozwoliłby na pełną aktywność osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, daleka droga. Profesor Anna Wilmowska-Pietruszyńska, prezes Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego i Naczelny Lekarz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wskazuje na konieczność rozciągnięcia **procedury rehabilitacyjnej** również na sferę zawodową i podkreśla, że nawet najlepsza rehabilitacja nie będzie skuteczna, jeśli nie zostanie uzupełniona o rehabilitację społeczną, psychologiczną i zawodową.

„Promocja i rozwój rehabilitacji to sytuacja, w której wygrywają wszyscy – przekonywał podczas konferencji naukowej w Warszawie w październiku 2014 r. Joachim Breuer, prezes europejskiego oddziału Rehabilitation International. – Na rehabilitacji zyskują osoby z niepełnosprawnością, ich rodziny, a także pracodawcy. Społeczeństwo też odnosi korzyść pośrednią. Osoby te kontynuują pracę i nie stają się zależne od zasiłków. Społeczność, która inwestuje w rehabilitację, jest bardziej otwarta".

Na przykład w Stanach Zjednoczonych osoby z niepełnosprawnością otrzymują **pomoc instruktorów mobilności** czy menadżerów niepełnosprawności, którzy w centrach pracy przygotowują pracownika do podjęcia zatrudnienia, rekomendują go pracodawcy, a także pomagają w razie wystąpienia problemów.

Z kolei system niemiecki stawia na tzw. wczesną prewencję. Instytucje odpowiedzialne m.in. za wypłatę zasiłków chorobowych są zobligowane wdrożyć program tzw. **zarządzania potencjalną niepełnosprawnością**, gdy zwolnienie lekarskie chorego trwa dłużej niż sześć tygodni. Rehabilitacja powinna odbywać się jak najbliżej miejsca pracy i zamieszkania pracownika, a lekarz prowadzący powinien być w kontakcie z lekarzem z jego zakładu pracy.

Zdaniem dra Friedricha Merhoffa, działacza Rehabilitation International: „Prawo do pracy jest prawem człowieka. Kluczem do realizacji prawa do pracy jest, oprócz zaangażowania państwa, partycypacja jednostki, jej motywacja i zaangażowanie. Jeśli w waszym kraju nie ma czegoś, co można nazwać »kulturą powrotu do pracy po zwolnieniu lekarskim«, to często brak jest takiej motywacji".

Wspomnę na marginesie, że działania „Integracji" wpisują się w strategię Narodowego Programu Zatrudniania Osób Niepełnosprawnych, który ma na celu doprowadzenie do zatrudnienia 5000 osób niepełnosprawnych w samych tylko jednostkach administracji państwowej. Chcemy, aby nasze działania aktywizujące osoby z niepełnosprawnościami doprowadziły wszystkich do wytyczonego celu, m.in. poprzez prowadzenie serwisu rekrutacyjnego sprawniwpracy.pl.

6. OSOBY SAMODZIELNE I NIESAMODZIELNE

Kiedy podejmujemy aspekt samodzielności i niesamodzielności ludzi z niepełnosprawnościami, to znów powracają pytania – kto jest osobą z niepełnosprawnością i czy powinniśmy brać pod uwagę każdego, kto ma grupę inwalidzką? Bo przecież są w tej grupie społecznej ludzie z uszkodzeniem wzroku, słuchu, mający upośledzenie umysłowe, a także z porażeniem czterokończynowym i zupełnie sobie nieradzący. Między nimi wszystkimi z kolei są tacy, którzy siedzą na wózkach, ale mają sprawne ręce i funkcjonują doskonale. Zdarza się też jednak, że ten ze sprawnymi rękami ma tak słabą konstrukcję psychiczną, że nie umie sobie poradzić z własną niepełnosprawnością. Nie zaakceptował jej i ma depresję, przez co staje się jeszcze bardziej niesamodzielny, a do tego wszystkiego mieszka np. na czwartym piętrze w budynku bez windy. Trzeba mocno podkreślać, że niepełnosprawność jest bardzo różnorodna, dlatego bardziej wiarygodnym i uczciwym zabiegiem byłby podział niepełnosprawności na widoczną i ukrytą, a podział osób z niepełnosprawnością na samodzielne i niesamodzielne.

Sposób funkcjonowania osób z niepełnosprawnością **zależy od ich dysfunkcji**. Głuchy nie poradzi sobie w urzędzie, gdzie nie ma tłumacza języka migowego.

Co nie oznacza, że wszyscy niesłyszący znają język migowy. Głusi unikają też kontaktu w sklepach z tradycyjną formą sprzedaży. Wolą robić zakupy w supermarketach, gdzie mają poczucie samodzielności. Nie radzą sobie z oglądaniem telewizji, której programy nie są tłumaczone na język migowy. Korzystają za to chętnie z dostępu do internetu.

Dobrym rozwiązaniem, o którym niestety na razie można tylko pomarzyć, byłby **asystent osobisty**. Bez niego – w przypadku braku wsparcia rodziny – osoba np. całkowicie sparaliżowana, która nie radzi sobie z codziennym funkcjonowaniem, trafia do domu pomocy społecznej. Asystenta osobistego potrzebuje też sprawna fizycznie osoba z niesprawnością intelektualną w podejmowaniu decyzji życiowych. Zdarza się bowiem, że takie osoby zbyt łatwo są ubezwłasnowolniane i nie mogą podejmować jakichkolwiek decyzji w swoich sprawach, bo tę rolę przejmują ich opiekunowie.

Podstawową sprawą jest tutaj pytanie, na ile osoba z niepełnosprawnością akceptuje życie, jakie jej się przytrafiło. Na ile ta niewątpliwa tragedia pourodzeniowa czy powypadkowa spowodowała „zamrożenie" w stanie apatii życiowej. Załamanie psychiczne uniemożliwia dalsze normalne funkcjonowanie. Taka osoba będzie niedostosowana społecznie, bo nie potrafi, nie chce lub nie ma możliwości finansowych, by sobie poradzić. To właśnie otoczenie powinno czuć się **zobowiązane do solidarności**, do udzielenia wsparcia, aby człowiek, który go potrzebuje, mógł się podnieść i z bierności przejść do aktywnego życia.

„Od urodzenia jestem niepełnosprawny, choruję na rdzeniowy zanik mięśni SMA1, ale się nie poddaję i działam. Moja aktywność polega na podążaniu za marzeniami. Ubiegły rok był dla mnie bardzo pracowity i pełen wrażeń. Otrzymałem wyróżnienie w konkursie »Człowiek Roku Miasto Legionowo 2015« w kategorii inicjatywa społeczna za promocję miasta w mediach. Wcześniej zostałem finalistą ogólnopolskiego konkursu o funduszach europejskich »Europa To My 2015«, organizowanego przez Ministerstwo Rozwoju i Infrastruktury, TVP i Radio ZET. Wysłałem projekt mówiący o tym, jak zmieniło się moje miasto Legionowo. Z ponad 900 zgłoszeń znalazłem się w pierwszej finałowej dwudziestce. Reprezentowałem nasze miasto Legionowo na Gali »Europa To My« i na koncercie finałowym obchodów Ogólnopolskiego Dnia Funduszy Europejskich. Wiele osób mnie pyta, jak to robię, że tyle się uśmiecham i mam takie pozytywne nastawienie do świata, skoro nie ruszam nawet rękami i mam tyle problemów. Wtedy odpowiadam, że ten uśmiech ma sens! Chociaż od urodzenia jestem chory i nigdy nie chodziłem, to nawet na chwilę nie porzuciłem nadziei, że będzie inaczej. Nie jestem zgorzkniały, bo wierzę, że z każdego problemu jest wyjście. Gdy jako niemowlęciu postawiono diagnozę, że nigdy nie będę chodził, a dzieci takie nie dożywają czwartego roku, dla

moich rodziców był to koniec świata! A ja na przekór wszystkim diagnozom mam już 26 lat. Żyję, jestem szczęśliwy i mam ochotę na więcej. Każdego dnia od małego ciężko ćwiczę – rano, w południe, wieczorem daję z siebie wszystko. W nocy wspomagany jestem respiratorem. Jednak nigdy nie czułem, że jest to za karę, wierzyłem że każdy ruch, jaki wykonuję, nawet ten w moich myślach przybliża mnie do celu, jakim jest siła i zdrowie. Dzięki pracy, którą wykonuję, każdego dnia budzę się rano z uśmiechem i śpiewam, że znów jest fajny dzień. Mam wiele planów i marzeń na przyszłość" (Wojtek z woj. mazowieckiego).

Sytuacja w ostatnim czasie radykalnie się zmieniła. Osoby z niepełnosprawnością aktywniej uczestniczą w życiu społecznym. Dzisiaj kilkumilionowa grupa w naszym kraju i kilkudziesięciomilionowa w Europie powinna wymuszać m.in. na pracodawcach likwidację wszelkich barier nie tylko w przestrzeni architektonicznej, serwisach internetowych, transporcie, ale też, a może przede wszystkim, powinna **postulować zmianę myślenia**. Chodzi o przejście z nastawienia opiekuńczego na współpracę i dostrzeganie wynikających z tego wymiernych korzyści. Już zaczyna się tak dziać dzięki coraz popularniejszym reklamom społecznym, zachęcającym do zatrudniania osób z różnymi niepełnosprawnościami. Jest to apel skierowany do pracodawców, aby zwrócili uwagę na korzyści związane z zatrudnieniem takich pracowników.

Jednak owocnej współpracy muszą się też nauczyć pracownicy z niepełnosprawnością. To my przede wszystkim (myślę tu o środowisku osób z niepełnosprawnością) powinniśmy skuteczniej włączyć się w **myślenie rynkowe**, współpracę na rynku pracy, dostosowując swoje umiejętności, predyspozycje i wykorzystując posiadane i nabyte talenty.

Chciałbym zacytować wielkiego pozytywistę Bolesława Prusa: „Praca rozumna i wytrwała, która nie myśli o zbieraniu owoców w tydzień po posiewie, przebija góry, nad przepaściami przerzuca mosty". Odwołanie się do jego słów jest uzasadnione, gdyż dedykuję je odważnym pracodawcom i osobom z niepełnosprawnością. Obie strony tego działania muszą się otworzyć na siebie i zobaczyć możliwości współpracy, od której rozpocznie się budowa partnerstwa społecznego.

7. POPRZEZ ROZPACZ

Jak wiele osób jeszcze nie radzi sobie z niepełnosprawnością? Wiemy tylko częściowo, z listów docierających do „Integracji" i kontaktów z naszymi centrami. Tylko w ostatnim roku obsłużyliśmy ponad 20 tysięcy osób. Tyle trafiło do Warszawy, a mamy przecież także centra w Gdyni i Zielonej Górze, więc liczba udzielonych porad, dostarczonych informacji oraz działań aktywizujących zawodowo przekracza kilkadziesiąt tysięcy. Skala problemu zatem jest ogromna, widać to zwłaszcza

w małych ośrodkach. Bez statystycznych wyliczeń wiadomo, że gorzej żyje się osobie z niepełnosprawnością na wsi i w małym miasteczku, gdzie jest znacznie gorszy dostęp chociażby do edukacji i gorsze warunki do samodzielnego funkcjonowania.

„Mam prawie 30 lat i zawsze byłam uznawana za przebojową, pełną życia dziewczynę, która mimo niepełnosprawności (przepuklina rdzeniowa) radzi sobie z przeciwnościami losu. Całe życie myślałam, że kiedy chce się coś osiągnąć, to jeśli człowiek się wystarczająco postara, wszystko zdobędzie. Nawet jeśli miałoby to zająć wiele czasu. Od podstawówki miałam nauczanie indywidualne, w liceum także. Niestety niedostosowanie i problemy zdrowotne sprawiły, że nie mogłam studiować, choć bardzo chciałam. Wtedy pomyślałam sobie, OK, nie każdy musi mieć wyższe wykształcenie i jeśli mam maturę, to poradzę sobie. Życie okrutnie zweryfikowało moje nadzieje. Bez pracy czuję się, jakbym była niekompletna jako człowiek. Mieszkam w małej miejscowości na południu kraju, lecz znana jest mi też Łódź, gdzie bywam bardzo często i mam nadzieję zostać przy człowieku, którego kocham. Po kilku latach walenia głową w mur mówię dosyć! Coś musi się zmienić, choć wiara, nadzieja, że będzie lepiej coraz bardziej słabnie. Nie sądziłam nigdy, że będzie to dla mnie takie trudne. Myślałam, że życie pokaże mi, jaką drogą iść, ale mam wrażenie, że kompletnie się ode mnie odwróciło. Zaczęłam prosić o pomoc, bo nie wyobrażam sobie dalej egzystencji bez pracy. Do tej pory pracowałam może rok. Łącznie. Każdego dnia coraz ciężej mi to zrozumieć i zadaję sobie pytanie, jaki błąd popełniam, że nie mogę znaleźć pracy" (Kamila W.).

Ludzi z niepełnosprawnością w Polsce oraz osób oddanych im czeka w XXI wieku wielkie wyzwanie, aby wziąć za swoje działania (lub ich brak) całkowitą odpowiedzialność. Nikogo nie będziemy obchodzić, jeżeli sami nie zaczniemy się o siebie troszczyć. Może się wydawać, że jest to smutna prawda, ale tylko na początku. W praktyce bowiem oznacza aktywność samych zainteresowanych. Stawia ich na pierwszym planie batalii integracyjnej.

Jeżeli dotychczasowe wysiłki pokazują bezradność instytucji państwowych, bezradność społeczeństwa, to może jest tak, że zarówno państwo, jak i społeczeństwo, uporają się z problemem niepełnosprawności dopiero wtedy, kiedy my sami uporamy się ze sobą? I kiedy wszyscy razem spróbujemy omijać semantyczne pułapki słowa „integracja". Gdy „integrację" będziemy zastępować słowem „normalność" poprzez konkretne, cierpliwe i codzienne „normalne" działania.

Trzeba pamiętać, że osoby z niepełnosprawnością to nie jest jakaś grupa żyjąca gdzieś tam w innym świecie. Oni są z nami, a my jesteśmy z nimi, dlatego że każda niemal rodzina w większym lub mniejszym stopniu doświadczana jest niepełnosprawnością. Niepełnosprawność może przytrafić się każdemu z nas. Dlatego każdy z nas powinien być zainteresowany rozwiązywaniem problemów osób

z niepełnosprawnością, np. dostosowaniem do ich możliwości otoczenia i środków transportu oraz usuwaniem innych barier.

Kluczem jest jednak **rodzina**, którą państwo powinno wspierać w wysiłkach i opiece nad niepełnosprawnym dzieckiem. Najlepszą chyba zasadą, którą powinno się stosować, jest: „Czyń innym to, co chciałbyś, aby oni czynili tobie". Gdybyś poruszał się na wózku, chciałbyś mieć dostęp do autobusu, restauracji, kina, kościoła, parku i morza. Jeśli jednak możesz sam dostać się tam na własnych nogach, wesprzyj tych, którzy nie mogą tego zrobić z powodu swojej niepełnosprawności. Niech oni także cieszą się tymi miejscami.

W stworzeniu równych szans dla osób z niepełnosprawnością potrzebna jest **długoterminowa strategia** skupiająca się na działaniach antydyskryminacyjnych, promowaniu społecznej integracji, szkoleniach i edukacji, pomocy w szukaniu zatrudnienia, a także na polepszaniu szeroko pojętej jakości życia, dostępu do opieki, środków transportu oraz możliwości korzystania z najnowszych technologii.

Bill Drayton, prezes Ashoki, powiedział: „Nie chodzi o to, by dawać rybę albo wędkę, kluczowa jest rewolucja w przemyśle rybołówczym". Wtedy nie będziemy musieli zastanawiać się, czy osoby z niepełnosprawnością są tolerowane czy nietolerowane i jak to wpływa na kondycję duchową całego społeczeństwa.

Ja mam szczęście, bo mieszkam w dużym mieście, mam kochanych rodziców, założyłem rodzinę, mam swoją pasję i dzięki temu mogę się realizować. Ponieważ sam wiem, ile trudu i wysiłku kosztowało mnie to, żeby ukończyć studia, zmienić nieprzystosowane mieszkanie, znaleźć sobie pracę i miejsce na ziemi, dlatego stworzyłem Integrację jako ostoję dla innych niepełnosprawnych. Do szczęścia doszedłem przez rozpacz, nieprzespane noce, bezsilność, strach i osamotnienie. W pewnym momencie pojąłem, że szczęście samo nie zapuka do drzwi, trzeba mu aktywnie pomagać. Teraz przekonuję o tym innych.

MAŁGORZATA NIETOPIEL

20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

DYREKTOR DEPARTAMENTU PREWENCJI I REHABILITACJI ZUS

1. WSTĘP

Rehabilitacja lecznicza stanowi skuteczny sposób usprawniania funkcji organizmu naruszonych w wyniku choroby lub urazu. Zakład Ubezpieczeń Społecznych od 1996 r. systematycznie udoskonala działania mające na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom zagrożonym niepełnosprawnością, jeśli rokowania są pomyślne. Program rehabilitacji z każdym rokiem obejmuje większą liczbę osób. Poszerza się też liczba profili, w których jest przeprowadzany.

Rehabilitacja, od łac. *re* – znów, na nowo oraz *habilis* – sprawny, należyty oznacza przywracanie sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, utraconej wskutek schorzeń i urazów, przez stosowanie działań usprawniających i terapeutycznych. Już w czasach starożytnych leczenie usprawniające zajmowało ważne miejsce w medycynie jako najbardziej fizjologiczny środek profilaktyczny i terapeutyczny. W dziełach Hipokratesa znajdujemy wiele opisów zniekształceń ciała ludzkiego oraz wytycznych, jak im zapobiegać oraz je leczyć. Hipokrates opisał także różne typy obuwia korygującego zniekształcenie stóp. Należy podkreślić, że starożytna medycyna grecka w dużej mierze opierała się na kinezyterapii[1].

W czasach nowożytnych, m.in. w XVI wieku, nowe metody leczenia i rehabilitacji wprowadził Ambroży Paré, cyrulik wojsk francuskich, który jako pierwszy zastosował podwiązanie krwawiących naczyń przy amputacjach zamiast zalewania ran wrzącym olejem. Po dokonaniu amputacji stosował u chorego rehabilitację i zaopatrywał go w drewnianą protezę[2].

Wiek XX to okres dynamicznego rozwoju rehabilitacji. Po raz pierwszy słowa „rehabilitacja" użył w 1918 r. Douglas C. McMurtie, dyrektor Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku, przy opisywaniu szkoły reedukacji i rehabilitacji inwalidów wojennych. W tym samym roku w Stanach Zjednoczonych wprowadzono ustawę o zawodowej rehabilitacji żołnierzy i marynarzy. Duża liczba inwalidów po pierwszej wojnie światowej wywołała zainteresowanie rehabilitacją ze względów leczniczych, społecznych i ekonomicznych[3].

Rozwój rehabilitacji jako specjalności medycznej rozpoczął się po drugiej wojnie światowej – uznano ją wtedy za integralną, obok diagnozowania i leczenia, trzecią fazę procesu terapeutycznego.

Wzrastająca liczba osób czynnych zawodowo, które z powodu chorób oraz ich następstw tracą zdolność do pracy i otrzymują z tego tytułu świadczenia rentowe,

---

[1] K. Milanowska, *Historia rozwoju rehabilitacji* [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. W. Dega, K. Milanowska, Warszawa 1983, s. 1.

[2] K. Milanowska, tamże, s. 2.

[3] B. Przeździak, *Historia rehabilitacji w Polsce i na świecie* [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. A Kwolek, Wrocław 2003, s. 3.

spowodowała konieczność podjęcia przez instytucje ubezpieczenia społecznego intensywnych działań. Ich celem jest zwiększenie lub przywrócenie u tych osób możliwości wykonywania pracy. W wielu państwach europejskich, między innymi w Austrii, Francji, Hiszpanii, Niemczech, Wielkiej Brytanii i we Włoszech, przed przyznaniem świadczenia rentowego ocenia się, czy istnieje szansa, że dzięki działaniom medycznym lub nauce nowego zawodu nastąpi wyeliminowanie zagrożenia powodującego utratę zdrowia i zdolności zarobkowych. Przyjęto zasadę, że rentę z tytułu niezdolności do pracy należy przyznawać dopiero po wykorzystaniu wszystkich metod diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych i po stwierdzeniu, że przeprowadzona rehabilitacja medyczna lub zawodowa nie zapewni ubezpieczonemu integracji zawodowej[4].

Po drugiej wojnie światowej rehabilitację uznano za czynnik zmniejszający stopień kalectwa i liczbę osób niezdolnych do pracy oraz przyspieszający chorym powrót do zdrowia.

Autorem założeń współczesnej rehabilitacji w Polsce był Wiktor Dega, który w 1950 r. został pierwszym krajowym specjalistą do spraw rehabilitacji. Twierdził, że: „jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny".

2. BADANIA PILOTAŻOWE

Podobnie jak działo się to w innych krajach, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadził w Polsce w latach 1990–1995 badania pilotażowe dotyczące wpływu rehabilitacji leczniczej na powrót do pracy osób ubezpieczonych. Badaniami zostały objęte tylko osoby ze schorzeniami układu krążenia i narządu ruchu, zagrożone długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy. Schorzenia te stanowiły wówczas najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy.

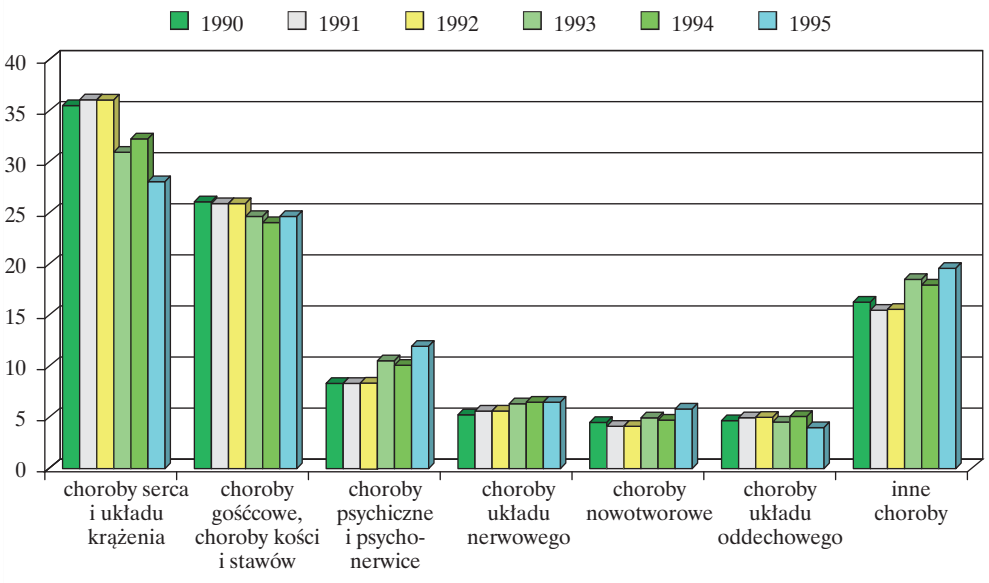
Pilotaż potwierdził zakładaną efektywność programu. Po zakończeniu procesu rehabilitacji leczniczej około 37% osób, które ukończyły rehabilitację, odzyskało zdolność do pracy.

Zebrane doświadczenia i wyniki programu pilotażowego wskazały na konieczność jak najwcześniejszego podejmowania procesu rehabilitacji, prowadzenia jej na podstawie procedur diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych i uzupełnienia elementami edukacji zdrowotnej i psychologicznej. Rehabilitacja ma przede wszystkim charakter leczenia funkcjonalnego, czyli polega na stosowaniu ćwiczeń ruchowych, których celem jest poprawienie funkcji niesprawnego narządu. Często leczenie połączone jest z zabiegami fizykoterapeutycznymi.

---

[4] A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Rehabilitacja lecznicza w prewencji rentowej, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych* [w:] tamże, s. 102.

Wykres 1. Najczęstsze przyczyny niezdolności do pracy w latach 1990–1995 (w %)



Źródło: *Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 1990–1995: System pozarolniczy*, ZUS, 1997

3. ZAŁOŻENIA PROGRAMU REHABILITACJI

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej od 1996 r. Podstawowe założenia programu to ukierunkowanie na:

- wczesność – pacjent powinien być kierowany na rehabilitację jak najwcześniej, a czas oczekiwania na nią powinien być jak najkrótszy,
- powszechność – każdy ubezpieczony, który wymaga rehabilitacji, ma prawo w ramach prewencji rentowej ZUS do skierowania na rehabilitację leczniczą o profilu zgodnym z rodzajem podstawowego schorzenia,
- kompleksowość – wszechstronne, podmiotowe podejście zespołu specjalistów do pacjenta, ukierunkowane na wszystkie sfery pacjenta (fizyczną, psychiczną i społeczną), realizowane przy użyciu różnych technik i form terapii,
- ciągłość – rehabilitacja lecznicza ZUS to jeden z elementów procesu usprawniania leczniczego, zapewniający ciągłość leczenia i prowadzący do odzyskania zdolności do pracy.

4. CEL REHABILITACJI LECZNICZEJ

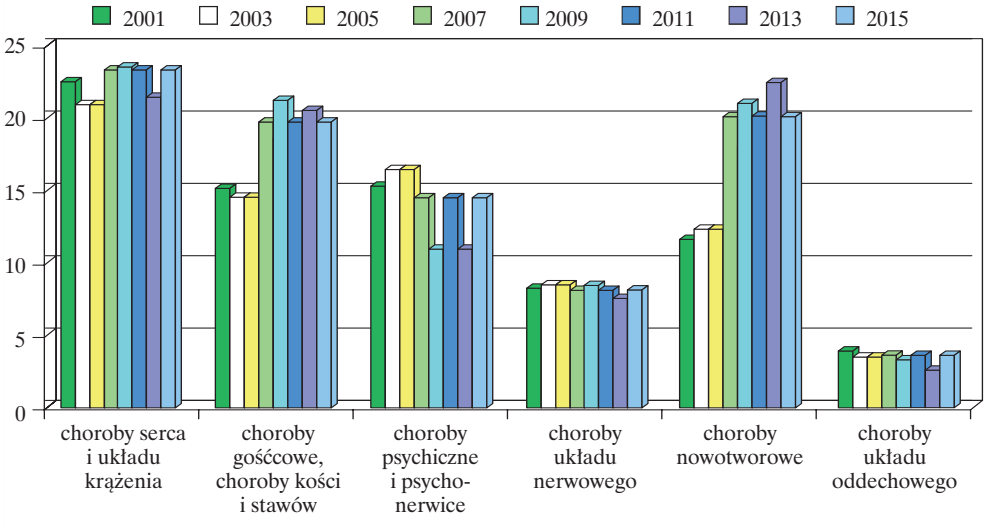
Celem programu rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

W realizacji programu priorytetem jest położenie nacisku na kompleksowy charakter rehabilitacji oraz maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na jej rozpoczęcie, tak aby jak najwcześniej skierować do ośrodka osoby, które otrzymały orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej.

5. FORMY I PROFILE REHABILITACJI

Mając na względzie główny cel rehabilitacji leczniczej oraz przyjęte założenie, że rehabilitacja lecznicza powinna być prowadzona w tych schorzeniach, które najczęściej wywołują niezdolność do pracy, a tym samym generują największe koszty dla systemu ubezpieczeń społecznych, początkowo uruchomiono program rehabilitacji tylko dla dwóch profili. W kolejnych latach Zakład Ubezpieczeń Społecznych, monitorujący strukturę przyczyn niezdolności do pracy, rozszerzał liczbę profili, w zakresie których prowadzona jest rehabilitacja lecznicza. Na wykresie 2 przedstawiono zestawienie schorzeń, które stanowiły najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy w latach 2001–2015.

Wykres 2. Najczęstsze przyczyny niezdolności do pracy w latach 2001–2015 (co 2 lata) (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych ZUS dotyczących ubezpieczeń społecznych za lata 2001–2003 oraz danych orzecznictwa lekarskiego ZUS za lata 2004–2015 dotyczących niezdolności do pracy: *Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 1999–2002: System pozarolniczy*, ZUS 2004; *Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2003–2005: System pozarolniczy*, ZUS 2007; *Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2006–2008: System pozarolniczy*, ZUS 2009; *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2009 r.*, ZUS 2010; *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2011 r.*, ZUS 2012; *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2013 r.*, ZUS 2014; *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2015 r.*, ZUS 2016

W 1996 r. z rehabilitacji leczniczej mogli skorzystać pacjenci ze schorzeniami narządu ruchu i układu krążenia. Rehabilitacja była prowadzona w systemie stacjonarnym w 31 ośrodkach rehabilitacyjnych na terenie całego kraju.

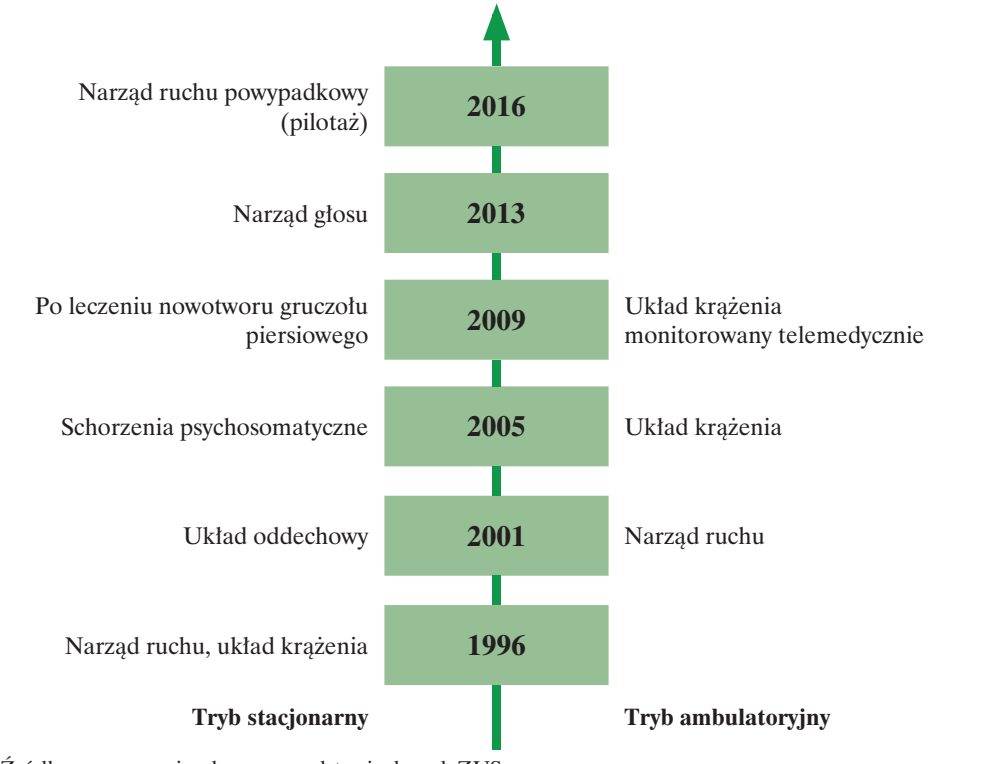
Z przeprowadzonych w kolejnych latach analiz wynikało, że często niezdolność do pracy była spowodowana także przez schorzenia układu oddechowego. Dlatego w 2001 r. ZUS wprowadził nowy profil rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym – w schorzeniach układu oddechowego.

Wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu i oczekiwaniom, wprowadzono rehabilitację schorzeń narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym. Pacjent może uczestniczyć w rehabilitacji, nie opuszczając miejsca zamieszkania.

Wskutek stałego wzrostu liczby osób niezdolnych do pracy z powodu chorób psychosomatycznych ZUS w 2005 r. poszerzył ofertę rehabilitacji leczniczej również o ten profil schorzenia.

W 2005 r. wprowadzono także ambulatoryjną rehabilitację kardiologiczną, która w 2009 r. została rozszerzona o nową formę rehabilitacji: monitorowaną telemedycznie kardiologiczną rehabilitację w warunkach domowych.

Wykres 3. Schemat wdrażania kolejnych profili rehabilitacji w podziale na tryby



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Wprowadzenie kolejnego profilu rehabilitacji to konsekwencja pojawienia się istotnego problemu społecznego, jakim jest wzrost zachorowań na choroby nowotworowe. Jednym z najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych u kobiet jest rak gruczołu piersiowego. W 2009 r. przeprowadzono pilotażowy program rehabilitacji skierowany do osób po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego. Jego wyniki potwierdziły zasadność wprowadzenia na stałe tego profilu do rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Analizy wykazały także, że blisko 25% ogółu chorób zawodowych orzekanych rocznie w Polsce stanowią choroby narządu głosu. Z tego powodu w 2013 r. został uruchomiony program pilotażowy dla osób ze schorzeniami narządu głosu. Z tej formy rehabilitacji mogą skorzystać osoby, dla których głos jest narzędziem pracy i które cierpią na zaburzenia jego funkcji.

W 2016 r. ZUS rozpoczął pilotażowy program wczesnej rehabilitacji leczniczej dla osób, które podczas wypadku, w szczególności wypadku przy pracy, doznały urazu narządu ruchu.

6. OSOBY UPRAWNIONE DO SKORZYSTANIA Z REHABILITACJI ZUS

Rehabilitacja lecznicza prowadzona przez ZUS skierowana jest do osób:

- ubezpieczonych, zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,
- uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Jednocześnie są to osoby, które rokują odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

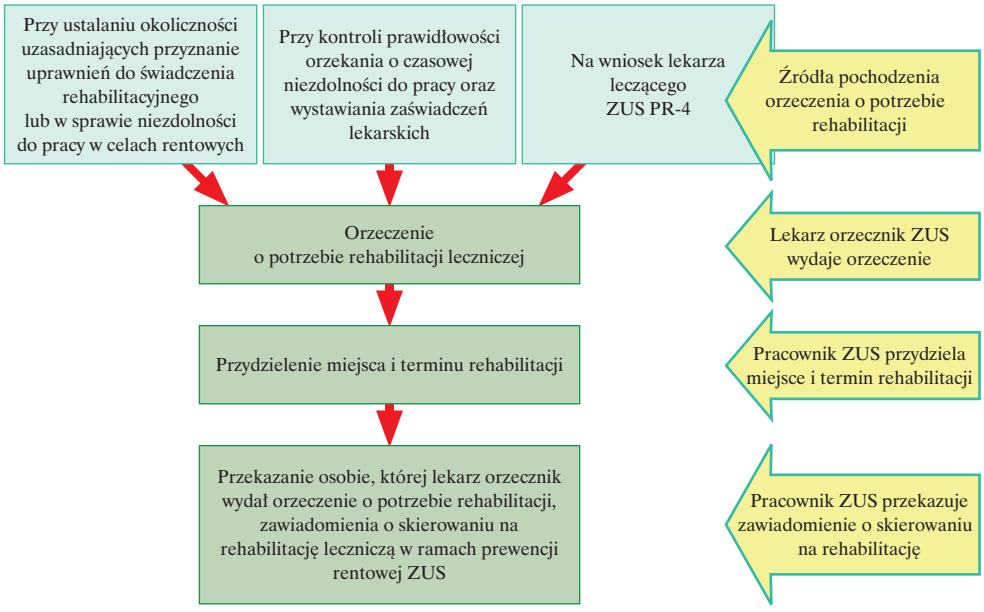
7. JAK UZYSKAĆ SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ

Wniosek o skierowanie na rehabilitację wystawia lekarz prowadzący, a osoba ubezpieczona składa go w dowolnej placówce ZUS. Po rozpatrzeniu wniosku osoba uprawniona do skorzystania z rehabilitacji jest badana przez lekarza orzecznika ZUS, który wydaje orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej. Takie orzeczenie lekarz orzecznik może również wydać w związku z:

- wykonywaniem kontroli zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy,
- orzekaniem o niezdolności do pracy w celu rentowym,
- orzekaniem w celu przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Po wydaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, które jest podstawą skierowania do ośrodka rehabilitacyjnego, osobie uprawnionej do tego świadczenia przydzielane jest miejsce w ośrodku rehabilitacyjnym o profilu zgodnym ze schorzeniem i wyznaczany jest termin rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego.

Wykres 4. Schemat postępowania przy obsłudze skierowań na rehabilitację



Źródło: opracowanie własne

8. CZAS TRWANIA REHABILITACJI

Standardowy czas trwania rehabilitacji leczniczej wynosi 24 dni, ale może on być przedłużony lub skrócony przez ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego, po uprzednim uzyskaniu zgody ZUS, w przypadku:

- pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy po przedłużonym czasie trwania rehabilitacji,
- wcześniejszego przywrócenia zdolności do pracy,
- zaistnienia innych przyczyn leżących po stronie osoby skierowanej na rehabilitację.

9. KOSZTY REHABILITACJI

Zakład Ubezpieczeń Społecznych ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

10. CO OBEJMUJE PROGRAM REHABILITACJI

Kompleksowa rehabilitacja lecznicza obejmuje ustalony indywidualnie program ukierunkowany na leczenie schorzenia, które jest przyczyną skierowania na rehabilitację, oraz schorzeń współistniejących. Program uwzględnia w szczególności:

- różne formy rehabilitacji ruchowej, czyli ćwiczenia indywidualne i grupowe, ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, leczenia ultradźwiękami, a także masażu,
- rehabilitację psychologiczną, w tym m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne,
- edukację zdrowotną ukierunkowaną na przekazywanie informacji dotyczących:
  - zasad prawidłowego żywienia,
  - czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych,
  - podstawowej wiedzy o procesie chorobowym uwzględniającej profil schorzenia,
  - czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy,
  - podstawowych informacji o prawach i obowiązkach pracodawcy oraz pracownika,
  - instruktażu, w jaki sposób kontynuować rehabilitację w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego.

Nad prawidłowym przebiegiem procesu rehabilitacyjnego czuwa zespół specjalistów, który realizuje program rehabilitacji w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną, zgodną ze współczesnymi standardami rehabilitacji. Ubezpieczeni mają dostęp do nowoczesnej bazy leczniczo-zabiegowej, a osiągane podczas zabiegów fizykalnych efekty terapeutyczne wzmacniane są poprzez edukację psychologiczną i zdrowotną.

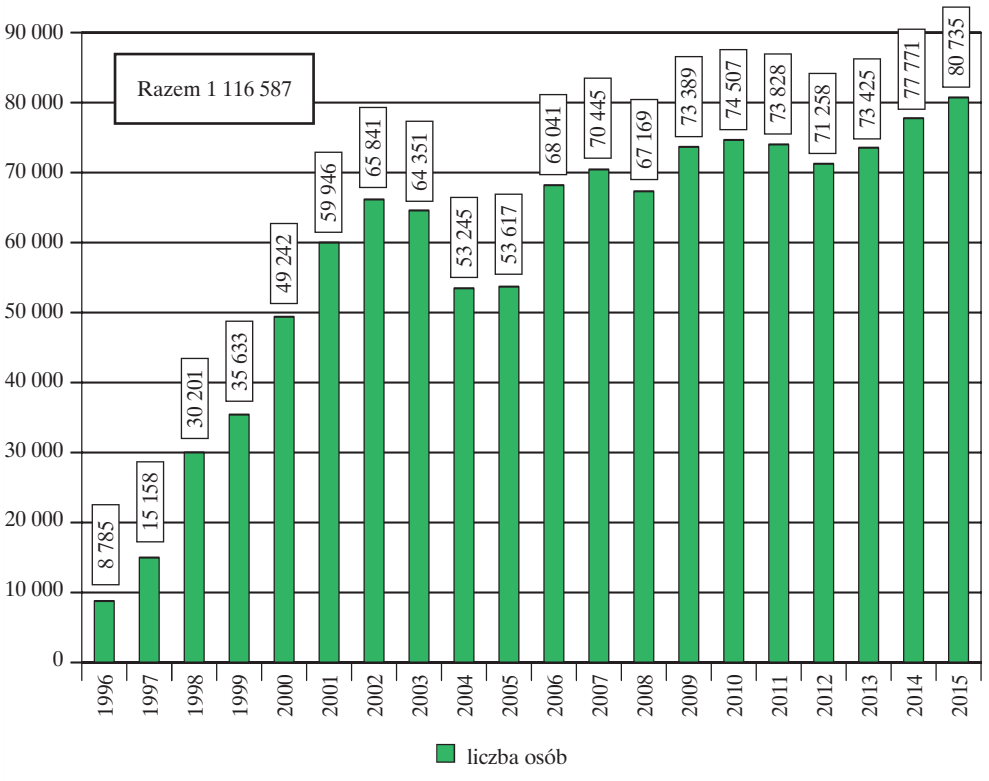
11. 20 LAT REHABILITACJI LECZNICZEJ W LICZBACH

Z prowadzonego od 20 lat programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS skorzystało ponad milion osób. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą, systematycznie wzrasta. W 1996 r., kiedy rozpoczęto realizować program rehabilitacyjny, ukończyło go ponad 8 tys. osób, zaś po 20 latach, w 2015 r. liczba ta wzrosła do ponad 80 tys.

Należy podkreślić, iż celem prowadzonego programu rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności w wyniku rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji przez osoby, które otrzymały orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej. Im wcześniej rozpoczęty będzie proces rehabilitacji, tym lepsze efekty można uzyskać.

W pierwszych latach prowadzenia programu rehabilitacji dominowały orzeczenia wydawane podczas orzekania o niezdolności do pracy w celach rentowych, które stanowiły ponad 40% wszystkich orzeczeń. Wychodząc z założenia, że rehabilitacja lecznicza ma przede wszystkim zapobiegać niezdolności do pracy, ZUS

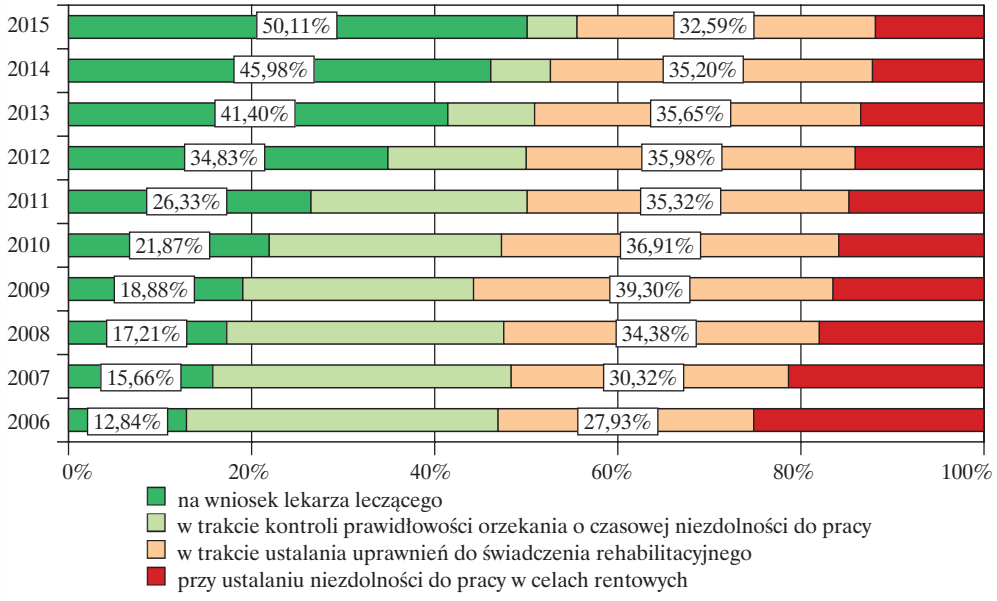
Wykres 5. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w latach 1996–2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

za nadrzędny cel uznał zwiększenie liczby osób, które skorzystają z rehabilitacji odpowiednio wcześnie, jeszcze przed rozpoczęciem pobierania świadczeń długookresowych. Im wcześniej zostanie podjęta rehabilitacja, tym jest ona efektywniejsza i rokuje szybszy powrót do pracy. Z tego względu przeprowadzono szeroko zakrojoną kampanię informującą o możliwości skorzystania z programu rehabilitacji – w mediach (prasa, radio, telewizja, internet) oraz poprzez plakaty i ulotki skierowane m.in. do lekarzy prowadzących leczenie. Na stronie internetowej ZUS umieszczono informacje, w jakich profilach jest prowadzona rehabilitacja lecznicza i kto może z niej skorzystać, oraz wzór wniosku o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji. Działania te zaowocowały sukcesywnym zwiększaniem liczby osób, które otrzymywały orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej na wniosek lekarza leczącego. Wykres 6 przedstawia strukturę procentową orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ostatnich 10 latach w podziale na źródła pochodzenia orzeczenia.

Wykres 6. Struktura procentowa orzeczeń o potrzebie rehabilitacji według źródła pochodzenia orzeczenia

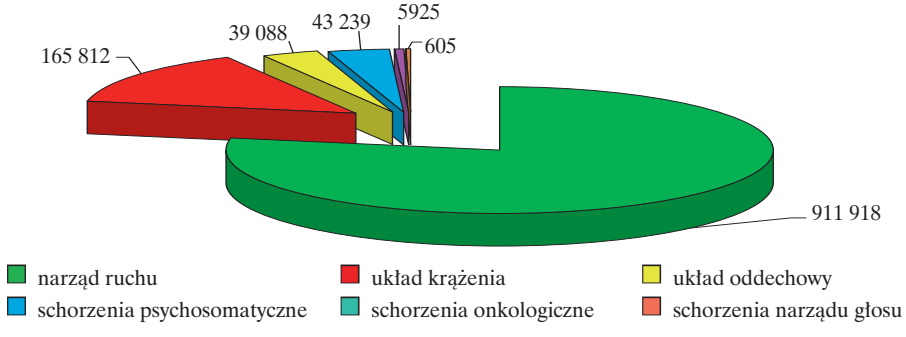


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Jak wynika z analizy przedstawionych danych, w 2015 r. źródłem ponad 50% orzeczeń o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji był wniosek lekarza leczącego.

Wśród osób, które przeszły rehabilitację leczniczą, dominują osoby ze schorzeniami narządu ruchu, drugie miejsce zajmują osoby z chorobami układu krążenia. Wykres 7 przedstawia dane pokazujące liczbę osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą w latach 1996–2015 w podziale na profile schorzeń.

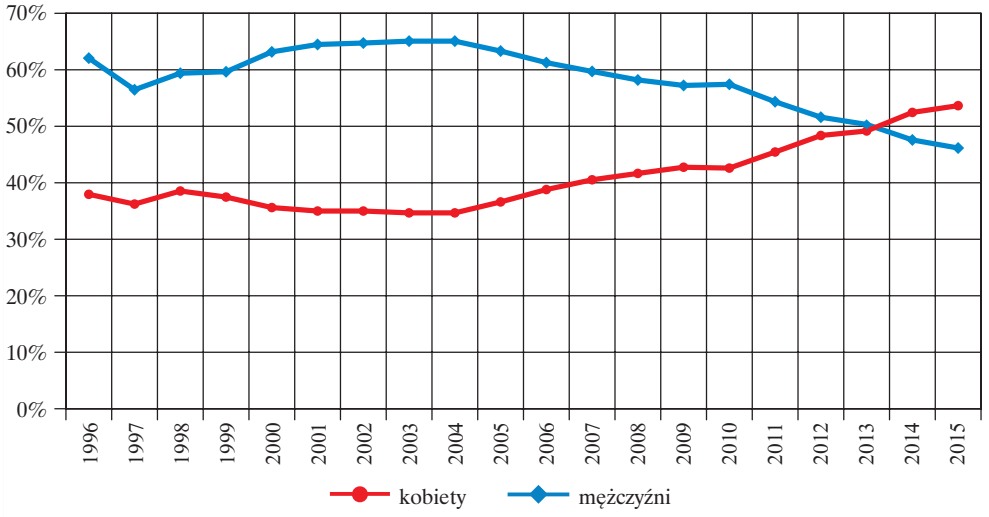
Wykres 7. Struktura populacji osób, które ukończyły rehabilitację w latach 1996–2015 w podziale na profile schorzeń



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Początkowo wśród osób, które ukończyły rehabilitację, dominowali mężczyźni. Od 2014 r. udział kobiet jest wyższy niż mężczyzn (wykres 8).

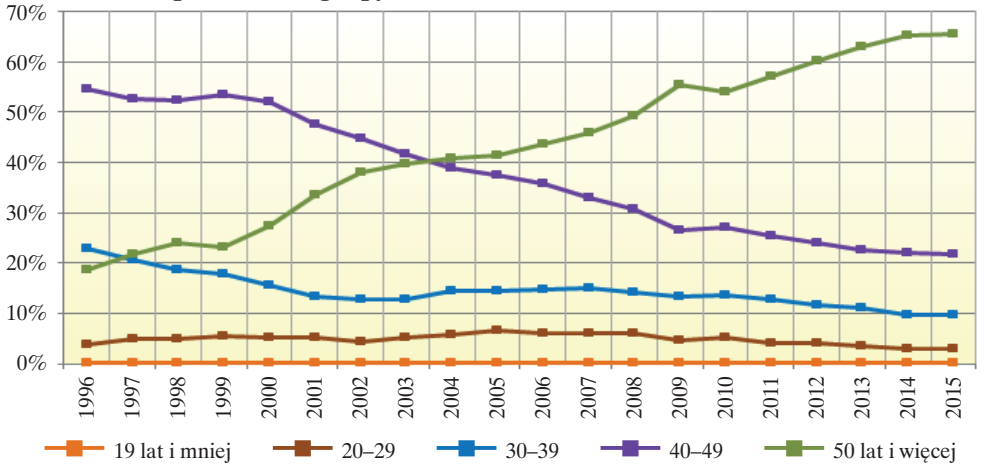
Wykres 8. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w latach 1996–2015 w podziale na płeć



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Badając strukturę wiekową osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą, można zauważyć, że z rehabilitacji korzysta coraz więcej osób, które mają ponad 50 lat (wykres 9).

Wykres 9. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w latach 1996–2015 w podziale na grupy wiekowe



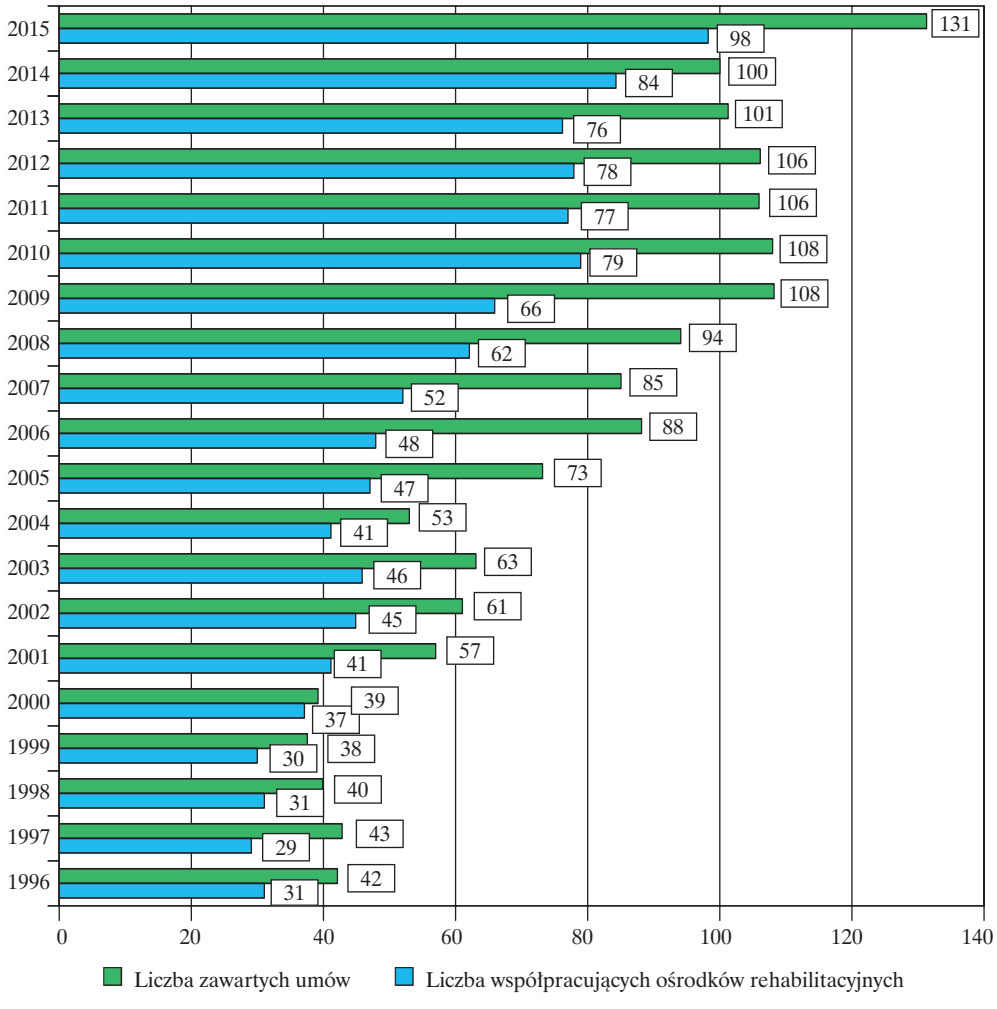
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

12. OŚRODKI WSPÓŁPRACUJĄCE Z ZAKŁADEM UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rehabilitację leczniczą na podstawie umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi spełniającymi określone przez ZUS wymagania prawne, lokalowe, kadrowe i medyczne. Ośrodki wybierane są na podstawie ogłoszonego przez zakład konkursu ofert.

W 1996 r. ZUS zawarł 42 umowy na prowadzenie usług rehabilitacyjnych w 31 ośrodkach, natomiast 20 lat później rehabilitacja prowadzona była już w 98 ośrodkach na podstawie 131 umów (wykres 10).

Wykres 10. Liczba ośrodków współpracujących z ZUS w latach 1996–2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Spośród wszystkich umów zawartych na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym ponad 80% realizowanych jest w ośrodkach położonych w miejscowościach uzdrowiskowych. Podstawą rehabilitacji leczniczej są wymagania stawiane przez ZUS ośrodkom rehabilitacyjnym. Wymagania te w ciągu 20 lat znacznie się zmieniły.

Realizacja programu rehabilitacji zgodnie z zawartymi umowami jest systematycznie kontrolowana przez ZUS, który sprawdza jakość usług świadczonych przez ośrodki. Kontrola obejmuje w szczególności: poprawność dokumentowania przebiegu procesu diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego, poprawność prowadzenia form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej, przestrzeganie wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych oraz wyniki rehabilitacji. Kontrolowane są wszystkie ośrodki rehabilitacyjne. Ponadto analizowana jest dokumentacja medyczna sporządzana w ośrodku rehabilitacyjnym dotycząca losowo wybranych osób uczestniczących w programie rehabilitacji. Ocenie podlega przede wszystkim indywidualnie ustalony dla każdego pacjenta program rehabilitacji, w tym liczba zabiegów i ćwiczeń, oddziaływania psychologiczne, zakres tematyczny edukacji zdrowotnej oraz zgłaszane przez pacjentów uwagi i zastrzeżenia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadza także anonimowe ankiety wśród osób poddanych rehabilitacji leczniczej po jej ukończeniu, aby pozyskać opinie dotyczące organizacji i sposobu realizacji programu rehabilitacji w poszczególnych ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS. Umożliwia to poznanie subiektywnej oceny pacjentów w zakresie sprawowanej opieki medycznej, jakości zastosowanych procedur rehabilitacyjnych, warunków hotelowych i wyżywienia. Ankieta jest wykorzystywana także w planowaniu kontroli realizacji umów na prowadzenie usług rehabilitacyjnych zawartych przez ZUS.

13. ANALIZA EFEKTYWNOŚCI REHABILITACJI

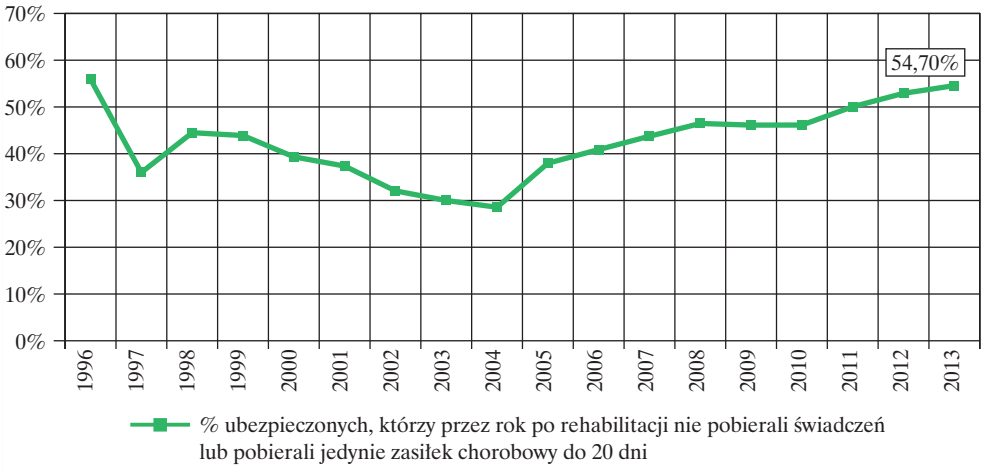
Wczesne rozpoznanie choroby oraz wczesne wdrożenie właściwego leczenia i rehabilitacji mogą przyczynić się do poprawy stanu zdrowia i zapobiec ewentualnym trwałym następstwom chorób oraz – co za tym idzie – zmniejszyć koszty długotrwałego leczenia i niezdolności do pracy. Dzięki współpracy z ośrodkami rehabilitacyjnymi do dyspozycji osób kierowanych na rehabilitację przez ZUS pozostaje ponad 80 tys. miejsc rocznie.

Przeniesienie założeń polskiej szkoły rehabilitacji do prowadzonych przez ZUS programów podnosi skuteczność i efektywność rehabilitacji, która obecnie wynosi ponad 54%.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych bada, czy i jakie świadczenia osoba skierowana na rehabilitację pobierała po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego. Przyjęto,

że rehabilitację leczniczą uważa się za skuteczną, jeśli przez 12 miesięcy po jej zakończeniu osoba, która ukończyła rehabilitację, nie korzystała z żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub jedynym świadczeniem pobieranym po rehabilitacji był zasiłek chorobowy nieprzekraczający 20 dni. Wyniki zaprezentowane na wykresie 11 pokazują efektywność rehabilitacji leczniczej w latach 1996–2013.

Wykres 11. Efektywność rehabilitacji leczniczej w latach 1996–2013 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS z lat 1996–2015

Jak wynika z przytoczonych danych, rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS jest niezwykle korzystna, gdyż dzięki poprawie stanu zdrowia ubezpieczeni odzyskują zdolność do pracy, poprawiając tym samym swój status społeczny i jakość życia.

14. REHABILITACJA LECZNICZA W 2016 R.

Aktualnie Zakład kieruje na rehabilitację leczniczą:

- na pobyt stacjonarny osoby:
  - ze schorzeniami narządu ruchu,
  - ze schorzeniami układu krążenia,
  - ze schorzeniami układu oddechowego,
  - ze schorzeniami psychosomatycznymi,
  - po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego,
  - ze schorzeniami narządu głosu,
  - które podczas wypadku, w szczególności wypadku przy pracy, doznały urazu narządu ruchu,

- na pobyt ambulatoryjny osoby:
  - ze schorzeniami narządu ruchu,
  - ze schorzeniami układu krążenia, w tym na rehabilitację monitorowaną telemedycznie.

W 2016 r. koszty zakładu na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej wyniosły 186 689 665,14 zł. W kwocie tej zawarte są m.in. koszty leczenia, zakwaterowania i wyżywienia oraz dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego z miejsca zamieszkania i z powrotem najtańszym środkiem komunikacji publicznej oraz koszty opłaty uzdrowiskowej.

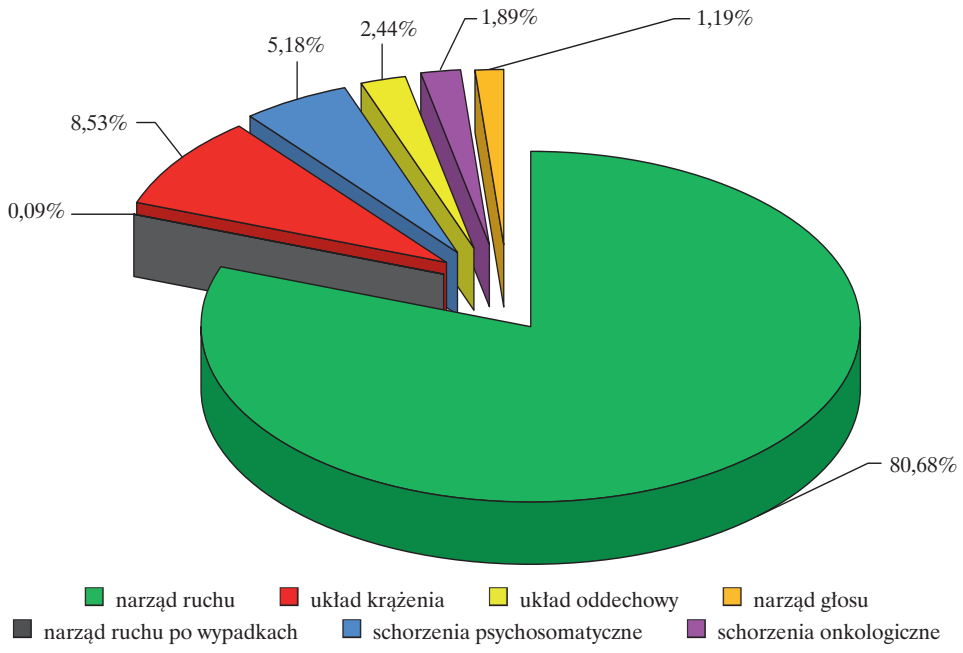
Rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w 2016 r. ukończyło 85 417 osób. W populacji tej dominowały osoby ze schorzeniami narządu ruchu. Z powodu tych chorób leczeniu rehabilitacyjnemu poddano 68,9 tys. osób, z czego 59,8 tys. w systemie stacjonarnym i 9,1 tys. w systemie ambulatoryjnym. Drugą pod względem liczebności grupę rehabilitowanych stanowiły osoby z chorobami układu krążenia. Z powodu tych chorób rehabilitację odbyło 7,3 tys. osób. Z rehabilitacji skorzystało także 4,4 tys. osób z chorobami psychosomatycznymi i 2,1 tys. osób z chorobami układu oddechowego. W schorzeniach onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego rehabilitacji poddano ponad 1,6 tys. osób, w schorzeniach narządu głosu rehabilitację ukończyło 1,0 tys. osób skierowanych, natomiast 76 osób przeszło rehabilitację w ramach programu pilotażowego rehabilitacji schorzeń narządu ruchu we wczesnych stanach po wypadkach.

