

Prewencja i Rehabilitacja

kwartalnik

ISSN 1731-8971

Nr 2 (52) 2018

- Elżbieta Tarczoń
Borelioza – wciąż tajemnicza choroba s. 1
- Małgorzata Regulska-Cieślak
Przeciwdziałanie mobbingowi s. 15
- Magdalena Warszawska-Makuch
Zjawisko przemocy w pracy wśród pracowników handlu s. 25
- Dorota Merez-Kot
Molestowanie seksualne w pracy i okolicznościach związanych z pracą s. 33
- Irena Sajkowska
Wydarzenia, opinie – 2018 s. 40

***Redakcja naszego czasopisma zaprasza do współpracy
osoby związane z szeroko rozumianą prewencją rentową i wypadkową***

Osoby zainteresowane prosimy o przesyłanie tekstów i materiałów ilustracyjnych
e-mailem lub pocztą (zapisanych na CD) na adres:

Departament Prewencji i Rehabilitacji

ul. Szamocka 3, 5

01-748 Warszawa

e-mail: sekretariatdpir@zus.pl

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu: 22 667 10 15

Czekamy na Państwa teksty.

Zespół redakcyjny kwartalnika „Prewencja i Rehabilitacja”

Wydawca: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3, 5

Przygotowanie tekstów:

Małgorzata Nietopiel, Anna Sójka z Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS

Adres: 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3, 5

sekretariat: tel. 22 667 10 15

Opracowanie redakcyjne tekstów: Ewa Bargiel, Agnieszka Kostrowiecka, Dorota Śrutowska

Korekta: Ewa Bargiel, Dorota Śrutowska

Projekt graficzny okładki: Olaf Rawski

Redakcja techniczna, skład: Poligrafia ZUS, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25A

Nakład 500 egz. Zamówienie nr 1851/18

Druk:

Borelioza – wciąż tajemnicza choroba

Wielu ludzi nie może doczekać się urlopu. Z reguły szukają odpoczynku z dala od miejskiego zgiełku. Niestety na urlopie są dużo mniej bezpieczni niż mogłoby się wydawać. Czasami wypoczynek może zamienić się w koszmar z powodu ukąszenia przez kleszcza.

Mały kleszcz – wielka szkoda

Kleszcze to pasożyty dziko żyjące na zwierzętach. Ich cykl rozwojowy trwa około 3 lat. Samica składa jaja, z których wylęgają się larwy. Są one bardzo małe