Tabela 1. Struktura populacji osób, które ukończyły rehabilitację, w podziale na schorzenia i system rehabilitacji

Lp.	Schorzenia	W systemie		Ogółem	
		stacjonarnym	ambulatoryjnym	liczba	%
1	narządu ruchu	59 829	9 084	**68 913**	80,68%
2	narządu ruchu po wypadkach	76		**76**	0,09%
3	układu krążenia	6 818	470	**7 288**	8,53%
4	psychosomatyczne	4 422		**4 422**	5,18%
5	układu oddechowego	2 082		**2 082**	2,44%
6	onkologiczne	1 616		**1 616**	1,89%
7	narządu głosu	1 020		**1 020**	1,19%
Ogółem		**75 863**	**9 554**	**85 417**	**100,00%**

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Wykres 12. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w 2016 r. według rodzaju schorzenia

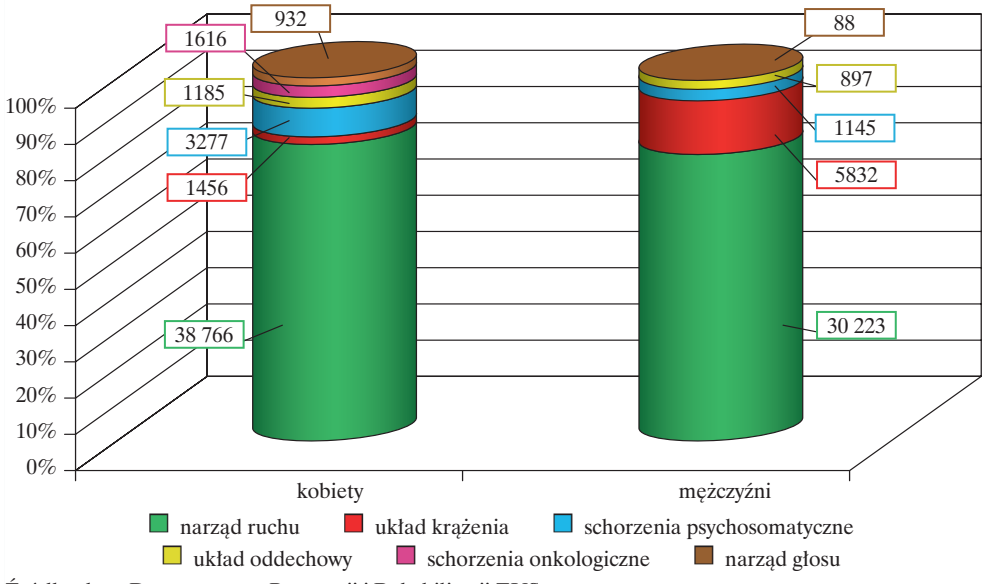


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

W grupie osób poddanych rehabilitacji leczniczej przeważały, podobnie jak w 2015 r., kobiety – 55,3% osób rehabilitowanych. Mężczyzn poddanych rehabilitacji w 2016 r. było 38 185, co stanowi 44,7% ogółu. Mężczyźni dominowali w grupie chorób układu krążenia, stanowili 80% rehabilitowanych kardiologicznie. Kobiety przeważały w pozostałych grupach schorzeń. W najliczniejszej grupie chorób narządu ruchu odsetek ten wynosił 56,2%. Na poziomie 56,9% kształtował się odsetek kobiet w grupie chorób układu oddechowego. Najwyższy, bo 100% udział kobiet, odnotowano wśród osób z chorobami onkologicznymi po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego oraz wśród osób z chorobami psychosomatycznymi, gdzie kobiety stanowiły 74,1%. W rozpoczętym we wrześniu 2016 r. pilotażowym programie rehabilitacji w schorzeniach narządu ruchu we wczesnych stanach po wypadku udział wzięło 32 mężczyzn i 44 kobiety.

Wśród osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 2016 r. zdecydowaną większość, bo 97,6% stanowiły osoby, u których niezdolność do pracy nie była spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. Następstwa wypadków przy pracy były powodem rehabilitacji 2,3%, a skutki chorób zawodowych – 0,1% analizowanej populacji.

Wykres 13. Struktura populacji osób, które ukończyły rehabilitację, w podziale na schorzenia i płeć



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

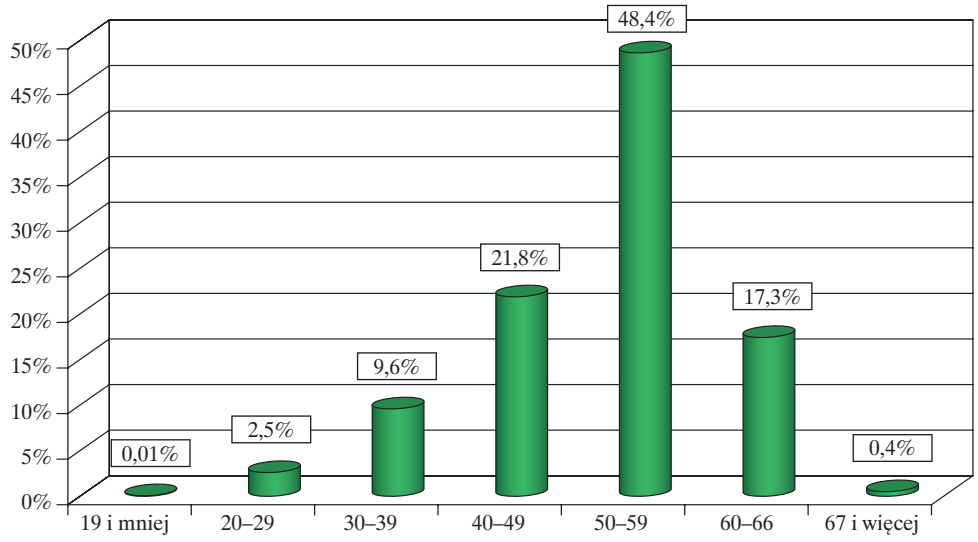
Tabela 2. Rehabilitowani z podziałem na grupy schorzeń, w następstwie których zostali poddani rehabilitacji leczniczej, oraz na okoliczności powstania niezdolności do pracy

Schorzenia	Ogółem		W tym rehabilitowani w schorzeniach powstałych w związku z:			
			wypadkami przy pracy		chorobami zawodowymi	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
narządu ruchu	68 913	80,7%	1 957	98,4%	26	53,1%
narządu ruchu po wypadkach	76	0,1%	1	0,1%		
układu krążenia	7 288	8,5%	9	0,5%		
psychosomatyczne	4 422	5,2%	20	1,0%		
układu oddechowego	2 082	2,4%	1	0,1%	10	20,4%
onkologiczne	1 616	1,9%				
narządu głosu	1 020	1,2%			13	26,5%
Ogółem	**85 417**	**100,0%**	**1 988**	**100,0%**	**49**	**100,0%**

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Najliczniejszą grupą wśród osób, którzy ukończyły rehabilitację leczniczą w 2016 roku, były osoby w wieku 50–59 lat. Osoby z tej grupy wiekowej stanowiły 48,4% ogółu rehabilitowanych w ramach prewencji rentowej. Drugą w kolejności grupę tworzyły osoby pomiędzy 40 a 49 rokiem, które stanowiły 21,8% badanych.

Wykres 14. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji według grup wiekowych



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

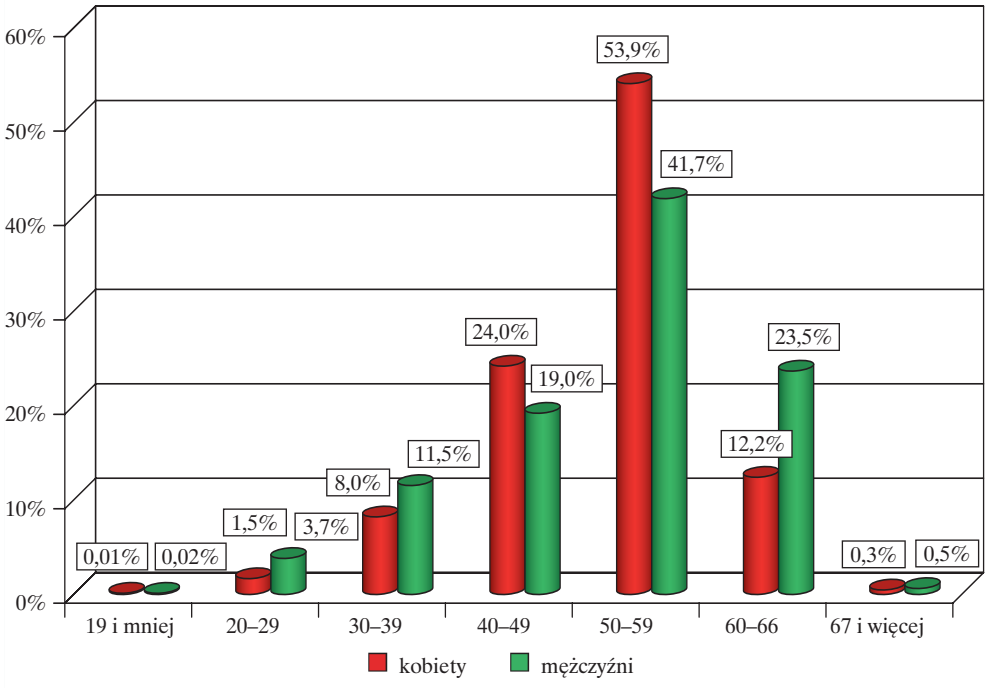
Tabela 3. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację, w podziale na grupy wiekowe i płeć

Grupy wiekowe	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
19 i mniej	3	9	12
20–29	723	1 424	2 147
30–39	3 793	4 378	8 171
40–49	11 350	7 257	18 607
50–59	25 441	15 935	41 376
60–66	5 769	8 984	14 753
67 i więcej	153	198	351
Średni wiek	**51,4**	**51,6**	**51,5**

Źródło: Dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Podobne tendencje można zauważyć, rozpatrując w różnych grupach wiekowych płeć populacji osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą. Zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn najliczniej reprezentowaną grupę tworzyły osoby w wieku 50–59 lat. Jednakże udział procentowy mężczyzn z tej grupy wiekowej (41,7%) w stosunku do ogółu mężczyzn jest mniejszy niż kobiet (około 53,9%) w stosunku do ogółu kobiet.

Wykres 15. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w poszczególnych grupach wiekowych z podziałem na płeć



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Średni wiek osób, które ukończyły rehabilitację w 2016 r., wynosił nieco ponad 51 lat: mężczyzn – 51,6 lat, kobiet – 51,4 lat. Grupę z najwyższą średnią wieku stanowili rehabilitowani z powodu chorób układu krążenia – wiek ich wynosił ponad 55 lat. Średni wiek mężczyzn w tej grupie wynosił 56,2 lat, a kobiet 54,6 lat. Najmłodszą grupę wiekową tworzyli rehabilitowani w schorzeniach narządu ruchu we wczesnych stanach po wypadkach i schorzeniach psychosomatycznych. W grupach tych średni wiek wyniósł odpowiednio 43,9 i 49,4 lat. W najliczniejszej grupie rehabilitowanych z powodu chorób narządu ruchu średni wiek mężczyzn wyniósł 50,6 lat, a kobiet – 51,4 lat.

Tabela 4. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji według rodzaju schorzenia z podziałem na grupy wiekowe (w momencie rozpoczęcia rehabilitacji) i płeć

Grupy wiekowe z podziałem na schorzenia:	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
narządu ruchu, w tym we wczesnych stanach po wypadkach	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
19 lat i mniej	0,0%	0,0%	0,0%
20–29	1,6%	4,5%	2,9%
30–39	8,1%	13,4%	10,4%
40–49	23,8%	20,4%	22,3%
50–59	53,5%	39,5%	47,4%
60–66	12,6%	21,6%	16,6%
67 lat i więcej	0,3%	0,5%	0,4%
Średni wiek	**51,4**	**50,6**	**51,1**
układu krążenia	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
19 lat i mniej	0,0%	0,0%	0,0%
20–29	0,2%	0,3%	0,3%
30–39	2,4%	1,9%	2,0%
40–49	14,6%	11,7%	12,3%
50–59	63,9%	52,2%	54,6%
60–66	18,3%	33,3%	30,3%
67 lat i więcej	0,6%	0,6%	0,6%
Średni wiek	**54,6**	**56,2**	**55,9**
psychosomatyczne	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
19 lat i mniej	0,0%	0,0%	0,0%
20–29	2,4%	2,6%	2,5%
30–39	11,9%	13,6%	12,3%
40–49	31,7%	24,0%	29,7%
50–59	48,4%	40,9%	46,5%
60–66	5,6%	18,9%	9,0%
67 lat i więcej	0,0%	0,0%	0,0%
Średni wiek	**49,0**	**50,5**	**49,4**

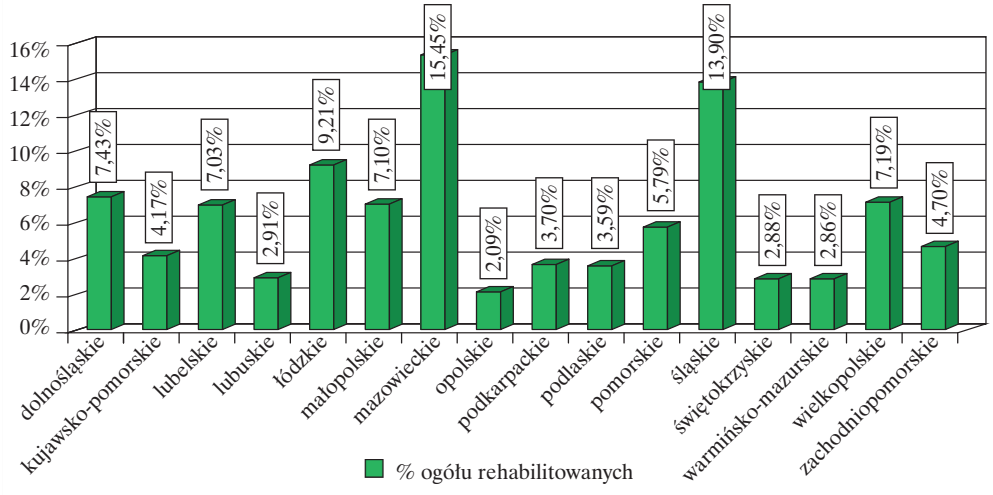
cd. tabeli 4

Grupy wiekowe z podziałem na schorzenia:	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
układu oddechowego	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
19 lat i mniej	0,0%	0,0%	0,0%
20–29	1,0%	1,3%	1,2%
30–39	6,7%	7,0%	6,8%
40–49	20,1%	13,7%	17,3%
50–59	57,4%	47,5%	53,1%
60–66	14,5%	29,8%	21,1%
67 lat i więcej	0,3%	0,7%	0,5%
Średni wiek	**52,3**	**54,6**	**53,3**
onkologiczne	**100,0%**	**0,0%**	**100,0%**
19 lat i mniej	0,0%	0,0%	0,0%
20–29	0,1%	0,0%	0,1%
30–39	5,0%	0,0%	5,0%
40–49	23,7%	0,0%	23,7%
50–59	59,2%	0,0%	59,2%
60–66	11,8%	0,0%	11,8%
67 lat i więcej	0,2%	0,0%	0,2%
Średni wiek	**52,4**	**—**	**52,4**
narządu głosu			
19 lat i mniej	0,0%	0,0%	0,0%
20–29	0,4%	0,0%	0,4%
30–39	5,3%	4,5%	5,2%
40–49	25,6%	12,5%	24,5%
50–59	60,2%	55,7%	59,8%
60–66	8,2%	22,7%	9,4%
67 lat i więcej	0,3%	4,5%	0,7%
Średni wiek	**51,6**	**55,6**	**51,9**

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

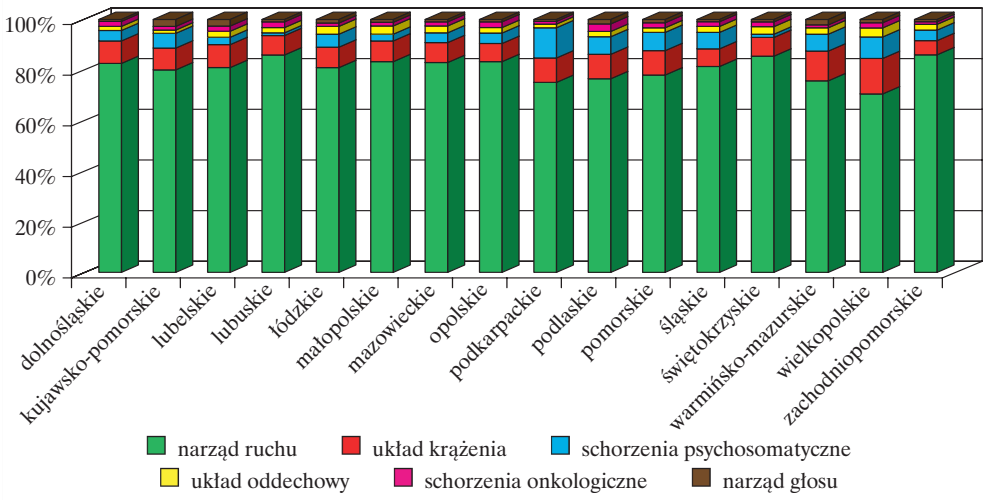
Analizując populację rehabilitowanych według województwa odpowiadającego miejscu zamieszkania, można stwierdzić, że najczęściej kierowani na rehabilitację byli mieszkańcy województw: mazowieckiego, śląskiego i łódzkiego. Stanowią oni łącznie prawie 40% wszystkich osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 2016 r.

Wykres 16. Podział populacji osób poddanych rehabilitacji według województw odpowiadających miejscu zamieszkania



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

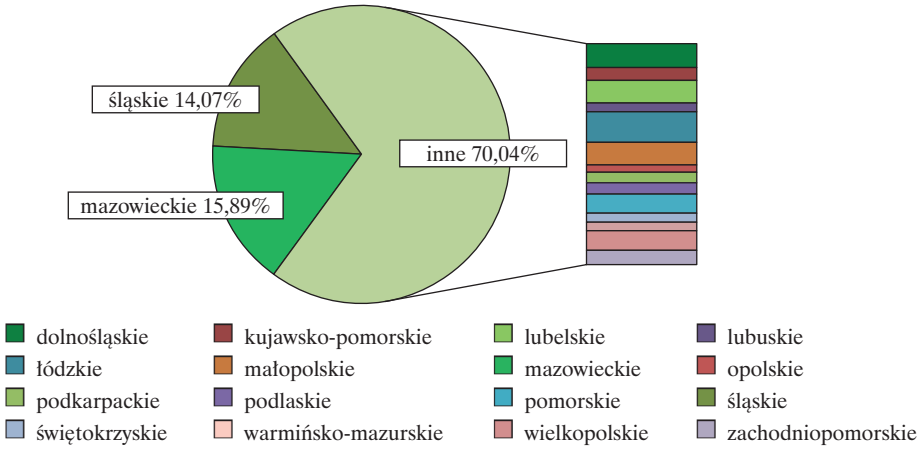
Wykres 17. Struktura osób poddanych rehabilitacji według województw odpowiadających miejscu zamieszkania z uwzględnieniem grupy schorzeń



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Najwięcej osób ze schorzeniami narządu ruchu zostało skierowanych z województw mazowieckiego i śląskiego.

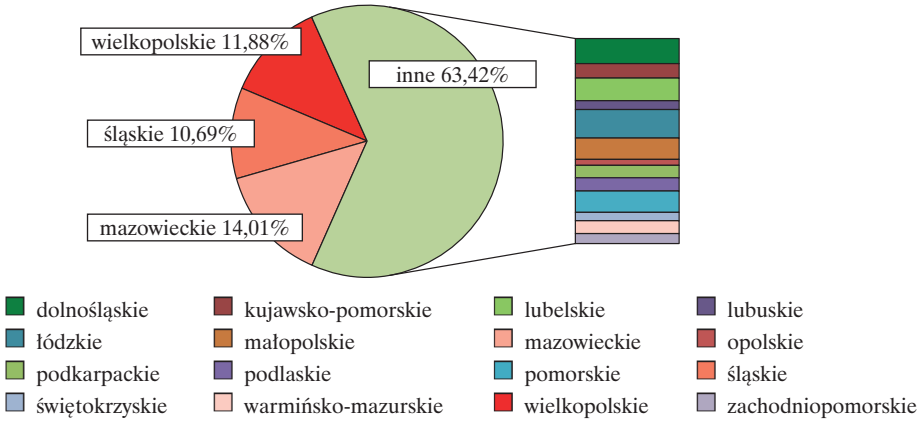
Wykres 18. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w schorzeniach narządu ruchu według województw odpowiadających miejscu zamieszkania



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Schorzenia układu krążenia dominowały u osób zamieszkujących województwa mazowieckie, wielkopolskie i śląskie.

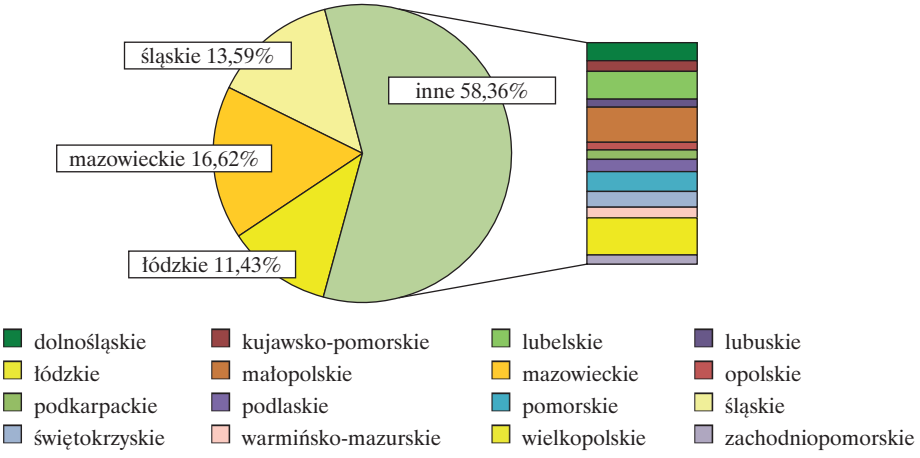
Wykres 19. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w schorzeniach układu krążenia według województw odpowiadających miejscu zamieszkania



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

W grupie osób z chorobami układu oddechowego przeważali mieszkańcy województw mazowieckiego, śląskiego i łódzkiego.

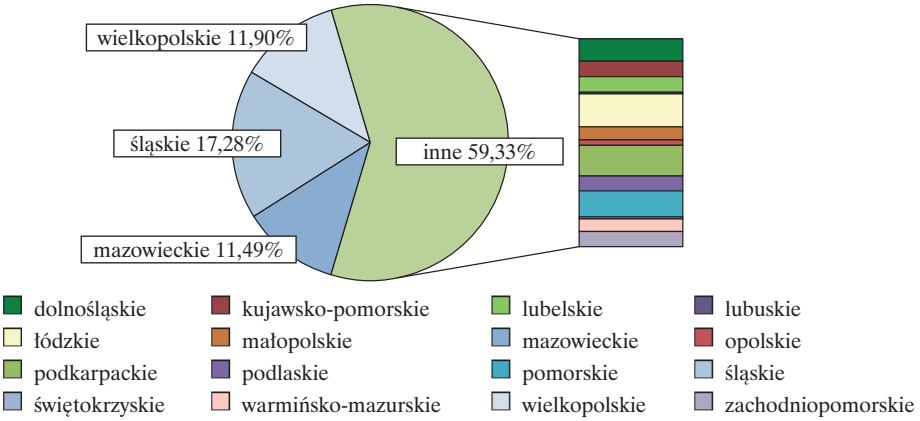
Wykres 20. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w schorzeniach układu oddechowego według województw odpowiadających miejscu zamieszkania



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

W grupie osób ze schorzeniami psychosomatycznymi przeważali mieszkańcy województw śląskiego, wielkopolskiego i mazowieckiego.

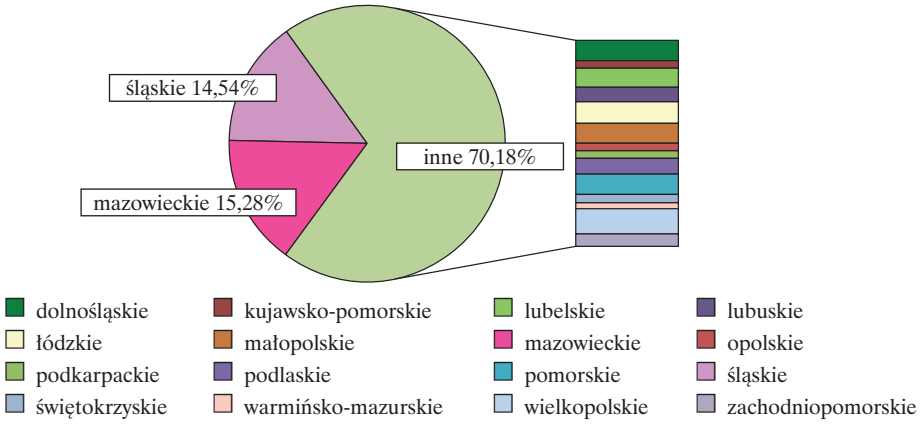
Wykres 21. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w schorzeniach psychosomatycznych według województw odpowiadających miejscu zamieszkania



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

W grupie osób ze schorzeniami onkologicznymi przeważali mieszkańcy województw mazowieckiego i śląskiego.

Wykres 22. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w schorzeniach onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego według województw odpowiadających miejscu zamieszkania



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Szczegółowe dane dotyczące populacji osób, które ukończyły rehabilitację według województw odpowiadających miejscu zamieszkania w poszczególnych grupach schorzeń prezentują tabele poniżej.

Tabela 5. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację, według grup schorzeń oraz województwa odpowiadającemu miejscu zamieszkania

Województwo	Schorzenia						Ogółem
	narządu ruchu	układu krążenia	psycho-somatyczne	układu oddechowego	onkologiczne	narządu głosu	
dolnośląskie	5 228	581	263	101	114	58	6 345
kujawsko-pomorskie	2 856	299	207	64	41	94	3 561
lubelskie	4 866	520	198	148	107	170	6 009
lubuskie	2 139	190	29	38	73	15	2 484
łódzkie	6 359	640	408	238	123	95	7 863
małopolskie	5 056	481	174	193	107	55	6 066

cd. tabeli 5

Województwo	Schorzenia						Ogółem
	narządu ruchu	układu krążenia	psycho-somatyczne	układu oddecho-wego	onkolo-giczne	narządu głosu	
mazowieckie	10 963	1 021	508	346	247	110	13 195
opolskie	1 487	126	73	43	42	14	1 785
podkarpackie	2 368	306	372	50	42	20	3 158
podlaskie	2 356	294	199	71	90	59	3 069
pomorskie	3 870	487	327	107	107	50	4 948
śląskie	9 707	779	764	283	235	107	11 875
świętokrzyskie	2 102	186	26	82	45	18	2 459
warmińsko-mazurskie	1 852	280	159	61	38	49	2 439
wielkopolskie	4 332	866	526	205	134	80	6 143
zachodniopomorskie	3 448	232	189	52	71	26	4 018
Ogółem	**68 989**	**7 288**	**4 422**	**2 082**	**1 616**	**1 020**	**85 417**

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Tabela 6. Procentowy udział osób poddanych rehabilitacji w poszczególnych grupach schorzeń w podziale na województwa odpowiadające miejscu zamieszkania

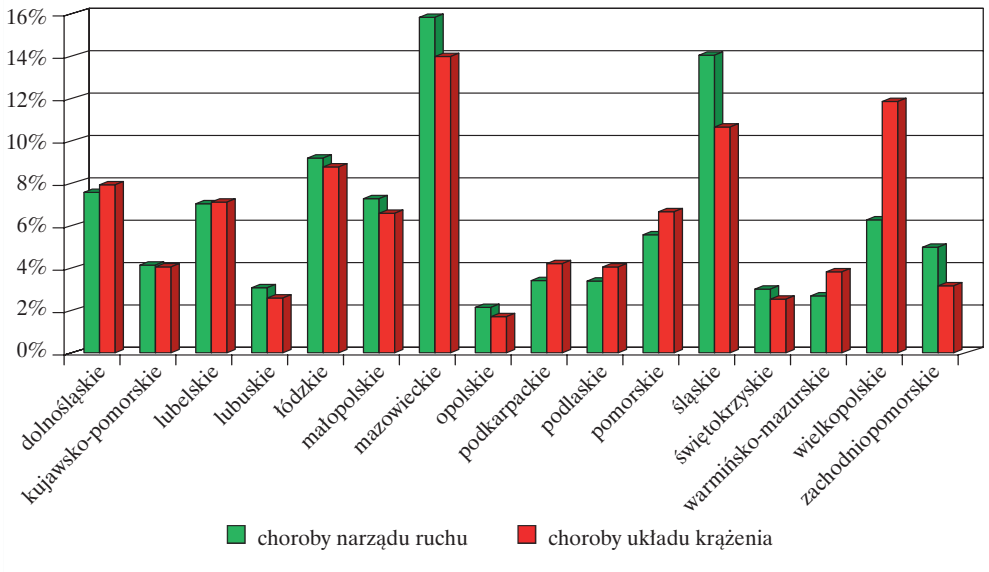
Województwo	Schorzenia						Ogółem
	narządu ruchu	układu krążenia	psycho-somatyczne	układu oddecho-wego	onkolo-giczne	narządu głosu	
dolnośląskie	82,40%	9,16%	4,14%	1,59%	1,80%	0,91%	100%
kujawsko-pomorskie	80,20%	8,40%	5,81%	1,80%	1,15%	2,64%	100%
lubelskie	80,98%	8,65%	3,30%	2,46%	1,78%	2,83%	100%
lubuskie	86,11%	7,65%	1,17%	1,53%	2,94%	0,60%	100%
łódzkie	80,87%	8,14%	5,19%	3,03%	1,56%	1,21%	100%
małopolskie	83,35%	7,93%	2,87%	3,18%	1,76%	0,91%	100%
mazowieckie	83,08%	7,74%	3,85%	2,62%	1,87%	0,83%	100%

cd. tabeli 6

Województwo	Schorzenia						Ogółem
	narządu ruchu	układu krążenia	psycho-somatyczne	układu oddechowego	onkologiczne	narządu głosu	
opolskie	83,31%	7,06%	4,09%	2,41%	2,35%	0,78%	100%
podkarpackie	74,98%	9,69%	11,78%	1,58%	1,33%	0,63%	100%
podlaskie	76,77%	9,58%	6,48%	2,31%	2,93%	1,92%	100%
pomorskie	78,21%	9,84%	6,61%	2,16%	2,16%	1,01%	100%
śląskie	81,74%	6,56%	6,43%	2,38%	1,98%	0,90%	100%
świętokrzyskie	85,48%	7,56%	1,06%	3,33%	1,83%	0,73%	100%
warmińsko-mazurskie	75,93%	11,48%	6,52%	2,50%	1,56%	2,01%	100%
wielkopolskie	70,52%	14,10%	8,56%	3,34%	2,18%	1,30%	100%
zachodniopomorskie	85,81%	5,77%	4,70%	1,29%	1,77%	0,65%	100%
Ogółem	**80,77%**	**8,53%**	**5,18%**	**2,44%**	**1,89%**	**1,19%**	**100%**

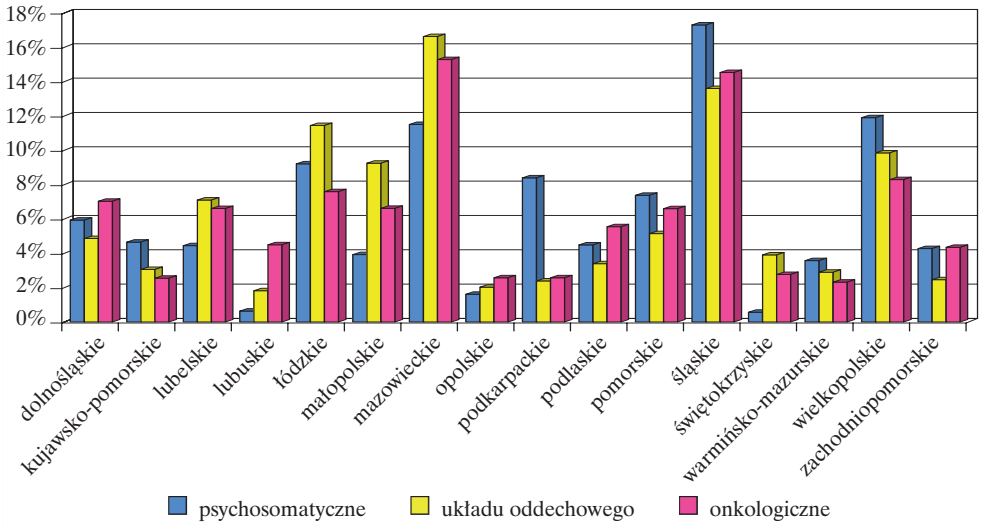
Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Wykres 23. Struktura porównawcza populacji osób poddanych rehabilitacji z powodu chorób narządu ruchu oraz układu krążenia w podziale na województwa odpowiadające miejscu zamieszkania



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Wykres 24. Struktura porównawcza osób poddanych rehabilitacji z powodu chorób psychosomatycznych, układu oddechowego i po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego w podziale na województwa odpowiadające miejscu zamieszkania



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Analiza rodzaju schorzeń, które były przyczyną skierowania na rehabilitację leczniczą w 2016 r., jednoznacznie wskazuje, że najczęstszą przyczyną rehabilitacji były schorzenia narządu ruchu, a wśród nich choroby krążka międzykręgowego (M51). Choroby te stanowiły podstawę skierowania na rehabilitację 15 283 osób, co stanowiło 22,2% osób poddanych rehabilitacji leczniczej narządu ruchu. Kolejnym schorzeniem, będącym przyczyną rehabilitacji 18,1% osób rehabilitowanych w tej grupie schorzeń, były zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47). Chorobę tę odnotowano u 12 484 osób rehabilitowanych. W schorzeniach układu krążenia dominowały osoby z przewlekłą chorobą niedokrwienną serca (I20–I25). Według rozpoznania lekarzy orzeczników w tej grupie schorzeń, choroby te w ponad 75% były przyczyną skierowania na rehabilitację (5485 przypadków). W grupie schorzeń układu oddechowego przeważały: dychawica oskrzelowa (J45) oraz inna przewlekła zaporowa choroba płuc (J44). W 2016 r. 1005 orzeczeń wskazywało jako przyczynę rehabilitacji dychawicę oskrzelową (J45), co stanowi 48,3% osób poddanych rehabilitacji układu oddechowego, natomiast inne przewlekłe zaporowe choroby płuc (J44) zostały stwierdzone w 420 przypadkach, co stanowi 20,2% osób rehabilitowanych z powodu schorzeń układu oddechowego. Na rehabilitację z powodu schorzeń psychosomatycznych kierowane były najczęściej osoby z rozpoznaniem:

reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43). U ponad 95% osób skierowanych na rehabilitację w profilu onkologicznym przyczyną wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji był nowotwór złośliwy piersi (C50). Wśród osób ze schorzeniami narządu głosu dominowały osoby z przewlekłym zapaleniem krtani oraz krtani i tchawicy (J37). Choroby te stanowiły podstawę skierowania na rehabilitację ponad 50% osób w tej grupie schorzeń.

Tabela 7. Ubezpieczeni poddani rehabilitacji w podziale na schorzenia z uwzględnieniem klasyfikacji ICD-10

Schorzenia	Nr statystyczny choroby (według ICD-10), która była najczęstszą przyczyną rehabilitacji	Liczba osób poddanych rehabilitacji	Odsetek osób w danym schorzeniu	Odsetek osób w ogólnej liczbie osób poddanych rehabilitacji
narządu ruchu ogółem:		**68 989**		**80,77%**
z tego:	M51	15 283	22,2%	17,89%
	M47	12 484	18,1%	14,62%
	G54	8 613	12,5%	10,08%
układu krążenia ogółem:		**7 288**		**8,53%**
z tego:	I25	5 134	70,4%	6,01%
	I10	562	7,7%	0,66%
	I20	247	3,4%	0,29%
psychosomatyczne ogółem:		**4 422**		**5,18%**
z tego:	F43	1 469	33,2%	1,72%
	F41	952	21,5%	1,11%
	F32	714	16,1%	0,84%
układu oddechowego ogółem:		**2 082**		**2,44%**
z tego:	J45	1 005	48,3%	1,18%
	J44	420	20,2%	0,49%
	J37	99	4,8%	0,12%
onkologiczne ogółem:		**1 616**		**1,89%**
z tego:	C50	1 545	95,6%	1,81%
narządu głosu ogółem:		**1 020**		**1,19%**
z tego:	J37	538	52,7%	0,63%
	J38	181	17,7%	0,21%
	R49	162	15,9%	0,19%
Ogółem		**85 417**		**100%**

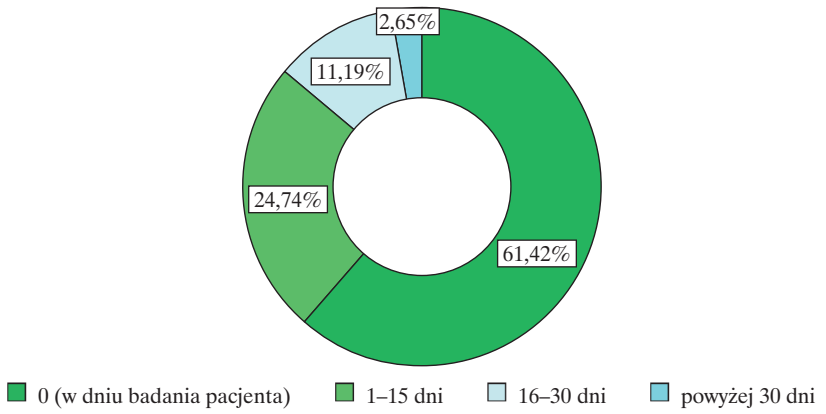
Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Dążąc do osiągnięcia jak najlepszych efektów w zakresie realizacji celu rehabilitacji leczniczej, ZUS sięgnął po nowoczesne metody zarządzania w tym obszarze. Jednym z istotnych elementów takiego podejścia jest zaprojektowanie przebiegu procesów w sposób odpowiedni do realizowanych zadań, z optymalnym wykorzystaniem posiadanych zasobów, a także prowadzenie spójnej polityki informacyjnej na temat możliwości skorzystania z programu rehabilitacji leczniczej.

Utrzymanie wysokiego standardu obsługi klienta oraz wzrost jego satysfakcji ze świadczonych usług są wyznacznikami głównych kierunków działań ZUS, m.in. w obszarze rehabilitacji leczniczej. Zwiększenie efektywności obsługi klientów było możliwe dzięki wdrożeniu rozwiązań umożliwiających ustalenie terminu oraz wydanie „Zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS" bezpośrednio po badaniu lekarskim. Prawie 62% zawiadomień przekazywanych jest osobom skierowanym w dniu wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

Rozkład procentowy długości czasu, jaki mija od wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do przekazania zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację przedstawia poniższy wykres.

Wykres 25. Struktura populacji osób rehabilitowanych w podziale na długość czasu od wydania orzeczenia do przekazania zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację



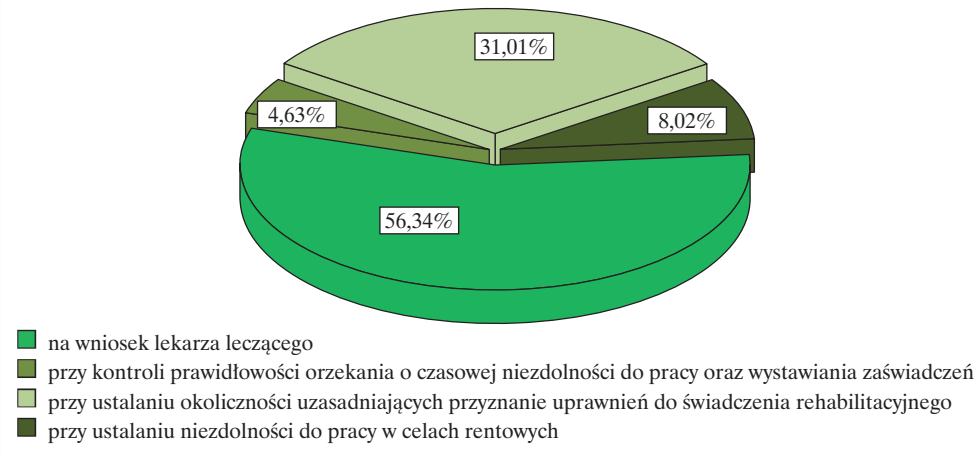
Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Z ogólnej liczby zawiadomień o skierowaniu 13,8% przekazywanych jest powyżej 16 dni od wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Dzieje się tak m.in. ze względu na 14-dniowy okres uprawomocnienia decyzji dotyczących świadczeń długoterminowych, czyli renty z tytułu niezdolności do pracy lub świadczenia rehabilitacyjnego.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje program rehabilitacji w tych grupach schorzeń, które stanowią najczęstsze przyczyny niezdolności do pracy, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych do stosowania takiej formy usprawniania, jeśli osoby korzystające z rehabilitacji leczniczej rokują odzyskanie zdolności do pracy po jej przeprowadzeniu. ZUS, prowadząc politykę rehabilitacji leczniczej, dąży do zwiększania liczby osób, które korzystają z rehabilitacji bez pobierania świadczeń długoterminowych, np. renty z tytułu niezdolności do pracy czy świadczenia rehabilitacyjnego.

Analizując dane dotyczące źródeł orzekania, można zaobserwować rosnącą liczbę osób, które korzystały z rehabilitacji leczniczej na wniosek lekarza leczącego. W 2016 r. 48 125 osoby ukończyły rehabilitację po otrzymaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji wystawionego przez lekarza orzecznika na wniosek lekarza leczącego, co stanowi ponad 56,3% ogółu osób poddanych rehabilitacji.

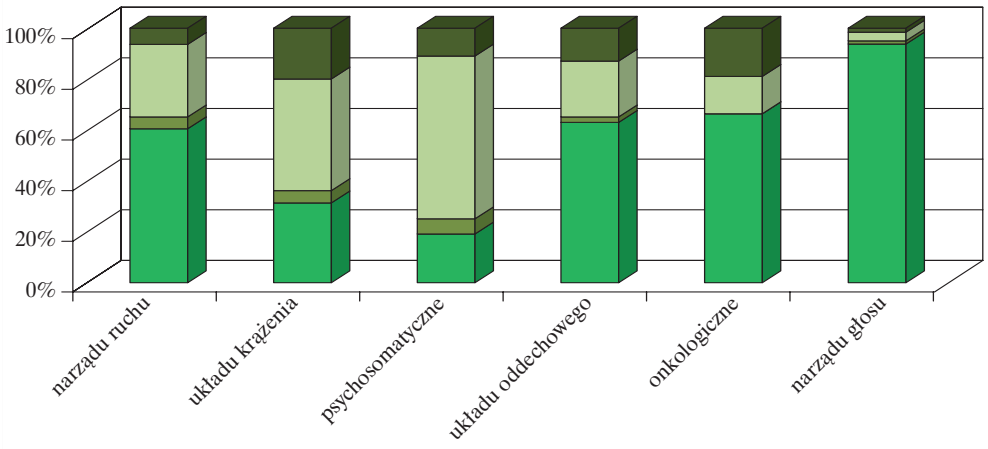
Wykres 26. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w podziale na źródła pochodzenia orzeczenia



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Przeprowadzając analizę źródła pochodzenia orzeczenia w poszczególnych grupach schorzeń, można zaobserwować, że w grupach schorzeń narządu głosu, schorzeniach onkologicznych, chorobach układu oddechowego oraz we wczesnej rehabilitacji powypadkowej osób, które podczas wypadku doznały urazu narządu ruchu, większość orzeczeń została wydana na wniosek lekarza leczącego. W grupie schorzeń psychosomatycznych orzeczenie o potrzebie rehabilitacji najczęściej wydawano przy ustalaniu okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

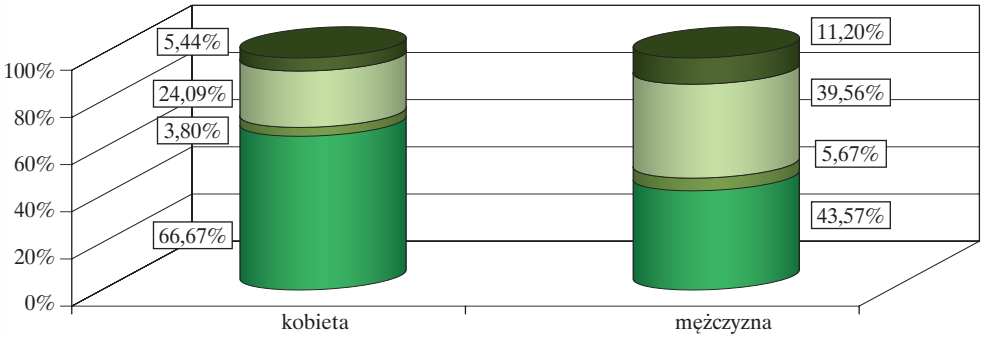
Wykres 27. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji w poszczególnych schorzeniach w podziale na źródła pochodzenia orzeczenia



- przy ustalaniu niezdolności do pracy w celach rentowych
- przy ustalaniu okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego
- przy kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń
- na wniosek lekarza leczącego

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Wykres 28. Struktura populacji osób poddanych rehabilitacji według płci w podziale na źródła pochodzenia orzeczenia



- przy ustalaniu niezdolności do pracy do celów rentowych
- przy ustalaniu okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego
- przy kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń
- na wniosek lekarza leczącego

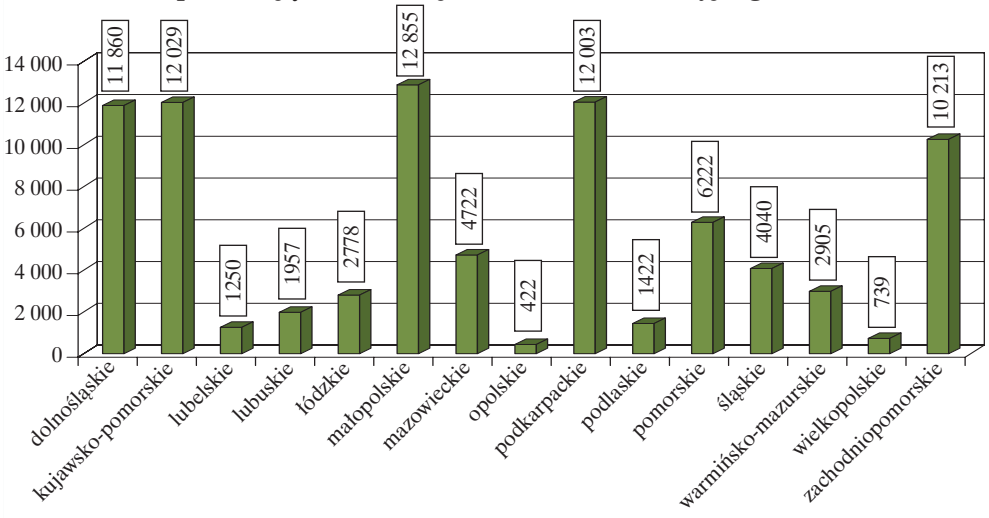
Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Od września 2016 r. ZUS uruchomił program pilotażowy wczesnej rehabilitacji powypadkowej dla osób, które podczas wypadku, w szczególności wypadku przy pracy, doznały urazu narządu ruchu (NRW). Główną ideą wczesnej rehabilitacji

powypadkowej jest jak najszybsze skierowanie pacjenta na rehabilitację, tj. tuż po zakończeniu leczenia na oddziale urazowo-ortopedycznym. Celem jest odzyskanie przez niego zdolności do pracy w jak najkrótszym czasie. Kompleksowe działania zespołu rehabilitacyjnego, którego członkami są: lekarz (specjalista rehabilitacji medycznej) kierujący procesem rehabilitacji, inni lekarze specjaliści (konsultanci), pielęgniarki, fizjoterapeuci, terapeuta zajęciowy, psycholog, dietetyk, pracownik socjalny, wspomagają przywrócenie pełnej funkcjonalności pacjenta, a jeśli to nie jest możliwe, pracują nad stworzeniem nowych wzorców kompensacyjnych umożliwiających mu powrót do społeczeństwa i pracy zarobkowej. Podstawą kompleksowego programu NRW jest indywidualna i intensywna fizjoterapia pacjenta połączona z różnymi formami terapii psychologicznej, terapią zajęciową z elementami rehabilitacji zawodowej oraz edukacją zdrowotną.

W 2016 r. ZUS realizował program rehabilitacji leczniczej na podstawie 134 umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi. Wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu i oczekiwaniom, Zakład prowadził rehabilitację schorzeń narządu ruchu i układu krążenia w systemie ambulatoryjnym na podstawie 37 umów. Pacjent mógł uczestniczyć w programie, nie opuszczając miejsca zamieszkania. Pozostałe 97 umów zawartych było na prowadzenie rehabilitacji w systemie stacjonarnym. Spośród umów zawartych na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym 76 umów (78,4%) realizowanych było w ośrodkach położonych na terenie uzdrowiskowym.

Wykres 29. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację, w podziale na województwa odpowiadające lokalizacji ośrodka rehabilitacyjnego



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

W 2016 r. najliczniejsza grupa rehabilitowanych przebywała w ośrodkach położonych w województwach: małopolskim, kujawsko-pomorskim, podkarpackim i dolnośląskim.

16. PODSUMOWANIE

Rehabilitacja lecznicza jest jednym ze sposobów usprawniania funkcjonalności organizmu naruszonej w wyniku choroby. W polskim systemie ubezpieczeń społecznych rehabilitacja lecznicza funkcjonuje od ponad 20 lat i obejmuje diagnostykę, leczenie i rehabilitację uzupełnione elementami edukacji zdrowotnej i psychologicznej. Jej celem jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po zakończeniu rehabilitacji.

Od 1996 r. zmieniało się podejście do organizacji procesów związanych z prowadzoną przez ZUS rehabilitacją. Zwiększając liczbę osób, które korzystają z programu, oraz poszerzając sukcesywnie ofertę profili, w których jest prowadzona rehabilitacja lecznicza, Zakład Ubezpieczeń Społecznych doskonali sposób realizacji programu. Efektem takiego podejścia było wprowadzenie zarządzania jakością i wykorzystanie nowoczesnych metod przy projektowaniu i organizacji procesów z obszaru rehabilitacji leczniczej.

Działalność operacyjną Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wspiera system informatyczny umożliwiający kierowanie na rehabilitację leczniczą w oddziałach i monitorowanie tego procesu. Dzięki aplikacji każdy pracownik ma dostęp do wszystkich niezbędnych danych i informacji zgodnie z funkcją, jaką pełni w organizacji. Ma też możliwość generowania odpowiedzi poprzez korzystanie z gotowych szablonów. Dodatkowym atutem narzędzia jest szereg funkcji usprawniających ten proces, w tym np. przydział miejsca w ośrodku rehabilitacyjnym, wybór terminu rehabilitacji, bieżące monitorowanie wykorzystanych miejsc, rozliczanie umów. Rozbudowany moduł raportowania jest wykorzystywany do planowania środków finansowych na rehabilitację w poszczególnych profilach schorzeń. Daje również możliwość wykorzystywania danych zgromadzonych w systemie do różnego rodzaju analiz wpływających na jakość i szybkość decyzji biznesowych. Wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu rehabilitacji leczniczej oraz współpraca ze specjalistami z zakresu schorzeń objętych programem gwarantuje stały wzrost jakości świadczonych usług. Wymagania stawiane ośrodkom rehabilitacyjnym podlegały w ciągu tych 20 lat ewolucji. Jej przyczyną była chęć wykorzystania najnowszych osiągnięć w tych dziedzinach medycyny, które są podstawą prowadzonej rehabilitacji leczniczej.

Nagrody dla ZUS za działania w obszarze rehabilitacji leczniczej

Wyrazem uznania dla wysiłków podejmowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest przyznanie mu w 2011 r. wyróżnienia w uznaniu wybitnego wkładu w rozwój rehabilitacji kardiologicznej, a w szczególności we wdrażanie telerehabilitacji w Polsce. Kongres Uzdrowisk Polskich przyznał ZUS statuetkę Asklepiosa za zasługi dla lecznictwa uzdrowiskowego. W konkursie „Dobre Praktyki dla Europy 2013", organizowanym przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego ISSA, ZUS otrzymał specjalne wyróżnienie za wdrożenie projektu „Optymalizacja procesu kierowania na rehabilitację leczniczą".

Realizując ustawowe zadania związane z kierowaniem na rehabilitację leczniczą, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeniósł założenia polskiej szkoły rehabilitacji do prowadzonego programu. Przynosi to nie tylko wymierne korzyści ekonomiczne ze względu na redukcję kosztów świadczeń wypłacanych z tytułu niezdolności do pracy, ale przede wszystkim ma wymiar społeczny. Pomaga bowiem w znoszeniu barier środowiskowych, ekonomicznych i zawodowych, które napotykają osoby o różnym stopniu dysfunkcji organizmu spowodowanych chorobą lub urazem. Daje to chorym szansę na poprawę stanu zdrowia i pełne uczestnictwo w życiu społecznym, a także na podjęcie lub kontynuowanie pracy zarobkowej.

PIOTR ARTUR WINCIUNAS

Rola lekarza orzecznika w procesie orzekania o potrzebie rehabilitacji leczniczej

DEPARTAMENT ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

1. WSTĘP

Do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) należy m.in. prewencja rentowa[1]. Jest ona skierowana do osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu w ZUS. Muszą one być zagrożone ryzykiem ubezpieczeniowym, jakim jest niezdolność do pracy, lub już pobierać świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), takie jak: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne czy rentę z tytułu niezdolności do pracy. Przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS ma dać tym osobom realną szansę na odzyskanie zdolności do pracy i zminimalizować wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy ponoszone przez ubezpieczyciela, jakim jest ZUS. Wskazać należy, że jest to działalność restytucyjna.

Celem rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach systemu ubezpieczeń społecznych jest zapobieganie (przez działania medyczne zmierzające do maksymalnego usprawnienia organizmu oraz niedopuszczenia do pogłębienia się powstałych defektów) zagrażającemu osobom ubezpieczonym obniżeniu ich zdolności do zarobkowania, poprawa tej zdolności lub jej przywrócenie. Jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, efektywność tego procesu wymaga, aby działania rehabilitacyjne były podejmowane jak najwcześniej z medycznego punktu widzenia, albowiem wcześnie rozpoczęta rehabilitacja lecznicza skraca okres leczenia oraz zapobiega powstaniu lub utrwaleniu kalectwa[2].

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny warunek późniejszego przygotowania osoby ubezpieczonej do pracy i odpowiedniego jej zatrudnienia, przy czym, jak podnosi Wilmowska-Pietruszyńska, im lepsze jest usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy[3]. Niedocenienie tej formy rehabilitacji w procesie leczenia skutkuje wzrostem liczby osób pobierających świadczenia rentowe, a co za tym idzie – wzrostem wydatków instytucji ubezpieczeniowej.

W polskim powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych działania w obszarze restytucji zdolności do pracy, od początku jej wprowadzenia w 1996 r.,

---

[1] Art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych:

„1. Do zakresu działania Zakładu należy także prowadzenie prewencji rentowej, obejmującej:

1) rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy;

2) badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy;

3) inne działania prewencyjne".

[2] Por. A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Rola orzecznictwa lekarskiego i rehabilitacji w ramach prewencji rentowej w pozarolniczym ubezpieczeniu społecznym* [w:] *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych*, L. Frąckiewicz i W. Koczur (red.), Katowice 2010, s. 71 i nast.

[3] A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Znaczenie rehabilitacji w ubezpieczeniu społecznym*, „Aktywizacja Zawodowa Osób Niepełnosprawnych" 2005, nr 4, s. 46.

koncentrowały się na rehabilitacji leczniczej. Od tego czasu zwiększała się liczba osób kierowanych do ośrodków rehabilitacji, powstawały nowe profile rehabilitacji.

Istotna mobilizacja działań ZUS miała miejsce w momencie wejścia w życie 1 stycznia 1997 r. ustawy z 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 8 sierpnia 1997 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych. Te akty prawne, jako elementy reformy systemu ubezpieczeń społecznych, wprowadziły zasadnicze zmiany w zakresie ujmowania ryzyka określanego do 1997 r. jako inwalidztwo, a nazwanego w nich niezdolnością do pracy. Określiły także nowy tryb orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych[4]. Przyjęte w nich rozwiązania miały realizować ideę, zgodnie z którą orzeczenie o niezdolności do pracy powinno nastąpić dopiero wówczas, gdy nie ma możliwości odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji lub przekwalifikowaniu zawodowym[5].

2. TRYB KIEROWANIA I ZASADY WYDAWANIA PRZEZ LEKARZY ORZECZNIKÓW ORZECZEŃ O POTRZEBIE REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS

Orzecznictwo lekarskie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w obecnej formie funkcjonuje od 1 września 1997 r., kiedy to została przeprowadzona reforma systemu orzecznictwa. Celem reformy była racjonalizacja systemu, tak aby renty z tytułu niezdolności do pracy były przyznawane osobom, które rzeczywiście utraciły zdolność do pracy i nie rokują jej odzyskania po rehabilitacji leczniczej czy przekwalifikowaniu zawodowym.

W ramach reformy:

- rozdzielono orzekanie o niezdolności do pracy dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego od orzekania o niepełnosprawności dla celów pozaubezpieczeniowych,
- orzecznictwo o niepełnosprawności zostało objęte nadzorem Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych i funkcjonuje poza ZUS,

---

[4] Więcej zob. I. Jędrasik-Jankowska, *Nowe ujęcie ryzyka niezdolności do zarobkowania*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne" 1997, nr 1, s. 15 i nast.; W. Koczur, *Zmiany zasad i trybu orzekania o niezdolności do pracy i stopniu niepełnosprawności*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1997, nr 1, s. 82 i nast.; H. Pławucka, *Niezdolność do pracy w przepisach prawa emerytalno-rentowego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne" 1998, nr 1, s. 2 i nast.; U. Jackowiak, *Zmiana kryteriów i trybu orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych*, „Gdańskie Studia Prawnicze" 2000, t. VI, s. 149 i nast.

[5] W. Koczur, *Restytucja zdolności do pracy w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych – zarys problematyki* [w:] *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Warszawa 2014.

- zmieniono zasady orzekania dla celów ubezpieczeniowych (niezdolność do pracy) i pozaubezpieczeniowych (niepełnosprawność),
- wprowadzono jednoosobowe i jednoinstancyjne orzekanie o niezdolności do pracy i jej stopniu przez lekarzy orzeczników w oddziałach ZUS.

W 2005 r. zmieniono organizację systemu w taki sposób, że wprowadzono II instancję w postaci komisji lekarskich ZUS (składających się z trzech lekarzy), które rozpatrują sprzeciwy i zarzuty wadliwości wobec orzeczeń lekarzy orzeczników[6].

Szczegółowe zasady i tryb kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne określa rozporządzenie Rady Ministrów z 12 października 2001 r. Zgodnie z nim to lekarz orzecznik ZUS orzeka o potrzebie rehabilitacji leczniczej, wydając orzeczenie o celowości jej przeprowadzenia oraz wskazując jej profil. Według obowiązujących przepisów od orzeczeń lekarzy orzeczników wydanych w sprawie celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej nie przysługują środki odwoławcze. Orzekanie w tym zakresie zostało przewidziane wyłącznie jako zadanie lekarzy orzeczników. Komisje lekarskie ZUS (II instancja) podczas rozpatrywania sprzeciwów i zarzutów wadliwości w sprawach dotyczących rent z tytułu niezdolności do pracy lub świadczenia rehabilitacyjnego nie są uprawnione do orzekania o celowości rehabilitacji leczniczej. Aktualnie ZUS podejmuje działania, aby rozszerzyć te uprawnienia w drodze zmian legislacyjnych.

Lekarz orzecznik ZUS może wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej na wniosek lekarza prowadzącego leczenie. Trzeba podkreślić, że do obowiązków lekarza prowadzącego leczenie należy dokonanie oceny, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. Jeśli tak, to lekarz leczący powinien wystawić wniosek o rehabilitację leczniczą, który następnie osoba ubezpieczona powinna złożyć w jednostce organizacyjnej ZUS właściwej ze względu na swoje miejsce zamieszkania[7].

Lekarze orzecznicy ZUS, wykonując kontrolę orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, mogą również z „urzędu", nawet bez wniosku lekarza leczącego, wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, jeżeli stwierdzą, że istnieją wskazania do takiej rehabilitacji. Podobna

---

[6] G. Hart, *Orzekanie o niezdolności do pracy w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych – analiza systemu metodą SWOT* [w:] *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Warszawa 2014.

[7] Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim (Dz.U. z 2015 r. poz. 2013).

zasada obowiązuje przy wydawaniu orzeczeń o okolicznościach uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego[8] czy o niezdolności do pracy[9].

Zasadniczym celem rehabilitacji w ramach prewencji rentowej jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej, a więc lekarz orzecznik ustali tę potrzebę jedynie w przypadku, kiedy istnieje rokowanie odzyskania zdolności do pracy zarobkowej po przeprowadzeniu rehabilitacji. Lekarz orzecznik ZUS, który wydaje orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, przy ocenie rokowania bierze pod uwagę w szczególności:

- charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu,
- stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, kalectwa, skutków choroby,
- wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy[10].

Osoby ubezpieczone kieruje się na rehabilitację leczniczą do ośrodków rehabilitacyjnych prowadzących rehabilitację w odpowiednim profilu schorzeń i położonych możliwie najbliżej miejsca ich zamieszkania, z uwzględnieniem przeciwwskazań dotyczących miejsca rehabilitacji (np. klimatycznych) zgłoszonych przez lekarza orzecznika ZUS. Jeżeli lekarz orzecznik ZUS wyda orzeczenie o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, osoba zainteresowana otrzymuje zawiadomienie o skierowaniu do ośrodka rehabilitacyjnego.

Zaznaczyć przy tym należy, że ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego lub rencisty (jest to więc świadczenie rzeczowe), łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem, do wysokości kosztu przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej ubezpieczonemu

---

[8] Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. Przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

[9] Za niezdolną do pracy uważa się osobę, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła – w znacznym stopniu – zdolność do pracy zgodnej ze swoimi kwalifikacjami. W przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji.

[10] Por. G. Wawrzyńczyk-Kaplińska, *Rola orzecznictwa lekarskiego ZUS w realizacji zadań z zakresu rehabilitacji leczniczej*, „Ubezpieczenia Społeczne" 2002, nr 9, s. 10. Wykaz wskazań i przeciwwskazań do prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS zob. „Zeszyty Szkoleniowe Orzecznictwa Lekarskiego" 2006, nr 5, s. 3 i nast.

albo renciście ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje[11].

Innym świadczeniem rzeczowym realizowanym w ZUS jest pokrywanie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, związanych z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

Od ustaleń orzeczniczych dokonanych przez lekarza orzecznika ZUS, które powinny być zgodne z powyższymi zasadami orzekania o potrzebie rehabilitacji leczniczej, zależy więc, czy wydatki z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zostaną poniesione w sposób w pełni uzasadniony, a ubezpieczeni odniosą wymierną korzyść w postaci odzyskania zdolności do pracy po odbyciu tej rehabilitacji.

Aby zachować wysoką jakość wydawanych orzeczeń i jednolitość zasad orzekania w ZUS lekarze orzecznicy, członkowie komisji lekarskich, lekarze nadzorujący pracę lekarzy orzeczników oraz lekarze konsultanci ZUS są lekarzami specjalistami w danej dziedzinie medycyny, co stanowi gwarancję wysokich umiejętności, dużej wiedzy i odpowiedniego doświadczenia w pracy z pacjentami. Umowa o pracę jako jedyna forma zatrudnienia lekarzy orzekających w ZUS zapewnia odpowiednie wykorzystanie czasu pracy lekarzy, usprawnia organizację postępowania orzeczniczego i pozwala na elastyczne dostosowanie realizowanych zadań do liczby wpływających wniosków o świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

W orzecznictwie lekarskim w ZUS w ramach kompleksowego systemu informatycznego ZUS (KSI) funkcjonuje aplikacja, która wspomaga wydawanie orzeczeń przez lekarzy, a jednocześnie jest wykorzystywana do obsługi postępowania orzeczniczego przez pracowników administracyjnych. Jest ona zintegrowana z innymi aplikacjami KSI. Dzięki KSI lekarze orzekający w ZUS mają dostęp do danych pomocnych przy wydawaniu orzeczeń, np. informacji o poprzednich orzeczeniach, zaświadczeniach o czasowej niezdolności do pracy oraz do dokumentacji medycznej.

Merytoryczną pomocą w orzekaniu w ZUS są *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*[12], wydane po raz pierwszy w 2007 roku, a w 2013 roku wydane po raz kolejny – uzupełnione i rozszerzone o nowe zagadnienia. W publikacji tej jest również rozdział poświęcony problematyce rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS, opisujący jej charakterystykę oraz wskazania i przeciwwskazania medyczne

---

[11] Por. H. Pławucka, *Świadczenia rzeczowe z ubezpieczenia rentowego i wypadkowego* [w:] *Problemy ubezpieczeń społecznych*, Wrocław 2004, s. 94; H. Muszewska, *Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*, „Prewencja i Rehabilitacja" 2009, nr 2, s. 14.

[12] ZUS, *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*, Warszawa 2013, dostęp na stronie www.zus.pl.

do jej przeprowadzenia w poszczególnych grupach schorzeń. *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS* są przewodnikiem pomocnym w uporządkowaniu wiedzy na temat orzecznictwa lekarskiego w tych grupach schorzeń, które w Polsce są najczęściej przyczyną niezdolności do pracy, i wskazującym metody badania, którymi lekarze orzekający powinni się posługiwać, aby zachować jednolitość wydawanych orzeczeń.

Ponadto ZUS wydaje dla lekarzy orzekających dodatkowe publikacje na temat jednolitych kryteriów, standardów i procedur w zakresie ocen medycznych:

- *Zasady przeprowadzania badań psychologicznych w ZUS*, wydane w 2014 roku,
- *Propozycje orzecznicze w schorzeniach i urazach narządu ruchu*, wydane w 2015 roku,
- *Zeszyty szkoleniowe orzecznictwa lekarskiego*, wydawane 3 razy w roku, od 1998 roku (do 2005 roku jako „Vademecum Lekarza Orzecznika").

Wszyscy lekarze orzekający w ZUS posiadają certyfikat odbycia przeszkolenia w zakresie zasad orzecznictwa lekarskiego w trybie ustalonym przez prezesa ZUS. Dodatkowo lekarze ci realizują lekarski obowiązek podyplomowego doskonalenia zawodowego. Doskonalenie zawodowe lekarzy orzecznictwa lekarskiego polega na uczestnictwie w szkoleniach i kursach medycznych. Szkolenia te realizowane są na poziomie Centrali ZUS, regionalnie oraz indywidualnie, metodami tradycyjnymi oraz przy wykorzystaniu nowoczesnych technik e-learningowych.

Szkolenia centralne są prowadzone metodą tradycyjną w formie seminariów i prowadzone przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego Centrali ZUS dla:

- nowo zatrudnionych lekarzy orzecznictwa lekarskiego,
- lekarzy nadzorujących pracę lekarzy orzeczników,
- lekarzy – członków komisji lekarskich.

Szkolenia regionalne są organizowane przez lekarzy koordynujących pracę w 10 regionach – w ramach cyklicznych (3 razy w roku) warsztatów. Prowadzone są przez lekarzy nadzorujących pracę lekarzy orzeczników w oddziałach:

- dla nowo zatrudnionych lekarzy – miesięczne szkolenie na stanowisku pracy,
- w formie cyklicznych szkoleń (1 raz w miesiącu), w formie seminariów w swoich oddziałach – dla zatrudnionych tam lekarzy.

3. PODSUMOWANIE

Rosnące znaczenie rehabilitacji leczniczej jako świadczenia z powszechnego ubezpieczenia społecznego potwierdzają dane przedstawiające liczbę orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 1999–2015.

Tabela 1. Liczba orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 1999–2015

Lata	Liczba orzeczeń lekarzy orzeczników o potrzebie rehabilitacji leczniczej
1999	42 071
2000	53 471
2001	71 402
2002	73 906
2003	71 649
2004	61 103
2005	69 644
2006	80 833
2007	78 713
2008	83 420
2009	87 616
2010	85 348
2011	90 130
2012	84 720
2013	85 167
2014	87 990
2015	94 276

Szkolenia elektroniczne, zakończone sprawdzianem testowym, są dostępne dla wszystkich lekarzy zatrudnionych w ZUS. Lekarze orzekający w ZUS mają prawo do dodatkowego urlopu szkoleniowego w wymiarze do 3 dni w roku kalendarzowym. Zakład Ubezpieczeń Społecznych uprawniony jest do przyznawania lekarzom szkolącym się tzw. punktów edukacyjnych niezbędnych do wypełnienia nałożonego przez ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty obowiązku doskonalenia zawodowego (ZUS został wpisany do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy).

Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza realizowana w ramach prewencji rentowej w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych nie jest alternatywą dla leczenia podstawowego, prowadzonego przez powołane w tym celu instytucje publicznego systemu opieki zdrowotnej i finansowanego ze środków Narodowego Funduszu

Zdrowia. Jej rola ogranicza się do uzupełnienia procesu terapeutycznego o działania medyczne nastawione na poprawę sprawności organizmu, umożliwiające osobie ubezpieczonej lub renciście powrót do zatrudnienia. Stąd też zakres podmiotowy jej działania obejmuje ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy i rokujących podjęcie pracy zarobkowej w następstwie jej odbycia[13].

[13] W. Koczur, *Restytucja zdolności do pracy w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych – zarys problematyki* [w:] *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Warszawa 2014.

BIBLIOGRAFIA

Hart G., *Orzekanie o niezdolności do pracy w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych – analiza systemu metodą SWOT* [w:] *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Warszawa 2014.

Jackowiak U., *Zmiana kryteriów i trybu orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych*, „Gdańskie Studia Prawnicze" 2000, t. VI.

Jędrasik-Jankowska I., *Nowe ujęcie ryzyka niezdolności do zarobkowania*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne" 1997, nr 1.

Koczur W., *Restytucja zdolności do pracy w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych – zarys problematyki* [w:] *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Warszawa 2014.

Koczur W., *Zmiany zasad i trybu orzekania o niezdolności do pracy i stopniu niepełnosprawności*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1997, nr 1.

Muszewska H., *Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*, „Prewencja i Rehabilitacja" 2009, nr 2.

Pławucka H., *Niezdolność do pracy w przepisach prawa emerytalno-rentowego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne" 1998, nr 1.

Pławucka H., *Świadczenia rzeczowe z ubezpieczenia rentowego i wypadkowego* [w:] *Problemy ubezpieczeń społecznych*, Wrocław 2004.

Wawrzyńczyk-Kaplińska G., *Rola orzecznictwa lekarskiego ZUS w realizacji zadań z zakresu rehabilitacji leczniczej*, „Ubezpieczenia Społeczne" 2002, nr 9.

Wilmowska-Pietruszyńska A., *Rola orzecznictwa lekarskiego i rehabilitacji w ramach prewencji rentowej w pozarolniczym ubezpieczeniu społecznym* [w:] *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych*,

L. Frąckiewicz i W. Koczur (red.), Katowice 2010.

Wilmowska-Pietruszyńska A., *Znaczenie rehabilitacji w ubezpieczeniu społecznym*, „Aktywizacja Zawodowa Osób Niepełnosprawnych" 2005, nr 4.

Wykaz wskazań i przeciwwskazań do prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, „Zeszyty Szkoleniowe Orzecznictwa Lekarskiego" 2006, nr 5.

ZUS, *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*, Warszawa 2013, dostęp również na stronie www.zus.pl.

prof. dr hab. n. med.
RYSZARD PIOTROWICZ

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna (KRK)

KIEROWNIK KLINIKI REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ
I ELEKTROKARDIOLOGII NIEINWAZYJNEJ
W INSTYTUCIE KARDIOLOGII W WARSZAWIE

Motto:
Zaniechanie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej
należy rozpatrywać w kategoriach błędu w sztuce lekarskiej

1. WSTĘP

Choroba, degradując osobowość i upośledzając możliwości psychofizyczne, może stać się przyczyną utraty zdolności do realizacji życia rodzinnego, zawodowego oraz funkcjonowania w społeczeństwie. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna to procedura, której celem jest przywrócenie człowiekowi możliwości samorealizacji w wyżej wymienionych obszarach. Dotychczas proponowane modele rehabilitacji kardiologicznej (stacjonarna, ambulatoryjna) nie zawsze są w pełni akceptowane i efektywne, stąd konieczność poszukiwania nowych form rehabilitacji. Efektem tych poszukiwań jest powstanie nowego modelu hybrydowej kompleksowej telerehabilitacji kardiologicznej (HKTK), łączącego klasyczną rehabilitację ambulatoryjną z telerehabilitacją domową. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w ramach prewencji rentowej poprzez wdrożenie nowego modelu HKTK zainicjował działania wspierające powrót chorych do pracy.

2. PLEJOTROPOWE EFEKTY KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna wywołuje wielokierunkowe (plejotropowe) korzystne efekty w postaci:

- modyfikacji czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca:
  - zwiększenia aktywności fizycznej,
  - zaprzestania palenia tytoniu,
  - obniżenia ciśnienia tętniczego,
  - zmniejszenia ciężaru ciała,
  - korzystnej korekty profilu lipidowego,
  - korzystnej korekty metabolizmu węglowodanów,
  - zmniejszenia insulinooporności;
- poprawy funkcji śródbłonka;
- zahamowania rozwoju, a nawet regresji miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji;
- poprawy wydolności układu krążeniowo-oddechowego;
- poprawy wydolności narządu ruchu;
- poprawy sprawności psychofizycznej;
- mobilizacji pacjenta do współpracy w procesie KRK.

Powyższe skutki umożliwiają zmniejszenie ryzyka ostrych zespołów wieńcowych (OZW), opóźnienie rozwoju choroby, skrócenie czasu leczenia po OZW

i zaostrzeniach, co skutkuje realizacją dwóch podstawowych celów postępowania lekarskiego, którymi są: poprawa jakości życia oraz wydłużenie życia. Oznacza to, że zaniechanie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej należy rozpatrywać w kategoriach błędu w sztuce lekarskiej.

3. DOSTĘPNOŚĆ KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ W POLSCE

W Polsce nie istnieje nowoczesny i zintegrowany system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji. Wprawdzie działają ośrodki prowadzące kardiologiczną rehabilitację szpitalną lub rehabilitację w oddziale dziennym, jednak w ostatnich latach przedstawiono kilka raportów wskazujących na brak dostępności rehabilitacji kardiologicznej i programów prewencyjnych w wielu regionach kraju. Wyniki badań wykazały, że pacjenci z chorobą niedokrwienną serca, w tym po OZW oraz po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG), często nie są kierowani do ośrodków prowadzących kompleksową rehabilitację. Raport Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dowodzi, że obecnie liczba pacjentów kierowana na rehabilitację kardiologiczną w trybie stacjonarnym w ciągu roku wynosi zaledwie 23 491, zaś w oddziale dziennym – 4450 osób, przy łącznej liczbie samych tylko OZW i operacji kardiochirurgicznych w Polsce wynoszącej sto kilkadziesiąt tysięcy rocznie.

4. DLACZEGO JEST TAK ŹLE?

Powody tak niepokojącego stanu rzeczy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Przyczyny niskiego odsetka osób rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych

Czynniki wpływające na niski odsetek osób rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych:
— czas trwania: dojazd – rehabilitacja – powrót,
— trudności z pogodzeniem rehabilitacji z aktywnością rodzinną, zawodową itd.,
— trudności z dojazdem, zwłaszcza dotyczy to chorych z niewydolnością serca,
— koszty dojazdu,
— brak motywacji w przypadku stanów depresyjnych (35–54% pacjentów kardiologicznych),
— niedostateczna wiedza pacjentów o korzyściach rehabilitacji, niedostateczne zaangażowanie lekarzy.

Biorąc pod uwagę powyższe ograniczenia, w celu zwiększenia dostępności do rehabilitacji zaproponowano nowy model hybrydowej kompleksowej telerehabilitacji kardiologicznej (HKTK), który łączy klasyczną rehabilitację ambulatoryjną lub stacjonarną z telerehabilitacją domową.

5. KARDIOLOGICZNA TELEREHABILITACJA HYBRYDOWA

Telerehabilitacja jest jedną z form rehabilitacji wykorzystującą nowoczesne technologie transmisji danych, umożliwiające jej monitorowanie i sterowanie nią w dowolnym miejscu pobytu pacjenta, jeśli tylko znajduje się ono w zasięgu sieci internetowej i/lub telefonii komórkowej.

Wymagania technologiczno-organizacyjne przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wymagania technologiczno-organizacyjne niezbędne do realizacji telerehabilitacji hybrydowej

Centrum realizujące procedurę
Centrum powinno być wyposażone w system komputerowy (platformę) umożliwiający:
— kontakt werbalny z pacjentem,
— odbiór, analizę, archiwizację danych przesyłanych z urządzeń,
— zdalny nadzór nad funkcjonowaniem urządzeń peryferyjnych,
— zdalną korektę pracy urządzeń peryferyjnych.
Mobilne urządzenia peryferyjne
Noszone przez pacjenta urządzenia peryferyjne powinny umożliwiać:
— zdalne monitorowanie stosownych parametrów,
— kontakt werbalny,
— sterowanie procesem treningu.

Niezbędnymi warunkami zakwalifikowania do telerehabilitacji są: zgoda pacjenta na uczestniczenie w tej formie rehabilitacji, zdolność do jej samodzielnej realizacji oraz umiejętność zdalnej współpracy z zespołem realizującym. Niezbędnym warunkiem rozpoczęcia telerehabilitacji jest stabilny obraz kliniczny co najmniej przez tydzień u pacjentów niskiego i średniego ryzyka oraz przez trzy tygodnie u pacjentów wysokiego ryzyka.

Model telerehabilitacji hybrydowej może być wykorzystany w programach domowej rehabilitacji monitorowanej telemedycznie, obejmującej zarówno chorych niskiego i średniego ryzyka, jak i pacjentów wysokiego ryzyka (z niewydolnością serca, po przeszczepie serca).

Model telerehabilitacji hybrydowej zakłada:

- dwuetapowość, czyli łączenie dwóch odmiennych form realizacji: etap I (tabela 3) w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych (1–2 tygodni), a następnie etap II (tabela 4) w miejscu zamieszkania w formie telerehabilitacji (8–12 tygodni),
- kompleksowość rehabilitacji,
- wykorzystanie systemów transmisji danych (telerehabilitacja),
- wielodyscyplinarność zespołu realizującego (lekarz, fizjoterapeuta, psycholog, technik EKG/pielęgniarka).

Tabela 3. Zadania realizowane w I etapie telerehabilitacji hybrydowej

1. **Ocena stanu klinicznego:** badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, wykonanie EKG oraz badania echokardiograficznego, optymalizacja farmakoterapii, ocena wydolności fizycznej (test wysiłkowy i/lub test 6-minutowego marszu), a w razie konieczności skierowanie na wszczepienie układu stymulującego serca lub kardiowertera/defibrylatora (ICD) lub zabieg rewaskularyzacji.
2. **Opracowanie indywidualnego programu treningu fizycznego w miejscu zamieszkania.**
3. **Zaprogramowanie aparatury sterująco-telemonitorującej używanej przez pacjenta**, uwzględniające program treningu, zasady i harmonogram rejestracji oraz transmisji ocenianych parametrów (EKG, ciśnienie tętnicze, masa ciała).
4. **Ocena stanu psychicznego i opracowanie indywidualnego planu opieki psychologicznej.**
5. **Edukacja w zakresie:**
   — obsługi aparatury sterująco-telemonitorującej używanej przez pacjenta,
   — samooceny w trakcie rehabilitacji,
   — realizacji treningu fizycznego,
   — prozdrowotnego trybu życia,
   — prewencji chorób układu krążenia.
6. **Wdrażanie oraz praktyczna realizacja zaplanowanych treningów – pierwsze treningi szkoleniowe.**
7. **Sprawdzian końcowy z obsługi aparatury i samodzielnej realizacji programu telerehabilitacji.**
8. **Ostateczna kwalifikacja do telerehabilitacji w miejscu zamieszkania.**
9. **Szkolenie dla pacjentów i ich partnerów życiowych/dzieci z zakresu udzielania pierwszej pomocy.**

Tabela 4. Zadania realizowane w II etapie telerehabilitacji hybrydowej

1. **Dopuszczenie do treningu obejmujące:**
   — wywiad (samoocena pacjenta przed treningiem oraz informacja o zażyciu leków),
   — ocenę ciśnienia tętniczego,
   — ocenę masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca),
   — ocenę EKG,
   — w przypadku pacjentów z ICD (wszczepialny kardiowerter defibrylator), CRT-D (terapia resynchronizująca z funkcją defibrylacji), CRT-P (terapia resynchronizująca z funkcją stymulacji), informację o alertach z telemonitoringu domowego.
2. **Realizacja poszczególnych faz treningu fizycznego pod dyktando zestawu monitorująco-sterującego z zaprogramowanym harmonogramem rejestracji i transmisji EKG.**
3. **Kontakt z pacjentem w przypadku wystąpienia niepokojących zjawisk.**
4. **Podsumowanie treningu przez prowadzącego uwzględniające samoocenę pacjenta i zapis EKG.**
5. **Zalecenia dla pacjenta.**
6. **W uzasadnionych przypadkach zdalna modyfikacja programu sterowania treningiem i harmonogramu rejestracji i transmisji EKG oraz oceny i transmisji wartości ciśnienia tętniczego i masy ciała.**
7. **Realizacja programu telepsychoterapeutycznego (w zależności od potrzeb).**

Ostatnim elementem telerehabilitacji hybrydowej jest wizyta końcowa (ocena stanu klinicznego i skuteczności rehabilitacji oraz zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia).

6. BEZPIECZEŃSTWO DOMOWEJ TELEREHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

Bardzo ważnym zagadnieniem jest zapewnienie bezpieczeństwa chorym rehabilitowanym w domu (tabela 5). Nie wykazano, aby telerehabilitacja była niebezpieczna. Nie odnotowano żadnego zgonu ani istotnego powikłania, którego przyczyną byłoby realizowanie treningu fizycznego monitorowanego telemedycznie. Niezbędnym warunkiem bezpiecznej telerehabilitacji jest perfekcyjna organizacja pracy zespołu realizującego, współpraca z pacjentem oraz techniczna niezawodność systemu.

Tabela 5. Czynniki warunkujące bezpieczeństwo realizowania domowej telerehabilitacji

Czynniki bezpieczeństwa domowej telerehabilitacji to:
— przestrzeganie zasad kwalifikacji do rehabilitacji,
— respektowanie przeciwwskazań do treningu fizycznego,
— planowanie indywidualnego dla każdego chorego treningu fizycznego,
— uwzględnianie w planowaniu treningu obecności implantowanych urządzeń, takich jak stymulatory, kardiowertery-defibliratory, pompy wspomagające pracę serca,
— edukacja chorych,
— realizowanie specjalnej procedury zezwolenia na rehabilitację przed każdą sesją treningową, uwzględniającej informacje o aktualnym samopoczuciu, zażyciu leków, a także ocenę spoczynkowego EKG, ciśnienia tętniczego, masy ciała,
— przesyłanie przez chorych bezpośrednio po każdym treningu stosownych danych (samoocena pacjenta, EKG) i analizowanie ich w centrum monitorującym,
— akceptacja telerehabilitacji przez pacjentów,
— w przypadku chorych wysokiego ryzyka obecność podczas treningu osoby towarzyszącej, która w razie potrzeby udzieli pierwszej pomocy i wezwie kwalifikowaną pomoc medyczną.

7. TELEREHABILITACJA HYBRYDOWA W PROGRAMIE PREWENCJI RENTOWEJ ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej zainicjował działania wspierające powrót chorych do pracy poprzez pionierskie wdrożenie nowego, opracowanego w Instytucie Kardiologii w Warszawie (Anin), modelu telerehabilitacji hybrydowej.

Podsumowaniem wieloletniej współpracy było badanie, do którego włączono pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, kierowanych do Kliniki Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Aninie w latach 2013–2015 w celu przeprowadzenia telerehabilitacji hybrydowej w ramach prewencji rentowej ZUS. Chorzy realizowali 24-dniowy cykl HKTK, składający się z 10 dni rehabilitacji ambulatoryjnej (w ośrodku rehabilitacyjnym), a następnie 12 dni telerehabilitacji domowej. W pierwszym i ostatnim dniu turnusu wykonywane były odpowiednio badania wstępne i końcowe. Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami

pacjenci podzieleni zostali na trzy grupy pod kątem oceny ich współpracy: pierwsza grupa to „chorzy współpracujący", tzn. pacjenci, którzy zrealizowali co najmniej 80% zaplanowanych sesji treningowych; druga grupa to „chorzy niewspółpracujący", tzn. pacjenci, którzy zrealizowali mniej niż 20% zaplanowanych sesji treningowych; trzecia grupa to „chorzy częściowo współpracujący", tzn. tacy, którzy zrealizowali $\geq 20\% < 80\%$ zaplanowanych sesji treningowych.

Strukturę zawodową pacjentów opracowano na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. poz. 1145).

W ocenie skuteczności rehabilitacji przyjęto definicję sformułowaną przez ZUS, zgodnie z którą rehabilitacja jest skuteczna, jeżeli po jej zakończeniu ubezpieczony nie korzystał z żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym lub jedynym świadczeniem pobieranym po rehabilitacji był zasiłek chorobowy otrzymywany przez mniej niż 20 dni.

Po zakończeniu HKTK pacjenci wypełniali ankietę składającą się z 12 pytań oceniających akceptację telerehabilitacji domowej.

Analizą objęto 99 chorych z udokumentowanymi schorzeniami układu krążenia w wieku 54,6 ± 6,3 roku. Pacjenci dobrze przyjęli nowy model telerehabilitacji hybrydowej. Wszyscy chorzy samodzielnie obsługiwali aparaturę telemonitorującą i określili jej obsługę jako „łatwą" lub „bardzo łatwą".

Po cyklu rehabilitacji obserwowano poprawę wydolności fizycznej, ale istotna statystycznie poprawa dotyczyła tylko „chorych współpracujących", którzy stanowili 82,8% badanej grupy.

Procedura telerehabilitacji hybrydowej okazała się skuteczna w przypadku 48 pacjentów, co znaczy, że 48,48% chorych odzyskało zdolność do pracy i mogło ją podjąć.

8. PODSUMOWANIE

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna jest procedurą poprawiającą jakość życia oraz przedłużającą długość życia i dlatego jej zaniechanie należy rozpatrywać w kategoriach błędu w sztuce lekarskiej. Dostęp do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej w Polsce jest wysoce niewystarczający i zróżnicowany w poszczególnych województwach. Telerehabilitacja hybrydowa stanowi skuteczną i bezpieczną formę kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Nowy model telerehabilitacji hybrydowej, realizowany w ramach prewencji rentowej ZUS, jest akceptowaną przez większość chorych formą rehabilitacji, odznacza się dobrą współpracą większości pacjentów oraz prowadzi do poprawy wydolności fizycznej w grupie pacjentów dobrze

współpracujących. Wdrożony przez ZUS model telerehabilitacji hybrydowej pozwolił na odzyskanie zdolności do pracy i jej podjęcie przez 48,48% chorych.

BIBLIOGRAFIA

Conraads V.M., Deaton C., Piotrowicz E., Santaularia N., Tierney S., Piepoli M.F. et al., *Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions: a position statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology*, „Eur J Heart Fail" 2012, no 14(5), s. 451–458. DOI: 10.1093/eurjhf/hfs048 (23.04.2018).

Jankowski P., Niewada M., Bochenek A., i in., *Optimal model of comprehensive rehabilitation and secondary prevention*, „Kardiologia Polska" 2013, nr 71, s. 995–1003.

Korzeniowska–Kubacka I., Bilińska M., Dobraszkiewicz–Wasilewska B., Piotrowicz R., *Hybrid model of cardiac rehabilitation in men and women after myocardial infarction*, „Cardiology Journal" 2015, No. 22(2), s. 212–218.

Piotrowicz E., Baranowski R., Bilińska M., Stepnowska M., Piotrowska M., Wójcik A. et al., *A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: Effectiveness, quality of life, and adherence*, „European Journal of Heart Failure" 2010, No. 12, s. 164–171.

Piotrowicz E., Korzeniowska-Kubacka I., Chrapowicka A., Wolszakiewicz J., Dobraszkiewicz-Wasilewska B., Batogowski M. et al., *Feasibility of home-based cardiac telerehabilitation: Results of TeleInterMed study*, „Cardiology Journal" 2014, No. 21(5), s. 539–546. DOI: 10.5603/CJ.a2014.0005 (23.04.2018).

Piotrowicz E., Orzechowski P., Jasionowska A., Banaszak-Bednarczyk M., Rosłaniec M., Piotrowski W., Piotrowicz R., *Effects of hybrid comprehensive cardiac telerehabilitation conducted under the pension prevention program of the Social Insurance Institution*, „Medycyna Pracy" 2017, nr 68(1), s. 61–74.

Piotrowicz R. (kierownik naukowy), Jegier A., Szalewska B., Wolszakiewicz J., Piotrowicz E. i wsp. *Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej*, Materiały zalecane przez Sekcję Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Gdańsk 2017.

dr hab. n. med.
AGATA SZKIEŁKOWSKA

Głos jako element komunikacji międzyludzkiej

INSTYTUT FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU W WARSZAWIE

1. WSTĘP

Głos ludzki jest cechą osobniczą zależną od płci, wieku i innych uwarunkowań indywidualnych. Umożliwia werbalne komunikowanie się człowieka z otoczeniem. Prawdopodobnie już w czasach prehistorycznych głos istot człekokształtnych w formie nieartykułowanych dźwięków stanowił sposób wyrażania potrzeb i stanów emocjonalnych. W dzisiejszych czasach przypominać go może odruchowy krzyk noworodka pojawiający się bezpośrednio po porodzie i będący emocjonalną odpowiedzią na zmianę warunków otoczenia, a w szczególności temperatury. Komunikowanie się za pomocą przekazów ustnych jest najważniejszą i najbardziej złożoną czynnością człowieka. Ustna komunikacja zachodząca pomiędzy mówiącym i odbierającym dźwięki stanowi zjawisko kompleksowe i wymaga precyzji w stosowaniu systemów umożliwiających porozumiewanie się.

2. JAK POWSTAJE GŁOS

Tworzenie głosu wymaga współdziałania układów mięśniowo-szkieletowego, oddechowego i nerwowego człowieka. Proces fonacji, czyli tworzenia głosu, następuje w wyniku pracy krtani, mięśni klatki piersiowej, mięśni brzucha i narządów artykulacyjnych przy koordynującej roli ośrodkowego układu nerwowego. Krtań człowieka w niewielkim stopniu różni się budową od krtani innych ssaków i to nie ona w procesie ewolucji umożliwiła człowiekowi wytworzenie głosu i mowy, lecz wysoka organizacja i znaczne zróżnicowanie czynności integracyjnej ośrodkowego układu nerwowego.

Doskonałość naturalnego systemu artykulacyjnego i fonacyjnego człowieka powoduje powszechne wrażenie, że proces powstawania głosu jest prosty. Tymczasem jest to mechanizm niezwykle skomplikowany, wymagający współdziałania ze sobą wielu systemów, przede wszystkim narządu słuchu, głosu i mowy, oraz koordynującej roli ośrodkowego układu nerwowego. Mózgowy układ strukturalno-czynnościowy związany z wydawaniem głosu składa się z wielu specyficznych obszarów. Nadrzędną całościową kontrolę nad procesami wokalizacji dowolnej i komponentą emocjonalną głosu pełni kora mózgowa zakrętu obręczy w jego części przedniej oraz kora dodatkowego pola ruchowego. Obszary te utrzymują stan gotowości do dowolnego wydawania dźwięków i zarazem modelują brzmienie mowy w zakresie dynamiki, rytmu i intonacji emocjonalnej. Śródmózgowiowy obszar intonacji emocjonalnej, który jest właściwym ośrodkiem dźwiękorodnym, znajduje się w śródmózgowiu w istocie szarej środkowej i w przylegających do niej z boku strukturach nakrywki. Aktywność tego obszaru zależy od wpływów z wtórnych obszarów wokalizacji, np. ciała migdałowatego, podwzgórza, jąder przyśrodkowych wzgórza. Uszkodzenie tego obszaru śródmózgowia prowadzi do bezgłosu. Najniższy poziom kontroli emocjonalnej intonacji znajduje się w opuszce w sąsiedztwie jąder nerwów czaszkowych dla mowy. Tutaj dochodzi

do scalania odpowiednich wzorów intonacji z czynnością wydawania dźwięków głosu i ich artykulacją. Odbiór bodźców z obwodu zachodzi drogą czucia powierzchownego i głębokiego poprzez zakończenia nerwowe zlokalizowane w błonie śluzowej i mięśniach narządu fonacyjnego. Wrażenia z receptorów krtaniowych są prowadzone włóknami aferentnymi nerwów błędnych, które zostały utworzone przez dendryty komórek zwoju dolnego, znajdującego się na poziomie drugiego kręgu szyjnego, i zwoju górnego w otworze żyły szyjnej obu nerwów błędnych. Aksony komórek zwojowych wnikają z nerwem błędnym do rdzenia przedłużonego, następnie zaś, biegnąc w części grzbietowo-przyśrodkowej rdzenia przedłużonego, docierają do jądra samotnego, które stanowi drugi neuron. Droga aferentna biegnie do trzeciego neuronu, którym jest jądro brzuszno-tylne przyśrodkowe wzgórza. Następnie pobudzenie z krtani dociera do okolic czuciowych kory mózgowej w płacie ciemieniowym, a przede wszystkim do korowej reprezentacji aferentnej krtani. Ruchowa reprezentacja korowa krtani znajduje się w dolnej części zakrętu przedśrodkowego płata czołowego, skąd drogą korowo-jądrową impulsy docierają do jądra dwuznacznego położonego w rdzeniu przedłużonym. Z neuronów skupionych w jądrze dwuznacznym wychodzą włókna eferentne unerwiające ruchowo mięśnie wewnętrzne krtani.

Słuchowa kontrola wytwarzanego głosu dokonuje się poprzez stymulację głosem własnego receptora słuchowego. Odbywa się to na drodze odruchowej poprzez połączenia ślimakowo-krtaniowe w dolnym obszarze pnia mózgu i poprzez świadomą kontrolę parametrów głosu dzięki połączeniom pomiędzy korą słuchową płata skroniowego (głównie po stronie lewej) i dolną częścią zakrętu przedśrodkowego w płacie czołowym.

Dlatego osoby pracujące głosem (np. mówcy) powinny rozwinąć umiejętność słuchania własnego głosu, nauczyć się odbierać swój głos tak, jak słyszą go inni. Kontrola własnego głosu wymaga nieustannego kształcenia funkcji słuchania. Pozwala to na utworzenie wzorca jakości własnego głosu dla mowy i śpiewu, by móc później właściwie dokonywać autokontroli i autoregulacji. Takie podejście do głosu ułatwia później prowadzenie procesu jego poprawy i modyfikacji oraz w razie konieczności leczenia pozwala na uzyskiwanie zadawalających efektów terapeutyczno-rehabilitacyjnych.

3. CO WARTO WIEDZIEĆ O GŁOSIE

Efektem wyżej opisanych procesów nerwowo-mięśniowych przebiegających w naszym organizmie jest głos, który definiujemy jako zespół dźwięków zawierających bogactwo informacji osobniczych, semantycznych, wynikających z treści wypowiedzi bądź związanych z emocjami. Głos, który stanowi efekt zjawiska akustycznego, pełni w codziennym życiu człowieka wiele istotnych funkcji.

Głos w aspekcie fizycznym jest rodzajem fali o określonych cechach fizycznych, rozprzestrzeniającej się w ośrodku materialnym i charakteryzującej stan ośrodka.

W przypadku głosu ludzkiego ośrodek ten stanowi powietrze. Fala dźwiękowa jest rodzajem fali podłużnej, która tworzy się wskutek kolejnych rozrzedzeń i zagęszczeń powietrza, o częstotliwościach mieszczących się w przedziale częstotliwości słyszalnych. Głos ludzki jest dźwiękiem złożonym z tonów składowych, zwanych harmonicznymi, o wymierzalnej częstotliwości drgań. Tony składowe tego dźwięku można ułożyć w szereg tonów o częstotliwościach będących wielokrotnością częstotliwości tonu najniższego, nazywanego częstotliwością podstawową. Głos, jak każda fala dźwiękowa, opisywany jest określonymi parametrami fizycznymi, takimi jak częstotliwość, natężenie i skład widmowy. Częstotliwość wyrażona w hercach (Hz) jest liczbą pełnych cykli drgań okresowych w czasie 1 s. Natężenie wyrażone w decybelach (dB) jest wielkością wektorową charakteryzującą fale akustyczne pod względem energetycznym. Stanowi wartość liczbowo równą średniej wartości strumienia energii akustycznej przepływającego w czasie 1 s przez jednostkowe pole powierzchni prostopadłe do kierunku rozchodzenia się fali. Skład widmowy to zbiór składowych dźwięku złożonego, będących sinusoidalnymi funkcjami czasu o określonych amplitudach i częstotliwościach.

Odpowiednikami cech fizycznych mogą być pewne subiektywne odczucia, będące wrażeniem słuchowym danej osoby, określane cechami psychofizycznymi. Cechy psychofizyczne głosu to głośność, wysokość oraz barwa głosu. Głośność jest wrażeniem słuchowym, które wywołuje fala dźwięku o konkretnym poziomie natężenia. Zależy od częstotliwości i kształtu drgań. Na wrażenie głośności ma wpływ intensywność oraz czas trwania dźwięku poprzedniego. Jednostką głośności jest fon. Wysokość dźwięku zależy od częstotliwości drgań fali dźwiękowej i jest porządkowana zgodnie z muzyczną skalą częstotliwości wyrażoną w półtonach temperowanych. W przypadku dźwięku złożonego jego wysokość determinowana jest częstotliwością tonu podstawowego.

Barwa jest zależna od widma dźwięku, czyli ilości, częstotliwości i natężenia tonów składowych. Powszechnie barwa wiązana jest z rozmaitymi skojarzeniami wizualnymi, takimi jak barwa jasna, ciemna, matowa, czy ze skojarzeniami przestrzennymi, takimi jak szeroka, wąska, pusta, pełna. Często, zwłaszcza w wokalistyce, określa się barwę w odniesieniu do skojarzeń dotykowych, np. szorstka, miękka, aksamitna, ostra, gładka. Barwa głosu jest indywidualną cechą człowieka. Człowiek ma jednak pewien wpływ na zmianę wyżej opisanych parametrów głosu. Głos można umiejętnie dostosować do konkretnego zadania głosowego, zmieniając jego parametry fizyczne.

Prawidłowy głos w ocenie subiektywnej powinien być dźwięczny, czysty, bogaty rezonansowo, pozbawiony komponenty szumowej oraz niemęczliwy i tworzony swobodnie z miękkim nastawieniem, bez nadmiernego napinania mięśni szyi, zaś jego wysokość powinna być odpowiednia do wieku i płci oraz stosowna do treści wypowiedzi. Głos prawidłowy jest zawsze dźwięczny i czysty, pozostaje taki również po wysiłku

i nie zawiera komponentów szumowych. W czasie wypowiedzi zmiany natężenia i wysokości w zdrowym głosie następują płynnie, a artykulacja jest prawidłowa i wyraźna.

W zaburzeniach głosu, czyli dysfonii, zmienia się sposób emisji, charakter głosu, zakres, średnie położenie głosu oraz czas fonacji. Zaburzenia dysfoniczne określa się jako zmiany wielopostaciowe głosu w zakresie jego wszystkich składowych akustycznych, takich jak częstotliwość, natężenie, czas trwania, barwa. Dysfonia jest zaburzeniem czynności narządu głosu, powstałym jako skutek istniejącej w obrębie narządu głosu zmiany patologicznej (dysfonia organiczna) lub będącym efektem zaburzeń czynności skomplikowanych mechanizmów w procesie jego tworzenia (dysfonia czynnościowa). Zaburzenia głosu o typie dysfonii zawsze spowodowane są niesprawnością narządu głosu i bardzo często towarzyszy im chrypka, która powstaje jako efekt nieprawidłowej wibracji fałdów głosowych połączonej ze szmerem powietrza nieregularnie przechodzącego przez głośnię. Zaburzeniom dysfonicznym, bez względu na przyczynę ich powstawania, towarzyszy cały szereg odczuwanych przez pacjenta dolegliwości ze strony gardła i krtani, zwanych parastezjami gardłowo-krtaniowymi. Pacjenci często zgłaszają zaleganie i spływanie śluzu w gardle lub suchość, konieczność częstego przełykania, pochrząkiwanie, pokasływanie, pobolewanie gardła, uciski i dyskomfort w obrębie szyi, trudności w wydobywaniu głosu i zanikanie głosu podczas mówienia. Skrajną postacią dysfonii jest afonia, czyli bezgłos, który oznacza utratę możliwości wytwarzania dźwięków mowy przy dobrym rozumieniu mowy i istnieniu potencjalnych możliwości posługiwania się nią. Pacjent komunikuje się wyłącznie szeptem lub na piśmie. Bezgłos występuje nagle i ma duże nasilenie.

Głos w pojęciu społecznym stanowi naturalny nośnik różnorodnych informacji i reakcji zachodzących pomiędzy nadawcą i odbiorcą, a tym samym jest najważniejszym elementem procesu komunikacyjnego. Głos stanowi odzwierciedlenie intencji przekazów ustnych, emocji, warunków zdrowotnych i kompetencji językowych człowieka. Głos i jego właściwe brzmienie łączyło się dotąd z takimi zawodami, jak śpiewak, aktor, spiker, nauczyciel, prawnik, dziennikarz czy polityk. Dzisiaj do tej grupy dołączyły inne zawody, w których umiejętność komunikowania się z drugim człowiekiem stanowi warunek sukcesu i miernik przydatności do zawodu. W tych środowiskach zawodowych głos jest narzędziem pracy zarobkowej, stąd dbałość o jego dobrą jakość powinna być sprawą priorytetową.

4. DBAŁOŚĆ O GŁOS

Z uwagi na wiele funkcji, które spełnia nasz głos, należy o niego dbać bez względu na cel, w jakim go wykorzystujemy. Wyjątkowego podejścia do dbałości o głos powinno się jednak wymagać od osób, dla których stanowi on narzędzie codziennej pracy.

Program profilaktyki głosu, zwłaszcza dla osób pracujących głosem, powinien uwzględniać opracowanie i rozpropagowanie materiałów informacyjnych

skierowanych zarówno do osób aktywnych zawodowo, jak i studentów podejmujących naukę na wydziałach przygotowujących do pracy w zawodach stawiających duże wymagania wobec narządu głosu.

Niezwykle ważne są badania foniatryczne z oceną czynności fonacyjnej krtani i jakości głosu pod kątem przydatności np. do zawodu nauczyciela. Badania te mają charakter doradczy i umożliwiają podjęcie działań zapobiegawczych i rehabilitacyjnych, zwłaszcza w przypadku permanentnego przeciążania narządu głosu przez osoby predysponowane do patologii w obrębie narządu głosu lub już nimi dotknięte. Bardzo ważnym elementem profilaktyki głosowej jest również organizowanie warsztatów szkoleniowych z zakresu prawidłowej emisji głosu oraz wdrażanie zasad higieny głosowej wśród nauczycieli. Czym zatem jest higiena głosu?

Higienę głosu definiuje się jako naukę zajmująca się ochroną głosu lub jako wszechstronną działalność profilaktyczną, mającą na celu zapobieganie zaburzeniom głosu. Jako nauka higiena głosu zajmuje się zatem opracowaniem wszelkich sposobów zapobiegania chorobom narządu głosowego oraz pośrednio metodami ich leczenia.

Zasady higieny głosowej powinny stać się integralną częścią promocji zdrowego stylu życia i wejść do kanonu codziennej higieny każdego człowieka, podobnie jak zalecenia dotyczące unikania stresu, używek i zmiany nieprawidłowych nawyków żywieniowych. W życiu codziennym są one jednak pomijane, a często niedoceniane nawet przez profesjonalistów. Powszechne wprowadzenie kilku prostych zasad chroniących głos stanie się możliwe, jeśli my, lekarze, uświadomimy sobie ich znaczenie i będziemy przekazywać naszym pacjentom informacje o wynikających z nich korzyściach.

Głos to narzędzie komunikacji, a często pracy zawodowej, a zatem powinniśmy:
- szanować głos,
- mówić spokojnie, łagodnie i bardzo wyraźnie,
- ograniczać krzyk i głośne mówienie,
- podczas wystąpień publicznych wykorzystywać aparaty wzmacniające głos (mikrofony),
- w razie niemożności opanowania hałasu otoczenia ograniczyć mówienie,
- pić dużo wody niegazowanej (do 8 szklanek dziennie),
- podczas infekcji nie pracować głosem, ograniczać wysiłek głosowy,
- eliminować niedbałą postawę i nadmierne napięcie mięśniowe.

Znaczny wpływ na tworzenie głosu i komfort mówienia mają czynniki środowiskowe. Istotnym czynnikiem jest temperatura otoczenia. Na zewnątrz nie mamy na nią wpływu, ponieważ wiąże się z określonymi warunkami klimatycznymi. Ale możemy

regulować ją w pomieszczeniach, w których przebywamy czy musimy pracować. Komfort cieplny dla narządu głosu zapewnia temperatura 18–21°C. Kolejnym ważnym czynnikiem jest wilgotność powietrza. W pomieszczeniach zamkniętych należy dbać o właściwy stopień nawilżenia poprzez zastosowanie nawilżaczy oraz inhalatorów. Optymalna wilgotność dla narządu głosu i funkcji głosowej to 60–70%. Dla narządu głosu niekorzystnym zjawiskiem jest zapylenie powietrza, szczególnie w pomieszczeniach zamkniętych, w których przebywamy i mówimy. Chodzi o pył, kurz czy kredę. Toksyczne dla krtani są także zanieczyszczenie zewnętrzne w postaci rozprzestrzeniających się dymów, środków chemicznych czy spalin. Kolejnym niezwykle niekorzystnym czynnikiem, o czym nie wszyscy wiedzą, jest hałas.

Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że w dzisiejszej rzeczywistości hałas jest w zasadzie wszechobecny. Powinniśmy zatem pamiętać, że jego natężenie powyżej 80 dB nie tylko stanowi zagrożenie dla słuchu, ale również sprzyja występowaniu chorób narządu głosu. Na permanentny hałas narażeni są na przykład nauczyciele. Ich praca nierozerwalnie łączy się z koniecznością mówienia w dużych, często hałaśliwych pomieszczeniach. Z tego powodu przedstawiciele tej grupy zawodowej częściej zapadają na schorzenia krtani. Tworzenie i emisja głosu w hałasie wymaga wzmożonej pracy mięśni krtani tylko po to, aby być słyszanym, czytelnym i prawidłowo odebranym przez słuchającego. Stała wzmożona gotowość narządu głosowego może z czasem doprowadzić do zmian, które określamy czynnościowymi zaburzeniami głosu. Czynnościowe zaburzenia głosu uważa się co prawda za odwracalne, jednak z czasem może dojść do utrwalenia się nieprawidłowych mechanizmów, a w konsekwencji do zmian organicznych w obrębie krtani, np. powstania guzków głosowych. Są to już zmiany, które wymagają niejednokrotnie interwencji chirurgicznej. Nadmierne przeciążenie narządu głosu często zmusza pracowników oświaty (nauczycieli), naszych potencjalnych pacjentów, do skorzystania z rocznego urlopu dla poratowania zdrowia, a w przypadku niepowodzenia leczenia do wystąpienia z wnioskiem o rentę, a nawet o orzeczenie o chorobie zawodowej. Jedną z przyczyn powstawania chorób zawodowych związanych z dysfunkcją głosu jest powszechny brak wiedzy na temat profilaktyki i higieny głosu. Choroby te stwarzają wiele problemów prawnych związanych z orzecznictwem oraz niosą ze sobą negatywne skutki społeczno-ekonomiczne, np. zbyt wczesną konieczność rezygnacji z pracy zawodowej, zubożenie spowodowane drastycznym zmniejszeniem dochodu miesięcznego i poczucie bycia niepotrzebnym. Dlatego działania popularyzujące wiedzę o głosie i jego podstawowych funkcjach są społecznie korzystne i mogą służyć zapobieganiu negatywnym skutkom nadużywania i niewłaściwego wykorzystywania głosu w codziennej aktywności, zwłaszcza zawodowej.

BIBLIOGRAFIA

Aronson A.E., Bless D.M., *Clinical voice disorders*, New York 2009.

Bless D.M., Hirano M., Feder R.J., *Videostroboscopic evaluation of the larynx*, „Ear, Nose, and Throat Journal" 1987, No. 66(7), s. 289–296.

Blitzer A., Brin M., Ramig L., *Neurologic disorders of the larynx*, New York 2011, s. 21–30.

Butcher P., *Psychological processes in psychogenic voice disorder*, „European Journal of Disorders of Communication" 1995, No. 30(4), 467–474.

Dobaczewska H., *Anatomia ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa 1997.

Domeradzka-Kołodziej A., Maniecka-Aleksandrowicz B., *Dysfonia i chrypka*, „Magazyn Otolaryngologiczny" 2004, nr I–III (III), z. 1.

Freidl W., Friedrich G., Egger J., Fitzek T., *Psychogenic aspects of functional dysphonia*, „Folia Phoniatrica" (Basel) 1993, No. 45(1), s. 10–13.

Gerritsma E.J., *An investigation into some personality characteristics of patients with psychogenic aphonia and dysphonia*, „Folia Phoniatrica" 1991, No. 43(1), s. 13–20.

Green G., *Psycho-behavioral characteristics of children with vocal nodules: WPBIC ratings*, „Journal of Speech and Hearing Disorders" 1989, No. 54(3), s. 306–312.

Harris T., Harris S., Rubin J., Howard D., *The Voice Clinic Handbook*, London 1998.

Hickok G., Poeppel D., *The cortical organization of speech processing*, „Nature Rewiews Neuroscience" 2007, No. 8(5), s. 393–402.

Hirano M., Bless D.M., *Videostroboscopic examination of the larynx*, San Diego 1993.

Izdebski K., *The Role & Value of the Phonatory Function Studies*, Chapter 29 in Lalwani A. (Ed.) 2012, Current Diagnosis & Treatment Otolaryngology Head & Neck Surgery, Lange, New York, 3rd Ed, s. 416–429.

Kotby M.N., Titze I.R., Saleh M., Berr M., *Fundamental frequency stability in function dysphonia*, „Acta Otolaryngologica" 1993, No. 113, s. 439–444.

Maniecka-Aleksandrowicz B., *Klasyfikacja zaburzeń głosu*, „Audiofonologia" 1997, nr 10, s. 61–67.

Maniecka-Aleksandrowicz B., *Wybrane zagadnienia z patologii głosu. Podstawy neurologopedii*, Opole 2005, s. 475–514.

Obrębowski A., *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań 2008.

Rosen C.A., Murry T., *Nomenclature of voice disorders and vocal pathology*, „Otolaryngology Clinics of North Am." 2000, No. 33(5), s. 1035–1046.

Simpson C.B., Fleming D.J., *Medical and vocal history in the evaluation of dysphonia*, „Otolaryngology Clinics of North America" 2000, No. 33, s. 4719–4729.

Stemple J.C., Glaze L.E. & Klaben B.G., *Clinical voice pathology, theory and management* (3rd ed.), Canada 2000.

Szeląg E., *Podstawy neurologopedii*, Opole 2005, s. 98–153.

Szkiełkowska A., Kazanecka E., *Emisja głosu*, Warszawa 2011, s. 13–25.

Zeitels S. et al., *Management of common voice problems: Committee report*, „Otolaryngology – Head and Neck Surgery" 2002, No. 126, s. 333–348.

prof. dr hab. MAREK WOŹNIEWSKI

Rehabilitacja w onkologii – zbędny luksus czy konieczność?

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU
WYDZIAŁ FIZJOTERAPII

1. WSTĘP

Przewiduje się, że w 2030 r. w 184 krajach świata na nowotwory złośliwe zachoruje ponad 22 mln ludzi. Oznacza to 75-procentowy wzrost zachorowań, a w krajach rozwijających się będzie on nawet 90-procentowy. Tylko w Europie każdego roku na nowotwory złośliwe choruje ponad 3 mln ludzi, co spowoduje 70-procentowy wzrost zachorowań w 2030 r. W Polsce do 2025 r. liczba zachorowań na nowotwory złośliwe ma wzrosnąć o 40%, a w przypadku raka płuc – nawet o 100%.

2. KOSZTY LECZENIA

Koszty związane z nowotworami złośliwymi w krajach Unii Europejskiej sięgają 124 mld euro rocznie, ale tylko 36% tej kwoty pochłaniają koszty leczenia. Pozostałe 64%, czyli prawie 80 mld euro, wynika z niezdolności do pracy, zmniejszonej wydajności i przedwczesnej śmierci. Koszty te można istotnie zmniejszyć dzięki wczesnej i systematycznej rehabilitacji, której nadrzędnym celem jest osiągnięcie przez pacjenta pełnej niezależności i samodzielności.

Aż 13% kosztów, czyli 6 mld euro rocznie, stanowią nakłady na leczenie raka piersi, ale – uwzględniając pozostałe koszty związane z nowotworami złośliwymi – najdroższy jest rak płuca, który pochłania 19 mld euro rocznie.

W Polsce roczny koszt leczenia raka piersi wynosi 500 mln zł, a raka płuc – 400 mln zł, ale w tym ostatnim przypadku nakłady te podwoją się w ciągu najbliższych 10 lat. Należy także zaznaczyć, że dzienny koszt pobytu na oddziale chirurgii sięga 350 zł, a na ginekologii – 300 zł. W zdecydowanej większości pobyt ten związany jest z leczeniem chorób nowotworowych, a jego skrócenie może te koszty znacznie obniżyć. Z badań wynika, że leczenie szpitalne można istotnie skrócić dzięki wczesnej i intensywnej rehabilitacji, co jednocześnie ułatwia dostęp do tego leczenia.

Z analizy przedstawionej w 2012 r. (Lancet), obejmującej 46 539 zabiegów operacyjnych wykonanych w 498 szpitalach 28 krajów europejskich, wynika, że śmiertelność pooperacyjna w Polsce jest 4-krotnie wyższa niż średnia w krajach Unii Europejskiej. Częściowo taka sytuacja może być spowodowana brakiem rehabilitacji przed- i pooperacyjnej, a większość tych operacji wykonywana jest z powodu nowotworów złośliwych, gdyż 85% guzów litych leczonych jest operacyjnie.

3. NEGATYWNE SKUTKI LECZENIA NOWOTWORÓW

Leczenie nowotworów złośliwych wymaga kompleksowego stosowania agresywnych metod, obejmujących przede wszystkim rozległe zabiegi operacyjne, radioterapię i chemioterapię. Są one odpowiedzialne m.in. za ból, zwłóknienia tkanek, blizny oraz ograniczenie aktywności fizycznej, które mogą prowadzić do rozwoju

powikłań i psychofizycznych zaburzeń. Nawet wprowadzenie leczenia oszczędzającego nie wpłynęło istotnie na zmniejszenie częstości i nasilenia tych następstw.

Leczenie chorób nowotworowych może być przyczyną zaburzenia czynności wszystkich układów organizmu człowieka. Najczęściej występuje upośledzenie czynności płuc, powodujące duszność i ograniczające możliwość swobodnego oddychania, zwłaszcza podczas wysiłku fizycznego. Częstym i poważnym następstwem leczenia nowotworów złośliwych są obrzęki chłonne, wynikające z usunięcia i uszkodzenia części naczyń i węzłów chłonnych, które jest wymogiem leczenia onkologicznego. Jeżeli leczenie dotyczy okolicy stawów, może prowadzić do ograniczenia ich ruchomości, nieprawidłowego ustawienia, a w późniejszym czasie do zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych.

Tabela 1. Najczęstsze zaburzenia czynnościowe będące następstwem leczenia nowotworów złośliwych

Rodzaj zaburzenia	Przyczyna
Ograniczenie ruchomości w stawach	Ból, pooperacyjna blizna, zwłóknienie okołostawowych tkanek miękkich, osłabienie mięśni, ograniczenie aktywności fizycznej
Osłabienie lub zanik mięśni	Przecięcie lub usunięcie mięśni, zmiany przewodnictwa po radioterapii i chemioterapii, ograniczenie aktywności ruchowej, zmiany strukturalne
Niedowład lub porażenie mięśni	Uszkodzenie splotu nerwowego lub nerwów obwodowych w wyniku operacji lub radioterapii, ucisk blizny, obrzęk chłonny dużych rozmiarów
Nieprawidłowa postawa ciała	Ból, osłabienie i przykurcz mięśni, rozległe blizny i zwłóknienie tkanek po naświetlaniach
Zaburzenia równowagi i koordynacji	Upośledzenie czynności ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego po radioterapii lub chemioterapii, obniżenie sprawności psychofizycznej
Zmiany przeciążeniowo-zwyrodnieniowe stawów kończyn i kręgosłupa	Ból, osłabienie i przykurcz mięśni, rozległe blizny i zwłóknienie tkanek po naświetlaniach
Obrzęk chłonny	Usunięcie naczyń i węzłów chłonnych, zwłóknienie po naświetlaniach, stan zapalny
Upośledzenie wentylacji płuc	Usunięcie tkanki płucnej, uszkodzenie pęcherzyków płucnych i zwłóknienie śródmiąższowe po radioterapii
Ograniczenie sprawności fizycznej	Wtórne zmiany czynnościowe i strukturalne w mięśniach, ograniczenie aktywności fizycznej
Obniżenie wydolności, zmęczenie	Anemia po radioterapii i chemioterapii, ograniczenie aktywności fizycznej

Dominującym objawem leczenia nowotworów złośliwych jest zmęczenie, które dotyczy od 40 do 100% pacjentów. Jego przyczyną jest obniżenie aktywności fizycznej, nawet o 50%, prowadzące do zmniejszenia wydolności fizycznej, co z kolei ogranicza możliwość podejmowania wysiłku fizycznego oraz powoduje prowadzenie oszczędzającego trybu życia i ograniczenie wykonywania codziennych czynności. Prowadzi to do unikania większej aktywności i nadmiernego odpoczywania, a to po pewnym czasie nasila objawy zmęczenia, uruchamiając „błędne koło".

Tolerancja wysiłkowa osób leczonych z powodu nowotworów złośliwych często nie przekracza poziomu 5 MET, który stanowi minimalną granicę wydolności niezbędnej do swobodnego wykonywania codziennych czynności. U osób, których wydolność jest niższa, każda czynność może powodować uczucie zmęczenia, które w naturalny sposób zmusza do odpoczynku, nasilającego ograniczenie zdolności wysiłkowej. W wyniku leczenia oraz zmniejszenia aktywności fizycznej dochodzi również do osłabienia mięśni, których sprawność jest najważniejsza w funkcjonalnej niezależności człowieka.

Czynnościowe zaburzenia po leczeniu nowotworów złośliwych mogą prowadzić do groźnych dla zdrowia i życia powikłań. Dotyczy to zwłaszcza obrzęku chłonnego, który może być przyczyną częstych stanów zapalnych, powiększenia kończyny do olbrzymich rozmiarów, określanego mianem słoniowacizny, zaburzenia czynności kończyny, a nawet rozwoju nowego nowotworu złośliwego o bardzo niekorzystnym rokowaniu. Wynikają z tego nie tylko kosmetyczne i estetyczne, ale także zdrowotne i życiowe wskazania do prowadzenia rehabilitacji onkologicznej.

Choroba nowotworowa, jej leczenie i następstwa tego leczenia są bardzo silnym czynnikiem stresującym, który może powodować niekorzystne zmiany w psychice i zaburzenia emocjonalne. Należą do nich: lęk, niepokój i depresja, a także zwiększona drażliwość i niska samoocena. Osoby leczone z powodu nowotworów złośliwych mogą reagować nieadekwatnie do sytuacji, czego skutkiem jest brak kontroli zachowania. Psychofizyczne następstwa leczenia chorób nowotworowych są przyczyną obniżenia jakości życia u około 70% chorych, co istotnie może pogorszyć wyniki leczenia nowotworu oraz opóźnić lub nawet uniemożliwić powrót do pełnej aktywności życiowej.

4. CECHY REHABILITACJI

Rehabilitację onkologiczną powinna cechować: **powszechność**, rozumiana jako objęcie opieką wszystkich ludzi leczonych z powodu chorób nowotworowych, niezależnie od ich rodzaju, stopnia zaawansowania, etapu i metody leczenia, **wczesność**, według której powinna być zapoczątkowana przed rozpoczęciem leczenia, **ciągłość**, polegająca na realizacji jej programu w okresie szpitalnym oraz poszpitalnym wczesnym i późnym oraz **kompleksowość**, uwzględniająca potrzeby zdrowotne, społeczne i zawodowe.

5. KOMPLEKSOWOŚĆ REHABILITACJI

Podstawowym celem rehabilitacji w onkologii jest zapobieganie utracie przez osoby leczone z powodu nowotworów złośliwych sprawności psychofizycznej lub jej przywracanie. Jako postępowanie kompleksowe obejmuje ona **rehabilitację medyczną**, która zajmuje się przywracaniem utraconego zdrowia, **społeczną**, polegającą na powrocie do pełnej aktywności społecznej i zapobieganiu izolacji społecznej, rozpadowi więzi rodzinnych i towarzyskich, oraz **zawodową**, ułatwiającą wykonywanie pracy.

6. CELE REHABILITACJI

Zależnie od stopnia zaawansowania choroby, jej etapu i metody leczenia wyróżnia się następujące cele rehabilitacji:

- Profilaktyczny – zapobieganie powikłaniom i zaburzeniom leczenia choroby nowotworowej. Realizacja tego celu wymaga wczesnego rozpoczynania rehabilitacji, jeszcze przed rozpoczęciem leczenia choroby nowotworowej, oraz traktowania wszystkich chorych jako potencjalnie zagrożonych wystąpieniem czynnościowych zaburzeń. Dominują metody zapobiegania powikłaniom płucnym i zakrzepicy żylnej – której ryzyko jest 2–3-krotnie większe u chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych niż chorób nienowotworowych – oraz zaburzeniom czynności układu ruchu i obrzękom chłonnym. Oprócz ogólnie uznanych metod można wykorzystywać także te, które głównie mają znaczenie lecznicze. Dotyczy to np. ręcznego drenażu chłonnego, którego stosowanie we wczesnym okresie po leczeniu nowotworów złośliwych może zmniejszać ryzyko rozwoju obrzęku chłonnego.
- Leczniczy – przywracanie sprawności psychofizycznej chorych. W tym przypadku stosowane mogą być wszystkie metody rehabilitacji, nie wyłączając ćwiczeń fizycznych oraz zabiegów fizykalnych.
- Paliatywny – łagodzenie objawów terminalnego okresu choroby nowotworowej. Do realizacji tego celu stosowana jest większość metod rehabilitacji. Ich podstawowym zadaniem jest poprawa jakości życia, głównie poprzez zwiększenie samodzielności i niezależności człowieka. Przykładem jest wprowadzenie ćwiczeń fizycznych o niskiej lub średniej intensywności, które mają przede wszystkim wpływać na poprawę stanu psychicznego chorego.

Rehabilitacja onkologiczna ma za zadanie przygotować chorego do leczenia, bezpiecznie przeprowadzić go przez ten okres, zapobiegać następstwom choroby i jej leczenia, przywracać sprawność psychofizyczną oraz zmniejszać ryzyko nawrotu choroby lub przedwczesnej śmierci. Odgrywa również ważną rolę w łagodzeniu objawów terminalnego okresu choroby nowotworowej i poprawianiu jakości życia. Ma też istotne znaczenie w zapobieganiu nieprawidłowym relacjom społecznym,

przyczyniając się do integracji i adaptacji osób leczonych z powodu nowotworów złośliwych.

7. ĆWICZENIA FIZYCZNE W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Podstawą rehabilitacji medycznej w onkologii są ćwiczenia fizyczne. Wynika to z czynnościowego charakteru zaburzeń, specyficznego wpływu ćwiczeń fizycznych na organizm człowieka oraz ciągłości i intensywności działania tego niezastąpionego bodźca. Do niedawna jednak aktywność fizyczna ludzi leczonych z powodu nowotworów złośliwych budziła obawy i najczęściej była w ich przypadku przeciwwskazana. Wynikało to z przeświadczenia o immunosupresyjnym działaniu ćwiczeń, zwłaszcza tych o dużej intensywności, o ich wpływie na zwiększenie kardiotoksyczności będącej następstwem leczenia systemowego i radioterapii, a także o ich silnym oddziaływaniu bodźcowym, które może przyczynić się do rozwoju lub nawrotu choroby. Nie bez znaczenia była także obawa przed patologicznymi złamaniami kości, wynikającymi z ich osłabionej struktury z powodu choroby lub jej leczenia, nasileniem bólu, nudnościami i zmęczeniem, jak również niechęć chorych do jakichkolwiek form ruchu związana ze złym stanem psychicznym pacjentów i ich osłabieniem.

Tabela 2. Metody rehabilitacji w zapobieganiu powikłaniom i zaburzeniom czynnościowym po leczeniu nowotworów złośliwych

Układ	Powikłania	Rehabilitacja
Oddechowy	Zaburzenia wentylacji Niedodma Zapalenie płuc	Fizjoterapia klatki piersiowej Ćwiczenia fizyczne Szybkie uruchamianie
Żylny	Zakrzep Zator	Zewnętrzny ucisk stały lub przerywany Wysokie ułożenie kończyny Ćwiczenia fizyczne Szybkie uruchamianie
Ruchu	Ograniczenie ruchomości w stawie	Ułożenie przeciwprzykurczowe Ćwiczenia fizyczne Szybkie uruchamianie Szybkie wdrażanie do wykonywania czynności codziennych
Chłonny	Obrzęk	Pozycje ułożeniowe Ręczny drenaż chłonny Przerywana kompresja pneumatyczna Ćwiczenia fizyczne

Obecnie istnieje coraz więcej dowodów potwierdzających korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych na stan psychofizyczny ludzi leczonych z powodu nowotworów złośliwych. Nie tylko nie potwierdziły się obawy o skutki uboczne aktywności fizycznej, ale są coraz częstsze i wiarygodne dowody nie tylko na ich wpływ na wzrost sprawności psychofizycznej, ale także na zmniejszanie ryzyka rozwoju choroby nowotworowej lub jej nawrotu.

Tabela 3. Metody rehabilitacji w przywracaniu sprawności psychofizycznej po leczeniu nowotworów złośliwych

Zaburzenia	Rehabilitacja
Obniżenie sprawności i wydolności fizycznej	Ćwiczenia fizyczne dostosowane do poziomu tolerancji wysiłkowej oraz deficytu sprawności fizycznej
Ograniczenie ruchomości w stawach	Ćwiczenia fizyczne Pozycje rozciągające PNF (torowanie nerwowo-mięśniowe) Terapia manualna Poizometryczna relaksacja mięśni
Zmniejszenie sprawności mięśni	Ćwiczenia fizyczne zależnie od poziomu deficytu czynności mięśni
Niedowład lub porażenie mięśni	Reedukacja nerwowo-mięśniowa PNF Redukcja obrzęku chłonnego (jeżeli występuje)
Czynności układu oddechowego	Fizjoterapia klatki piersiowej Ćwiczenia fizyczne dostosowane do rodzaju zaburzeń i zdolności wysiłkowych
Obrzęk chłonny	Kompleksowa terapia udrażniająca Przerywana kompresja pneumatyczna Ćwiczenia fizyczne

Ćwiczenia fizyczne są zalecane w każdej fazie choroby i na każdym etapie leczenia. Powinny obejmować chorych leczonych radykalnie i paliatywnie z powodu guzów litych i nowotworów układowych, w czasie leczenia chirurgicznego, systemowego i radioterapii, po zakończeniu leczenia, a także w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Zależnie od potrzeb, u chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych można stosować wszystkie rodzaje ćwiczeń fizycznych: od biernych, przez wspomagane, po czynnych z oporem. Najbardziej wskazane są jednak naturalne formy ruchu, angażujące duże grupy mięśniowe, np. wszystkie rodzaje chodu, począwszy od spokojnego spaceru aż do szybkiego marszu, najlepiej na świeżym powietrzu, a także bieg lub jazda na rowerze. Bardzo dobrze tolerowane są także ćwiczenia w wodzie, gdyż środowisko wodne stwarza korzystne warunki do rehabilitacji, a także

atrakcyjne formy ruchu, np. nordic walking, w którym w bezpiecznych warunkach angażowana jest znacznie większa liczba mięśni niż w marszu bez kijów, co pozwala na zwiększenie skuteczności tego rodzaju ćwiczeń.

Tabela 4. Zależność poziomu aktywności fizycznej od dziennej liczby kroków

Poziom	Liczba kroków aktywności fizycznej dziennie
Siedzący tryb życia	< 5 000
Niska aktywność	5 000–7 499
Średnia aktywność	7 500–9 999
Aktywny tryb życia	10 000–12 499
Wysoka aktywność	> 12 500

8. ĆWICZENIA W WODZIE

Znaczenie środowiska wodnego dla rehabilitacji wynika ze specyficznych właściwości wody: siły wyporu, ciśnienia hydrostatycznego, oporu, lepkości, fal oraz temperatury. Wszystkie te właściwości są wykorzystywane w rehabilitacji osób leczonych z powodu nowotworów. Dzięki ćwiczeniom w wodzie można uzyskać nawet 90-procentowe odciążenie stawów, co ma istotne znaczenie w przypadku osób z osłabioną strukturą kości, którym zagrażają złamania. Dzięki tej właściwości 45 minut ćwiczeń w wodzie obciąża stawy człowieka tak jak 10 minut ćwiczeń na lądzie. Zależnie od szybkości ruchu, woda może ułatwić jego wykonanie (wolny ruch), co jest istotne w zwiększaniu ruchomości w stawach, lub go utrudnić (szybki ruch), co jest wykorzystywane we wzmacnianiu mięśni. Zwiększając opór wody, np. przez wykorzystanie przyborów zwiększających powierzchnię, można bardzo skutecznie i bezpiecznie zwiększać siłę mięśni.

Ćwiczenia w wodzie zwiększają wydolność człowieka, poprawiając pracę serca, obniżając ciśnienie tętnicze krwi i zmniejszając duszność. Stały ruch wody oddziałujący na człowieka wymusza gimnastykę mechanizmów utrzymywania równowagi i koordynacji nerwowo-mięśniowej. Wreszcie ciśnienie wody dobrze wpływa na odpływ chłonki, a temperatura wody może działać przeciwbólowo, rozluźniająco na mięśnie lub zwiększać ich napięcie. Ćwiczenia w wodzie są bezpieczne m.in. dlatego, że zmniejszone jest ryzyko upadków. Nie należy też utożsamiać ćwiczeń w wodzie z pływaniem. Rehabilitacja w wodzie nie wymaga umiejętności pływania. Z tej formy ćwiczeń można skorzystać zarówno w ośrodkach rehabilitacyjnych, jak i fitness, np. uczestnicząc w zajęciach aqua aerobiku pod kierunkiem specjalistów, można również wykonywać ćwiczenia w wodzie samodzielnie.

9. INTENSYWNOŚĆ ĆWICZEŃ

Intensywność ćwiczeń powinna być umiarkowana, na poziomie 60–80% maksymalnej częstości tętna odpowiedniej dla danego wieku według formuły „220 – wiek". Dopuszczalne są wszystkie rodzaje ćwiczeń, przy czym zaleca się przede wszystkim ćwiczenia o charakterze wytrzymałościowym, tzn. o średniej intensywności, wykonywane przez dłuższy czas. Dla osób o większej wydolności fizycznej wskazana jest metoda ciągła, która polega na wykonywaniu bez przerwy ustalonej ilości pracy. Natomiast dla chorych o znacznie ograniczonej tolerancji wysiłkowej bardziej odpowiednia jest metoda interwałowa, w której określona ilość pracy podzielona jest na kilka części przedzielonych przerwami.

W rehabilitacji onkologicznej można również stosować ćwiczenia z oporem, pamiętając o tym, aby ich intensywność nie przekraczała 70% maksymalnego oporu (1 RM, zob. tabela 5). Obecnie najbardziej zalecane jest łączenie ćwiczeń wytrzymałościowych z oporowymi – treningu mieszanego. Należy pamiętać o tym, że ćwiczenia odniosą skutek tylko wtedy, gdy będą wykonywane systematycznie, z odpowiednią częstotliwością i przez określony czas. Wskazane jest ćwiczenie 3–5 razy w tygodniu po 30–60 minut co najmniej przez 6 tygodni.

Tabela 5. Poziomy intensywności ćwiczeń siłowych

Poziom intensywności	% 1 RM*
Bardzo mała	< 30
Mała	30–49
Średnia	50–69
Duża	70–84
Bardzo duża	> 84

* 1 RM – jednokrotne maksymalne powtórzenie

10. OGRANICZENIA W STOSOWANIU ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH

Właściwie nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń fizycznych przez osoby leczone z powodu nowotworów złośliwych. Nawet takie objawy choroby i jej leczenia, jak: anemia, mała liczba płytek krwi czy komórek odpornościowych, stanowią tylko względne przeciwwskazanie do określonych form ruchu. W przypadku anemii nie należy stosować zbyt intensywnych ćwiczeń, a formę ciągłą należy zastąpić interwałową. Przy małopłytkowości niewskazane są formy ruchu związane z ryzykiem urazu, tzw. sporty kontaktowe, np. gry

zespołowe, a przy zmniejszonej odporności ćwiczenia należy prowadzić w warunkach zmniejszających ryzyko infekcji, np. w małych grupach czy w łagodnych warunkach klimatycznych.

Ograniczenia w wykonywaniu ćwiczeń fizycznych mogą być również związane ze specyfiką leczenia. Chorzy po operacji raka odbytnicy lub gruczołu krokowego w początkowym okresie po leczeniu nie mogą ćwiczyć na cykloergometrze w pozycji siedzącej, dlatego muszą wykonywać ćwiczenia w pozycji leżącej. Pływania powinny unikać osoby z założoną przetoką nerkową, z tymczasowym cewnikiem w żyle głównej i cewnikiem w pęcherzu moczowym. Natomiast pacjenci z zamkniętym drenażem moczu, przetokami moczowodowymi i kolostomią mogą pływać po 8 tygodniach od zabiegu, ale nie powinni stosować worków wielokrotnego użytku. Chorzy z pierwotnym lub przerzutowym nowotworem kości powinni unikać form aktywności fizycznej związanych z dużym ryzykiem urazu, który może być przyczyną złamania patologicznego.

11. FIZYKOTERAPIA

U osób chorych na nowotwory istnieją także wskazania do zastosowania fizykoterapii. Mogą one wynikać z potrzeby wspomagania rehabilitacji zarówno czynnościowych zaburzeń po leczeniu nowotworów, jak i chorób współistniejących. O ile stosowanie ćwiczeń fizycznych u osób leczonych z powodu chorób nowotworowych nie budzi już zdecydowanych wątpliwości, to wykorzystanie fizykoterapii jest nadal przedmiotem dyskusji. W większości podręczników fizykoterapii choroba nowotworowa stanowi jedno z podstawowych przeciwwskazań do zastosowania większości czynników fizykalnych. Obawy te wynikają przede wszystkim z bodźcowego działania tych czynników, które może przyczynić się do nawrotu lub rozsiewu choroby nowotworowej. Brak jest jednak jednoznacznych dowodów naukowych potwierdzających te obawy, a jednocześnie nie są sprecyzowane ograniczenia w stosowaniu fizykoterapii w onkologii. Natomiast w piśmiennictwie jest coraz więcej prac wykazujących skuteczne zastosowanie czynników fizykalnych we wspomaganiu rehabilitacji chorych na nowotwory złośliwe.

Oczywiście wskazania do zabiegów fizykalnych w przypadku osób leczonych z powodu nowotworów muszą być zawsze bardzo wnikliwie rozważone. Należy wziąć pod uwagę rodzaj nowotworu i jego lokalizację oraz stopień jego zaawansowania i złośliwości. Dużą ostrożność należy zachować w przypadku nowotworów układowych, np. białaczek, chłoniaków, o dużej dynamice rozwoju, stopniu zaawansowania i złośliwości. Decyzja o zastosowaniu fizykoterapii musi także uwzględniać czas po zakończeniu leczenia nowotworu. Im jest on dłuższy, tym możliwości te są większe.

Przyjmuje się zazwyczaj 5 lat jako względnie bezpieczny okres, po upływie którego czynniki fizykalne mogą być stosowane u osób po leczeniu nowotworów złośliwych. Ten czas wynika jednak raczej z zasad onkologicznych, według których przeżycie 5 lat bez cech nawrotu choroby lub jej rozsiewu można uznać za wyleczenie chorego, a nie z wiarygodnych badań naukowych dotyczących wpływu fizykoterapii na nowotwór złośliwy.

Przeciwwskazane jest również stosowanie zabiegów fizykalnych w obszarze leczenia nowotworu lub przyległych kwadrantów. Z dużą ostrożnością należy także wykorzystywać metody o dużym ogólnoustrojowym oddziaływaniu bodźcowym, np. saunę lub krioterapię ogólnoustrojową.

12. MASAŻ

Mniejsze kontrowersje dotyczą masażu w rehabilitacji onkologicznej, który jest stosowany głównie do redukcji obrzęku chłonnego w specyficznej formie ręcznego drenażu chłonnego lub przerywanej kompresji pneumatycznej (masażu pneumatycznego). Dotychczasowe badania nie wykazały częstszego nawrotu nowotworu lub jego rozsiewu po zastosowaniu masażu pneumatycznego w stopniu, który byłby istotny statystycznie. Jednak zawsze należy wnikliwie rozważyć wskazania i przeciwwskazania do jego stosowania. Dotyczy to masażu obrzękniętej kończyny, w obrębie której zlokalizowany był nowotwór, masażu kwadrantów przyległych do leczonego obszaru oraz zastosowania masażu po radioterapii.

Należy jeszcze raz podkreślić, że decyzja o zastosowaniu zabiegów fizykalnych lub masażu u osób leczonych z powodu chorób nowotworowych powinna być podjęta bardzo rozważnie i uwzględniać zarówno korzyści, jak i ryzyko wynikające z tych działań.

13. REHABILITACJA UZDROWISKOWA

Wątpliwości i obawy budzi także rehabilitacja uzdrowiskowa. Wynikają one przede wszystkim z bodźcowego charakteru czynników stosowanych podczas jej realizacji, które według powszechnie przyjętych poglądów mogą zwiększać ryzyko rozsiewu choroby nowotworowej lub jej nawrotu. Dlatego – w świetle obowiązujących wytycznych – w przypadku większości nowotworów rehabilitacja uzdrowiskowa jest możliwa dopiero po roku od zakończenia leczenia, a w niektórych przypadkach nawet dopiero po 5 latach. Należy jednak podkreślić, że nie ma racjonalnych przesłanek dla takich zaleceń, gdyż nie wynikają one z badań naukowych i pozbawione są wiarygodnych dowodów potwierdzających tezę o szkodliwości rehabilitacji uzdrowiskowej chorych na nowotwory.

Poza tym należy wyraźnie rozdzielić pobyt w miejscowości uzdrowiskowej i wykonywanie ćwiczeń fizycznych od stosowania zabiegów balneologicznych. O ile realizacja programów treningu fizycznego w warunkach uzdrowiskowych nie powinna budzić zastrzeżeń, to korzystanie z zabiegów przyrodoleczniczych musi być bardzo ostrożnie rozważone, tym bardziej że brakuje też badań naukowych potwierdzających ich bezpieczeństwo w przypadku osób chorych na nowotwory.

W programie rehabilitacji w onkologii należy uwzględnić rehabilitację uzdrowiskową, gdyż ma ona bardzo wiele zalet, które mogą istotnie wpłynąć na podniesienie jakości i efektywności rehabilitacji. Realizacja rehabilitacji w uzdrowisku pozwala na jej dużą intensywność oraz pełną koncentrację na realizacji jej celów, umożliwia stosowanie specyficznych metod oraz lepszą kontrolę przebiegu rehabilitacji, co sprawia, że stanowi ona dawkę „uderzeniową", podczas gdy rehabilitacja ambulatoryjna to dawka „podtrzymująca". W ciągu 3 tygodni dobrze prowadzonej rehabilitacji uzdrowiskowej można uzyskać efekty równoważne kilku miesiącom rehabilitacji ambulatoryjnej.

Uzdrowiskowy etap rehabilitacji charakteryzuje się stosunkowo łatwym dostępem, niskim kosztem, fizjologicznym charakterem działających bodźców, ich dobrą tolerancją i długotrwałymi efektami. Dlatego powinien mieć szczególne znaczenie w systemie organizacyjnym rehabilitacji, także w przypadku osób chorych na nowotwory. Oczywiście decyzja o korzystaniu z rehabilitacji uzdrowiskowej musi być zawsze podjęta w porozumieniu ze specjalistami, którzy ocenią jej potencjalne korzyści i ryzyko.

14. METODY REHABILITACJI W OBRZĘKACH CHŁONNYCH

Do najczęstszych zaburzeń czynnościowych po leczeniu nowotworów złośliwych wymagających rehabilitacji należą obrzęki chłonne, ograniczenia ruchomości w stawach i zaburzenie wentylacji płuc.

W wyniku usunięcia węzłów chłonnych oraz zwłóknienia naczyń po radioterapii może dochodzić do utrudnienia w odprowadzaniu płynu tkankowego i rozwoju obrzęku chłonnego, który ma charakter postępującego zaburzenia. Leczenie farmakologiczne tych obrzęków jest nieskuteczne, chirurgiczne – trudne, a wskazania do jego przeprowadzenia są ograniczone. Do najczęściej stosowanych metod redukcji obrzęku chłonnego i przywracania równowagi krążenia chłonki zalicza się kompleksową terapię udrażniającą, która obejmuje specjalny rodzaj masażu (nazywany ręcznym drenażem chłonnym), bandażowanie, stosowanie rękawów lub pończoch elastycznych i ćwiczenia fizyczne. Ręczny drenaż chłonny to specjalny rodzaj masażu wykorzystujący delikatne chwyty, wykonywany w kierunku dośrodkowym od części bliższych kończyny do dalszych.

Tabela 6. Metody rehabilitacji chorych z obrzękami chłonnymi po leczeniu nowotworów

Ćwiczenia fizyczne	Fizykoterapia i masaż
Czynne, wspomagające pompę mięśniową Bierne, wspomagające pompę stawową Oddechowe Rozluźniające Zmniejszające przekrwienie Izometryczne	Ręczny drenaż chłonny Przerywana kompresja pneumatyczna Stały ucisk zewnętrzny Masaż wirowy Ultradźwięki Laser biostymulacyjny TENS (przezskórna elektrostymulacja) Kinesiotaping

Kompleksowa terapia udrażniająca prowadzona jest w dwóch fazach: pierwszej, trwającej 4 tygodnie, podczas której ręczny drenaż chłonny i bandażowanie kończyny wykonywane są codziennie, i drugiej, której czas trwania jest zależny od indywidualnych potrzeb chorego, podczas której ręczny drenaż chłonny stosowany jest tylko 1–2 razy tygodniowo, a bandażowanie zastąpione jest noszeniem uciskowych rękawów lub pończoch.

Oprócz tego wykorzystywany jest też masaż za pomocą pneumatycznych pomp, które napełniają w przerywany sposób dwuwarstwowy rękaw lub nogawicę, wywierając ucisk na obrzękniętą kończynę. Stosowane są różne cykle (krótsze i dłuższe) oraz sekwencje ucisku (jedno- i wielokomorowe), których skuteczność w redukcji obrzęku jest porównywalna.

W redukcji obrzęku chłonnego wykorzystywane są także niektóre zabiegi fizykalne, takie jak elektroterapia, laser biostymulacyjny, ultradźwięki i masaż wirowy, chociaż ich skuteczność jest znacznie mniejsza. W ostatnim czasie coraz częściej w redukcji obrzęku chłonnego po leczeniu nowotworów złośliwych stosowany jest kinesiotaping. Jakkolwiek istnieją pewne przesłanki teoretyczne za używaniem taśm w rehabilitacji chorych z obrzękami chłonnymi, to jednak nadal brak przekonujących dowodów naukowych potwierdzających skuteczność tej metody i wyjaśniających mechanizm jej działania.

Dobierając metody fizykalne w redukcji obrzęku chłonnego, należy pamiętać, że przeciwwskazane są te, które powodują wzrost temperatury. Pod wpływem ciepła dochodzi bowiem do nasilenia filtracji kapilarnej i wzmożonego wytwarzania płynu tkankowego, co przy utrudnionym jego odpływie może prowadzić do powiększenia obrzęku. Dlatego nie jest wskazane stosowanie prądu stałego, który powoduje silny efekt przekrwienny, natomiast można posłużyć się TENS lub prądem interferencyjnym. Przeciwwskazane są także wszystkie czynniki cieplne oraz masaż klasyczny, gdyż – zwiększając efekt przekrwienny – powodują wzrost obciążenia limfatycznego i zmniejszenie czasowej objętości chłonki, jak również krioterapia, która powoduje zwolnienie limfangiomotoryki.

15. METODY REHABILITACJI W OGRANICZENIU RUCHOMOŚCI W STAWACH

Ograniczenie ruchomości w stawach dotyczy głównie leczenia nowotworów zlokalizowanych w okolicy stawów. Usunięcie tych nowotworów powoduje rozległe blizny, a naświetlanie promieniami jonizującymi tych okolic nasila zmiany włókniste.

Tabela 7. Metody rehabilitacji chorych z ograniczeniami ruchomości stawów po leczeniu nowotworów

Ćwiczenia fizyczne	Fizykoterapia i masaż
Ćwiczenia czynne, w odciążeniu i wolne	Masaż rozluźniający
Ćwiczenia samowspomagane	Masaż wirowy
Ćwiczenia rozciągające, statyczne i dynamiczne	Ultradźwięki
Autoredresje ułożeniowe	Laser biostymulacyjny
PNF	Jonoforeza
Terapia manualna	
Poizometryczna relaksacja mięśni	

W tym przypadku należy stosować podstawowe metody zwiększania ruchomości, a zwłaszcza ćwiczenia rozciągające, techniki terapii manualnej, a także torowania nerwowo-mięśniowego (PNF). Innymi metodami zwiększającymi ruchomość stosowanymi u chorych po leczeniu nowotworów złośliwych są ćwiczenia w odciążeniu, czynne wspomagane, ćwiczenia oparte o rytmiczne pobudzenie, powtarzane skurcze i poizometryczna relaksacja mięśni.

16. METODY REHABILITACJI W ZABURZENIACH WENTYLACJI PŁUC

Zaburzenia czynności płuc mogą wystąpić jako wynik popromiennego uszkodzenia tkanki płucnej w czasie leczenia guzów oskrzeli, raka piersi lub innych nowotworów zlokalizowanych w obrębie klatki piersiowej. Dochodzi do rozwoju nieswoistych stanów zapalnych, które mogą prowadzić do zwłóknień i ognisk niedodmy. Zmiany te przebiegają w czterech fazach:

- początkowe przekrwienie i nadmierna produkcja śluzu przez nabłonek oskrzelowy,
- pogłębienie zmian,
- zapalenie płuc,
- zwłóknienie i rozrost nabłonka oskrzelowego.

Do obturacyjnych zaburzeń czynności układu oddechowego dochodzi najczęściej w wyniku reakcji tkanki płucnej na naświetlania promieniami jonizującymi i zmian histologicznych. Stwierdza się wówczas zmniejszenie pojemności życiowej

płuc, upośledzenie dyfuzji oraz zwiększony opór w drogach oddechowych. U części chorych rozwijają się zaburzenia o charakterze restrykcyjnym.

Zaburzenia czynności układu oddechowego mogą również wynikać z usunięcia tkanki płucnej w przebiegu leczenia raka płuca. Zależnie od zakresu resekcji dochodzi do proporcjonalnego zmniejszenia pojemności życiowej, które po usunięciu płuca może sięgać nawet 45–55% zależnie od strony resekcji.

Ze względu na zróżnicowany przebieg zaburzeń wentylacji płuc po leczeniu nowotworów złośliwych rehabilitacja oddechowa zawsze powinna być poprzedzona badaniem czynnościowym układu oddechowego i ustaleniem charakteru zaburzeń, od których zależą metody rehabilitacji. W przypadku zaburzeń zaporowych celem rehabilitacji jest zmniejszenie oporów w drogach oddechowych, natomiast u chorych z zaburzeniami restrykcyjnymi podstawowe znaczenie mają metody zwiększające ruchomość klatki piersiowej.

Usunięcie tkanki płucnej zmniejsza możliwości wentylacyjne płuc od kilku do kilkudziesięciu procent, a kompensacja w tym przypadku jest ograniczona. Powoduje to zmniejszenie zdolności do podejmowania wysiłku, w krańcowych przypadkach doprowadzając do zmęczenia i duszności podczas podstawowych czynności codziennych. Dlatego najbardziej wskazany w tym okresie jest trening interwałowy, który u osób o słabej kondycji prowadzi do szybszego zwiększenia zdolności wysiłkowej przy niewielkim obciążeniu układu krążenia. W późniejszym okresie można prowadzić trening ciągły, który dostosowany jest do pacjentów o większej wydolności i umożliwia wykonanie większej pracy. W rehabilitacji chorych po usunięciu tkanki płucnej w przebiegu leczenia nowotworów złośliwych można także wykorzystać trening oporowy, zwłaszcza kończyn dolnych, który – zwiększając sprawność mięśni szkieletowych – poprawia tolerancję wysiłkową chorych.

Tabela 8. Metody rehabilitacji chorych z zaburzeniami czynności układu oddechowego po leczeniu nowotworów złośliwych

Ćwiczenia fizyczne	Fizykoterapia i masaż
Ćwiczenia oddechowe	Inhalacje
Ćwiczenia skutecznego kaszlu	Oklepywanie klatki piersiowej
Wczesna pionizacja	Masaż wibracyjny
Ćwiczenia ogólnousprawniające	Wysokie pozycje ułożeniowe
Trening wytrzymałościowy ciągły lub interwałowy	Pozycje drenażowe
Trening oporowy	
Trening mieszany	

Tabela 9. Rehabilitacja w terminalnym okresie choroby nowotworowej – łagodzenie objawów choroby i poprawa jakości życia

Objaw	Rehabilitacja
Ból	Elektroterapia, np. przezskórna elektrostymulacja (TENS) Ćwiczenia fizyczne Metody relaksacji
Duszność	Fizjoterapia klatki piersiowej Łagodne ćwiczenia fizyczne
Obrzęk chłonny	Kompleksowa terapia udrażniająca Przerywana kompresja pneumatyczna Ćwiczenia fizyczne
Nudności, wymioty, zaparcia	Łagodna (o niskiej/średniej intensywności) aktywność fizyczna
Odleżyny	Częsta zmiana pozycji Ćwiczenia fizyczne Uruchamianie
Niedowłady i porażenia	Reedukacja nerwowo-mięśniowa Zaopatrzenie ortopedyczne
Zmniejszenie sprawności i wydolności fizycznej, zmęczenie	Łagodna (o niskiej/średniej intensywności) aktywność fizyczna

17. ZNACZENIE REHABILITACJI W ONKOLOGII

Oprócz zapobiegania następstwom leczenia i przywracania sprawności psychofizycznej rehabilitacja ma też istotne znaczenie w zmniejszaniu ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, ich nawrotu lub przedwczesnej śmierci. Ponad połowę udziałów w kształtowaniu zdrowia człowieka ma styl życia, którego jednym z najważniejszych czynników jest aktywność fizyczna. Istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób nowotworowych – obok nieprawidłowego sposobu odżywiania się, nadwagi i otyłości, zanieczyszczonego środowiska, palenia tytoniu i nadmiernego spożywania alkoholu – jest także niska aktywność fizyczna. Dlatego rehabilitacja, której podstawą są ćwiczenia fizyczne, promując zdrowy styl życia oraz zasady profilaktyki, może także istotnie zmniejszać ryzyko zachorowania na nowotwory lub ich nawrotu.

Niska aktywność fizyczna jest czynnikiem ryzyka rozwoju raka jelita grubego, piersi, macicy i prostaty. Częstość występowania tych nowotworów jest od 30 do 50% większa u ludzi prowadzących siedzący tryb życia w porównaniu z aktywnymi fizycznie.

Tabela 10. Zalecany tygodniowy poziom aktywności fizycznej dla człowieka o masie 70 kg

Rodzaj aktywności	Liczba godzin w ciągu tygodnia
Spokojny marsz (20 min/km)	6
Bieg (7,5 min/km)	2
Pływanie, taniec lub tenis	2,5

Systematyczne ćwiczenia fizyczne o odpowiedniej intensywności znacząco zmniejszają ryzyko zachorowania na nowotwory raka jelita grubego, piersi, macicy i prostaty lub ich nawrotu. Działanie ochronne wzrasta proporcjonalnie do intensywności aktywności fizycznej. Oznacza to, że intensywny wysiłek jest w tym przypadku skuteczniejszy niż wysiłek umiarkowany czy lekki. Najbardziej zalecana jest rekreacyjna aktywność fizyczna (poza zawodową i domową) na poziomie 1000 kcal wydatku energetycznego tygodniowo lub 150–400 kcal dziennie. Ostatnio polecana jest także metoda NEAT (*Non-exercises Activity Thermogenesis*), która polega na zwiększaniu udziału aktywności fizycznej podczas wykonywania codziennych czynności. Zamiast wjeżdżać windą lub schodami ruchomymi należy wchodzić po schodach, zamiast jechać jeden lub dwa przystanki tramwajem lub autobusem można ten odcinek przejść pieszo.

Tabela 11. Znaczenie aktywności fizycznej w prewencji pierwotnej wybranych chorób cywilizacyjnych

Choroby	Znaczenie aktywności fizycznej w prewencji
Schorzenia układu krążenia	Redukcja ryzyka przedwczesnej śmierci o 25–30%
Cukrzyca	Redukcja ryzyka choroby o 40–60%
Nowotwory złośliwe	**Redukcja ryzyka choroby o 30–50%**
Otyłość	Zmniejszenie o 38% masy tłuszczowej Zwiększenie o 10% ciała szczupłego
Osteoporoza	Wzrost gęstości kości o 20% Redukcja patologicznych złamań kości

Źródło: „Canadian Medical Association Journal" 2006

Rehabilitacja jest skuteczna w zapobieganiu następstwom leczenia oraz przywracaniu sprawności psychofizycznej osób chorych na nowotwory i obecnie jest uznana za integralną część postępowania w onkologii. Mniejsze znaczenie mają w tym

przypadku metody farmakologiczne i chirurgiczne, gdyż większość zaburzeń ma charakter czynnościowy i wymaga zastosowania funkcjonalnych metod specyficznych dla rehabilitacji. Coraz więcej obserwacji potwierdza jej korzystny wpływ na ograniczenie powikłań i zaburzeń czynnościowych oraz na skrócenie czasu leczenia i przyspieszenie powrotu osób chorych na nowotwory do normalnego życia, przy jednoczesnym braku skutków ubocznych. Brak niepożądanych następstw rehabilitacji był poważnym argumentem powszechnego wprowadzenia jej w onkologii, gdyż obawa przed nimi była także przyczyną ograniczenia jej stosowania.

Większość zaburzeń czynnościowych po leczeniu nowotworów złośliwych ma charakter odwracalny i zastosowanie odpowiednich metod może przywrócić prawidłową funkcję organizmu pacjenta. W wyniku rehabilitacji można o 50% zwiększyć sprawność i wydolność fizyczną, co prowadzi do wzrostu niezależności i samodzielności osób chorych na nowotwory. Dochodzi zarówno do zwiększenia możliwości wysiłkowych przejawiających się np. w pokonywaniu większego dystansu, jak i do oszczędniejszego wydatkowania energii podczas pracy, np. wolniejsze tętno ma duże znaczenie ochronne dla serca. Efektem wzrostu możliwości wysiłkowych jest ustąpienie zmęczenia i możliwość swobodnego wykonywania wszystkich czynności codziennych, a nawet uprawiania sportu.

Pod wpływem rehabilitacji zwiększa się również liczba komórek odpornościowych oraz ich aktywność, co ogranicza niebezpieczeństwo infekcji, a także wzmacnia siły organizmu w walce z chorobą nowotworową, zmniejszając ryzyko jej nawrotu. Rehabilitacja jest również skuteczna w redukcji obrzęku chłonnego i przywracaniu równowagi krążenia chłonki po leczeniu nowotworów złośliwych. Całkowite usunięcie obrzęku dotyczy około 20% chorych, natomiast średnio jego rozmiar można zmniejszyć nawet o 50%.

W przypadku zaburzeń czynności układu ruchu lub oddechowego po leczeniu nowotworów można uzyskać średnie zmniejszenie stopnia ich nasilenia o 50%, a całkowitą ich redukcję u około połowy chorych. Szczególnie istotny jest nawet 2,5-krotny wzrost sprawności mięśni, które mają decydujące znaczenie w niezależności i samodzielności funkcjonalnej człowieka.

Rehabilitacja łagodzi także objawy choroby nowotworowej i jej leczenia, takie jak ból, nudności i wymioty oraz zaparcia i biegunki. Ma ona też istotne znaczenie w poprawie stanu psychicznego chorych na nowotwory, obniżając poziom depresji, lęku i obaw oraz zwiększając samoocenę, kontrolę uczuć i zachowań, co w konsekwencji prowadzi do poprawy jakości życia.

Rehabilitacja ma nie tylko istotne znaczenie w zapobieganiu czynnościowym zaburzeniom i przywracaniu sprawności psychofizycznej po leczeniu nowotworów, ale także zmniejsza nawet o 50% ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową, a ryzyko jej nawrotu lub przedwczesnej śmierci nawet o 40%.

Tabela 12. Znaczenie aktywności fizycznej w prewencji wtórnej wybranych chorób cywilizacyjnych

Choroby	Znaczenie w prewencji
Schorzenia układu krążenia	Redukcja ryzyka przedwczesnej śmierci Osłabienie lub odwrócenie procesu choroby Zatrzymanie progresji choroby niedokrwiennej serca (aktywność 1600 kcal/tydzień) Redukcja płytek zakrzepu (aktywność 2200 kcal/tydzień)
Cukrzyca	Redukcja ryzyka przedwczesnej śmierci o 39–54% Poprawa homeostazy glukozy Kontrola cukrzycy
Nowotwory złośliwe	**Redukcja o 26–40% ryzyka przedwczesnej śmierci i nawrotu raka piersi**

Źródło: „Canadian Medical Association Journal" 2006

18. PODSUMOWANIE

Obecnie nie ma wątpliwości, że rehabilitacja powinna być standardem postępowania w onkologii. Wynika to z ryzyka skutków ubocznych leczenia nowotworów złośliwych, istotnie ograniczających samodzielność i niezależność, a często zagrażających zdrowiu, a nawet życiu chorych. Wczesna rehabilitacja zmniejsza ryzyko powikłań, skraca czas pobytu w szpitalu i czas leczenia. Jednocześnie jest skuteczna w utrzymywaniu i przywracaniu sprawności psychofizycznej, umożliwiając szybki powrót do pełnej aktywności życiowej, co ma duże znaczenie medyczne, społeczne i ekonomiczne. Dzięki rehabilitacji można znacznie ograniczyć koszty chorób nowotworowych wynikające z utraty zdolności do pracy, zmniejszenia wydajności i przedwczesnej śmierci, które w Unii Europejskiej wynoszą około 80 mld euro rocznie.

Rehabilitacja nie może być traktowana wyłącznie jako zbędny dodatek. Trzeba przyznać jej należne miejsce w systemie leczenia nowotworów złośliwych. Powinna stać się integralną częścią tego systemu, tym bardziej, że oprócz realizacji specyficznych dla niej celów wspomaga także walkę z tą chorobą, zmniejszając ryzyko jej nawrotu.

BIBLIOGRAFIA

Courneya K.S., Mackey J.R., Jones L.W., *Coping with cancer. Can exercise help?* „Physician and Sportsmedicine" 2000, No. 28, 49–73.

Douglas E., *Exercise in cancer patients*, „Physical Therapy Reviews" 2005, No. 10, 71–88.

Moseley A.L., Carati C.J., Piller N.B., *A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment*, „Annals of Oncology", 2007, No. 18, 639–646.

Murawska-Ciałowicz E., Zatoń M. (red.), *Znaczenie aktywności ruchowej dla zdrowia*, Wrocław 2005.

Pearse R.M., Moreno R.P., Bauer P., Pelosi P., Metnitz P., Spies C., Vallet B., Vincent J.L., Hoeft A., Rhodes A., *Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study*, „The Lancet" 2012, No. 380(9847), 1059–1065.

Warburton D., Nicol C., Bredin S., *Health benefits of physical activity: the evidence*, „Canadian Medical Association Journal" 2006, 174(6), 801–809.

Warburton D., Nicol C., Bredin S., *Prescribing exercise as preventive therapy*, „Canadian Medical Association Journal" 2006, 17(7), 961–974.

Wójcik A., Pyszora A., *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, Warszawa 2013.

Woźniewski M. (red), *Fizjoterapia w onkologii*, Warszawa 2012.

Woźniewski M., Kornafel J. (red.), *Rehabilitacja w onkologii*, Wrocław 2010.

Zatoński W. (red.), *Europejski kodeks walki z rakiem*, Warszawa 2007.

dr n. med. MARIOLA KOSOWICZ

Problem depresji w chorobie nowotworowej

PORADNIA PSYCHOONKOLOGII W CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUCIE IM. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE W WARSZAWIE

1. WSTĘP

Diagnoza choroby nowotworowej przynosi zagrożenie różnym dążeniom człowieka i nierzadko w znaczący sposób wymusza zmianę lub konieczność modyfikacji dotychczasowych planów życiowych oraz ogranicza możliwości odgrywania ważnych ról społecznych (rodzina, praca). Człowiek z diagnozą choroby nowotworowej staje w obliczu niepewności własnego losu i odczuwa silny stres. Już samo określenie „rak" odsyła do specyficznego mitu, który naznacza tę chorobę cierpieniem, uprzedmiotowieniem i śmiercią w bólu[1].

Świadomość możliwości utraty życia oraz wyobrażenie śmierci w cierpieniu staje się dla wielu chorych wyznacznikiem myślenia o chorobie, o jej rozwoju, a także o bliższej i dalszej przyszłości. Percepcja choroby ma poważny wpływ na podejmowane działania, radzenie sobie ze stresem związanym z chorobą i wyzwala wiele negatywnych emocji. W literaturze przedmiotu można znaleźć badania, które wskazują, że diagnoza choroby nowotworowej to dla wielu osób najbardziej traumatyczne zdarzenie w życiu[2].

Na podstawie badań można stwierdzić, że wśród osób chorych na nowotwór już w pierwszym dniu leczenia niepokojąco duży odsetek pacjentów (85%) wymaga kompleksowej pomocy ze względu na objawy nadmiernego zmęczenia, depresji, bólu i lęku. Niepokojąco duża liczba chorych zgłasza zmęczenie, czasami określane jako „najgorsze, jakie można sobie wyobrazić". Objawy te podważają wiarę w możliwości medycyny, stając się źródłem cierpienia[3]. Wielu badaczy podkreśla, że ciągła konfrontacja z ewentualnością utraty życia oraz utrata kontroli nad wieloma aspektami rzeczywiście wywołuje silny lęk egzystencjalny i prowadzi często do poważnych problemów natury psychicznej, m.in. do depresji[4]. Zaburzenia depresyjne należą do najczęstszych powikłań psychiatrycznych w przebiegu choroby nowotworowej. Szacuje się, że częstość depresji u osób z chorobą nowotworową wynosi od 23 do 60%[5]. Analiza badania przeprowadzonego na 1438 osobach chorych na nowotwór wykazała u 55% badanych co najmniej łagodne objawy depresji. Większe nasilenie

---

[1] J.C. Holland, *Stage-Specific Psychological Issues. Clinical Course of Cancer*, 1989, s. 75–101; P. Lambley, *Psychologia raka. Jak zapobiegać i jak przeżyć*, Warszawa 1995.

[2] V. Voigt, F. Neufeld, J. Kaste, M. Bühner et al., *Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study*, „Psycho-Oncology" 2017, No. 27, s. 74–80.

[3] M. Pyk, M. Michno, M. Nowak-Szymańska, *Ból, lęk, depresja u pacjentów onkologicznych*, Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej, t. 1, Kielce 2003, s. 157.

[4] B. Pilecka, *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2004, roz. 3.

[5] M. Pasquini, M. Biondi, *Depression in cancer patients: critical review*, "Clinical Practice and Epidemology in Mental Health" 2007, No. 3(2), s. 1–9; J. Rymaszewska, M. Podolak-Dawidziak, A. Kiejna, *Zaburzenia psychiczne w przebiegu nowotworów. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej" 2007, nr 3 (supl. C, cz. 1), s. 439–444.

depresji oraz gorsze funkcjonowanie fizyczne i emocjonalne stwierdzono u kobiet[6]. Im bardziej zaawansowana postać choroby, tym większe jest prawdopodobieństwo powikłań natury psychicznej. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że depresja znajduje się na drugim miejscu typowych objawów wśród pacjentów w okresie paliatywno-hospicyjnym choroby nowotworowej w Europie[7].

2. PRZYCZYNY DEPRESJI

Depresja towarzysząca chorobom nowotworowym określana jest jako depresja wtórna, reaktywna, powstająca w odpowiedzi na trudne, stresujące wydarzenie przekraczające możliwości adaptacyjne jednostki[8]. Wśród przyczyn psychologicznych zaburzeń depresyjnych u osób chorych na nowotwór najczęściej wymienia się: poczucie zagrożenia życia, niepewność dotyczącą teraźniejszości i przyszłości, utratę kontroli nad własnym życiem oraz niewystarczającą liczbę informacji dotyczących choroby i możliwości jej leczenia, zmianę wyglądu w związku z chorobą i leczeniem. Depresja potęgowana jest również przez poczucie bezsilności wobec choroby oraz niemożność wpływu na jej przebieg i rokowania. Poczucie braku wpływu pogłębia bierną postawę wobec procesu leczenia[9].

Jako przyczyny depresji w przebiegu choroby nowotworowej wymienienia się także: młody wiek, płeć (kobiety są bardziej narażone na wystąpienie depresji), niski status społeczno-ekonomiczny, brak wsparcia ze strony partnera, konflikty rodzinne, kancerofobię, utratę dotychczas odgrywanych ról życiowych i konieczność wycofania się ze społeczeństwa, pogorszenie się sytuacji materialnej, zaburzenia relacji rodzinnych[10]. Warto podkreślić, że badania osób chorych na nowotwór i leczonych z powodu depresji wskazują, że częściej na depresję chorują osoby samotne, bezdzietne, z niższym wykształceniem[11]. Ważnym problemem w przebiegu choroby nowotworowej, generującym wiele negatywnych emocji, jest naruszenie obrazu własnej osoby w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Im większe zaburzenie w myśleniu o dokonujących się zmianach, w postrzeganiu siebie przed chorobą

---

[6] N. Salvo, L. Zeng, L. Zhang, *Frequency of Reporting and Predictive Factors for Anxiety and Depression in Patients with Advanced Cancer*, „Clinical Oncology", Jun 2011, s. 8.

[7] E. Mess, K. Malewicz, A. Lisowska i in., *Występowanie depresji u pacjentów z nowotworem płuc*, „Onkologia Polska" 2006, t. 9, nr 4.

[8] A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłowicz, *Psychiatria – repetytorium*, Poznań 1977.

[9] I. Tomaszewska, *Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych*, „Psychoonkologia" 2000, nr 7, s. 9–18.

[10] A. Nowicki, B. Rządkowska, *Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi*, „Współczesna Onkologia" 2005, nr 9, s. 396–403.

[11] J. Harrison, P. Maguire, C. Pitceathly, *Confiding in crisis: gender differences in pattern of confiding among cancer patients*, „Social Sciences and Medicine" 1995, No. 41(9), s. 1255–1260.

i w sytuacji choroby, tym większe prawdopodobieństwo izolacji od otoczenia, rezygnacji z zaspokajania własnych potrzeb, a w ostateczności obniżenia poczucia własnej wartości. U wielu chorych brak możliwości realizacji osobistych ambicji zawodowych, ograniczenie w relacjach społecznych, utrata atrakcyjności fizycznej, zmiana ról w rodzinie, np. z osoby utrzymującej rodzinę na osobę zależną finansową, powodują poważne naruszenie samooceny, co w konsekwencji prowadzi do poważnego kryzysu psychologicznego i nierzadko do depresji[12].

3. OBJAWY DEPRESJI

Rozważając problem depresji u osób chorych na nowotwór, należy nawiązać do triady depresyjnej A. Becka, która opiera się na negatywnych przekonaniach dotyczących własnej osoby, świata i przyszłości[13]. Konsekwencją negatywnej oceny osobistego położenia jest martwienie się, określane jako „łańcuch myśli i wyobrażeń o negatywnym afektywnym ładunku, który z trudem poddaje się kontroli; stanowi próbę umysłowego rozwiązania problemu i choć jej wynik jest niepewny, to dopuszcza możliwość jednego lub więcej rozwiązań negatywnych; w efekcie zmartwienie ściśle wiąże się z procesem lękowym”[14]. W przypadku choroby nowotworowej pesymistyczne przekonania powstają na skutek traumatycznych doświadczeń związanych z chorobą i jej skutkami ubocznymi, reakcji otoczenia (stygmat bycia chorym na raka), co w konsekwencji pociąga za sobą poczucie bezradności, zahamowanie motywacji i nastrój depresyjny. W przebiegu choroby nowotworowej osobom z depresją towarzyszy wybiórcze abstrahowanie i koncentrowanie się na negatywnych aspektach choroby, np. statystyce umieralności, skutkach ubocznych leczenia. Chorzy mają też tendencję do nadmiernego uogólniania: „wszyscy mają nawrót choroby”, dychotomicznego myślenia, a przez to do wyolbrzymiania pewnych aspektów choroby przy jednoczesnym umniejszaniu znaczenia innych.

Nierzadką reakcją jest nadmierne odnoszenie faktów zewnętrznych do swojej osoby. W takim przypadku każda przeszkoda, często wynikająca z przyczyn obiektywnych, jest odbierana jako wykluczająca, odrzucająca. I tak nieotrzymanie chemioterapii z powodu złych wyników badań krwi odbierane jest jako krzywda i zła wola lekarza. Na reakcje depresyjne mają wpływ również czynniki bezpośrednio związane z zabiegami medycznymi, np. chemio- i radioterapią, czy też

---

[12] M. Huflejt-Łukasik, *Ja i procesy samoregulacji – różnice między zdrowiem a zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2010.

[13] A.T. Beck, *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*, New York 1967.

[14] J.D. Lyonfields, T.D. Borkovc, J.F. Thayer, *Vagal tone in generalized anxiety disorder and the effects if aversive imagery and worrisome thinking*, „Behavior Therapy” 1995, No. 26, s, 457–466.

odizolowaniem w sytuacji leczenia aplikatorami zawierającymi izotopy promieniotwórcze, jak również zły stan fizyczny i źle kontrolowany ból[15]. Zabieg chirurgiczny może u niektórych chorych (szczególnie u osób z wywiadem psychiatrycznym) zaostrzyć przebieg chorób psychicznych. Dotyczy to m.in. depresji, schizofrenii, nerwic lękowych[16]. Badania prowadzone w ostatnich latach wykazały, że zarówno w depresji, jak i w odczuwaniu bólu zaangażowane są te same struktury mózgu. Należą do nich kora przedczołowa, wyspowa, przednia kora obręczy, ciało migdałowate, hipokamp. W przebiegu depresji i bólu przewlekłego struktury te tracą swoją neuroplastyczność i wykazują zmiany w funkcjonowaniu, a nawet w objętości tkanki mózgowej[17]. Stąd stopień nasilenia depresji jest z reguły proporcjonalny do siły odczuwanego bólu[18].

Należy podkreślić, że ból nowotworowy to wynik specyficzności choroby, jak również współtowarzyszących jej emocji: lęku i depresji[19]. Poważnym problemem w diagnozowaniu depresji u chorych na nowotwory jest interpretowanie jej objawów, np. obniżonego nastroju, braku łaknienia, zaburzeń snu, jako naturalnych w przebiegu choroby nowotworowej, z pominięciem faktu, że u wielu osób chorych na nowotwór obserwuje się tzw. zespół depresyjny nietypowy, w którego obrazie pojawiają się bardzo różne objawy somatyczne (bóle, wrażenie duszności, parastezje itp.), a zaburzenia snu przybierają nierzadko formę wzmożonej senności całodobowej lub odwrotnie – całkowitej bezsenności. Ponieważ ten typ depresji jest często nierozpoznawalny, został on określony jako depresja maskowana[20]. Wielu autorów upatruje przyczyn małej rozpoznawalności depresji u pacjentów onkologicznych w uznawaniu depresji za normalną reakcję na chorobę, maskowaniu depresji objawami somatycznymi, myleniu jej ze stanami smutku, lęku przed rozmową o depresji z pacjentem i oczekiwaniu, że chory sam poruszy ten temat[21]. Z tego też względu podkreśla się,

---

[15] J. Bukberg, D. Penman, J.C. Holland, *Depression in hospitalized cancer patients*, „Psychosomatic Medicine" 1984, Vol. 46(3), s. 199–212.

[16] K. de Walden-Gałuszko, *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa 2011.

[17] D. Dudek, *Ból i depresja*, Poznań 2011, s. 88.

[18] D. Krzyżanowski, W. Słupski, B. Szwat, *Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2011, nr 1 (1), s. 35–41.

[19] M. Hilgier, *Ból u chorych na nowotwór i jego leczenie*, „Terapia" 2003, nr 6, z. 1; A. Kotlińska-Lemieszek, *Ból u pacjenta z chorobą nowotworową – leczenie zazwyczaj skuteczne, ale nie zawsze. Z czego wynikają główne trudności?*, „Medycyna Paliatywna" 2003, nr 1, s. 11–21.

[20] K. de Walden-Gałuszko, *Zespół depresyjny u chorych w stanie terminalnym*, „Polska Medycyna Paliatywna" 2003, nr 2, s. 88.

[21] J.C. Holland, L.M. Lesko, *Chemiotherapy, endocrine therapy, and immunotherapy* [w:] red. J.C. Holland, J.H. Rowland, *Handbook of psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, New York 1989, s. 146–162; M.J. Massie, *Depression* [w:] *Handbook of psychooncology, op.cit.,* s. 283–291.

że rozpoznanie patologicznego poziomu depresji powinno być decydującym aspektem leczenia i opieki nad osobami chorymi na nowotwór[22].

Aby rozpoznać epizod depresji, należy stwierdzić co najmniej dwa z trzech typowych objawów, którymi są:

1) obniżony nastrój utrzymujący się przez większość dnia, zwykle niezależny od bieżących wydarzeń,
2) spadek energii związany ze wzmożoną męczliwością, skutkujący zmniejszeniem aktywności oraz spowolnieniem psychoruchowym,
3) utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności (anhedonia)[23].

Dodatkowo muszą zaistnieć co najmniej dwie inne cechy depresji spośród następujących:

1) osłabienie koncentracji i uwagi, zmniejszona zdolność myślenia lub skupiania się,
2) niska samoocena i mała wiara w siebie,
3) poczucie winy i małej wartości,
4) pesymistyczne, negatywne postrzeganie przyszłości,
5) myśli i tendencje samobójcze,
6) zaburzenia snu (wczesne budzenie się, trudności z zaśnięciem, hipersomnia),
7) zaburzenia łaknienia wraz z odpowiednią zmianą wagi,
8) spadek popędu płciowego,
9) lęk.

Powyższe objawy powinny utrzymywać się przez minimum dwa tygodnie, chociaż zdarza się, że początek choroby jest nagły, a objawy bardzo nasilone, wówczas diagnozę depresji można postawić wcześniej[24]. Objawy sugerujące depresję muszą utrudniać codzienne funkcjonowanie pacjenta (praca, dom, hobby). W przypadku ciężkiego epizodu depresji chory zwykle nie jest w stanie normalnie funkcjonować.

4. ZAKOŃCZENIE

Według przeprowadzonych badań tylko u 49% pacjentów onkologicznych cierpiących z powodu depresji zaburzenie to jest wykrywane, a u 42% podejmuje się leczenie depresji. Terapia przynosi pozytywny skutek tylko u 15% pacjentów, co wskazuje na konieczność łączenia farmakologii ze wsparciem psychoterapeutycznym[25]. Depresja u pacjentów onkologicznych ma szczególnie negatywny wpływ na funkcjonowanie w chorobie i może utrudniać podejmowanie decyzji dotyczących leczenia,

---

[22] Ibidem.

[23] M. Jarema (red.), *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, Poznań 2007.

[24] Ibidem.

[25] M. Sharpe, V. Strong, K. Allen, *Major depression in outpatients attending a regional cancer center: screening and unmet treatment needs*, „British Journal of Cancer" 2004, No. 90, s. 314–320.

osłabiać zaangażowanie w proces leczenia, utrudniać relacje w rodzinie, z personelem medycznym oraz wprowadzać zaburzenia w obrazie choroby. Wynikające z depresji zaburzenia somatyczne mogą stanowić zarówno dla osoby chorej, jak i dla lekarza niezrozumiałą sytuację somatyczną. Konkludując, warto wziąć pod uwagę, że depresja nie jest wyczerpaniem, stresem, nieprawidłowym myśleniem czy problemem duchowym. Nie jest też zaburzeniem osobowości. Depresja jest chorobą, która narusza funkcjonowanie człowieka na wszystkich poziomach życia i bezwzględnie powinna być leczona[26]. Optymalne leczenie zaburzeń depresyjnych i lękowych poza metodami farmakologicznymi obejmuje różne formy wsparcia terapeutycznego: psychoterapię, psychoedukację, treningi relaksacyjne. Sposób prowadzenia leczenia zależy od rodzaju i stopnia nasilenia zaburzeń, współistnienia innych chorób, dostępności form terapii[27].

---

[26] S. Porczyk, *Czy to depresja? Choruję całym sobą*, „Poradnik Psychologiczny Polityki »Ja, my, oni«" 2009, wydanie specjalne.

[27] M. Kosowicz, M. Kulpa, J. Pupek-Pyzioł, *Depresja i stany lekowe w chorobach nowotworowych* [w:] red. A. Szawłowski, G. Wallner, *Stany nagłe w onkologii,* t. 1, Warszawa 2015, s. 283–307; J. Pupek-Pyzioł, M. Kosowicz, M. Kulpa, *Zasady postępowania w depresji i stanach lękowych u chorych na nowotwory* [w:] red. A. Szawłowski, G. Wallner, *Stany nagłe w onkologii* t. 2, Warszawa 2015, s. 397–403.

BIBLIOGRAFIA

Beck A.T., *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*, New York 1967.

Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłowicz P., *Psychiatria – repetytorium*, Poznań 1977.

Bukberg J., Penman D., Holland J.C., *Depression in hospitalized cancer patients*, „Psychosomatic Medicine" 1984, No. 46(3), s. 199–212.

De Walden-Gałuszko K., *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa 2011.

De Walden-Gałuszko K., *Zespół depresyjny u chorych w stanie terminalnym*, „Polska Medycyna Paliatywna" 2003, nr 2, s. 88.

Dudek D., *Ból i depresja*, Poznań 2011, s. 88.

Harrison J., Maguire P., Pitceathly C., *Confiding in crisis: gender differences in pattern of confiding among cancer patients*, „Social Sciences and Medicine" 1995, No. 41(9), s. 1255–1260.

Hilgier M., *Ból u chorych na nowotwór i jego leczenie*, „Terapia" 2003, nr 6, z. 1.

Holland J.C., Lesko L.M., *Chemiotherapy, endocrine therapy, and immunotherapy* [w:] red. J.C. Holland, J.H. Rowland, *Handbook of psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, New York 1989, s. 146–162.

Holland J.C., *Stage-Specific Psychological Issues. Clinical Course of Cancer*, 1989, s. 75–101.

Huflejt-Łukasik. M., *Ja i procesy samoregulacji – różnice między zdrowiem a zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2010.

Jarema M. (red.), *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, Poznań 2007.

Kosowicz M., Kulpa M., Pupek-Pyzioł J., *Depresja i stany lekowe w chorobach nowotworowych* [w:] red. A. Szawłowski, G. Wallner, *Stany nagłe w onkologii,* t. 1, Warszawa 2015, s. 283–307.

Kotlińska-Lemieszek A., *Ból u pacjenta z chorobą nowotworową – leczenie zazwyczaj skuteczne, ale nie zawsze. Z czego wynikają główne trudności?*, „Medycyna Paliatywna", nr 1, s. 11–21.

Krzyżanowski D., Słupski W., Szwat B., *Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2011, nr 1(1), s. 35–41.

Lambley P., *Psychologia raka. Jak zapobiegać i jak przeżyć*, Warszawa 1995.

Lyonfields J.D., Borkovc T.D., Thayer J.F., *Vagal tone in generalized anxiety disorder and the effects if aversive imagery and worrisome thinking*, „Behavior Therapy" 1995, No. 26, s. 457–466.

Massie M.J., *Depression* [w:] J.C. Holland, J.H. Rowland, *Handbook of psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, New York 1989, s. 283–291.

Mess E., Malewicz K., Lisowska A. i in. *Występowanie depresji u pacjentów z nowotworem płuc*, „Onkologia Polska" 2006, t. 9, nr 4.

Nowicki A., Rządkowska B., *Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi*, „Współczesna Onkologia" 2005, nr 9, s. 396–403.

Pasquini M., Biondi M., *Depression in cancer patients: critical review*, „Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health" 2007, No. 3(2), s. 1–9.

Pilecka B., *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2004, roz. 3.

Porczyk S., *Czy to depresja? Choruję całym sobą*, „Poradnik Psychologiczny Polityki »Ja, my, oni«" 2009, wydanie specjalne.

Pupek-Pyzioł J., Kosowicz M., Kulpa M., *Zasady postępowania w depresji i stanach lękowych u chorych na nowotwory* [w:] red. A. Szawłowski, G.Wallner, *Stany nagłe w onkologii,* t. 2, Warszawa 2015, s. 397–403.

Pyk M., Michno M., Nowak-Szymańska M., *Ból, lęk, depresja u pacjentów onkologicznych*, Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej, t. 1, Kielce 2003, s. 157.

Rymaszewska J., Podolak-Dawidziak M., Kiejna A., *Zaburzenia psychiczne w przebiegu nowotworów. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej" 2007, nr 3 (supl. C, cz. 1), s. 439–444.

Salvo N., Zeng L., Zhang L., *Frequency of Reporting and Predictive Factors for Anxiety and Depression in Patients with Advanced Cancer*, „Clinical Oncology", Jun 2011, s. 8.

Sharpe M., Strong V., Allen K., *Major depression in outpatients attending a regional cancer center: screening and unmet treatment needs*, „British Journal of Cancer" 2004, No. 90, s. 314–320.

Tomaszewska I., *Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych*, „Psychoonkologia" 2000, nr 7, s. 9–18.

Voigt V., Neufeld F., Kaste J., Bühner M. et al., *Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study*, „Psycho-Oncology" 2017, No. 27, s. 74–80.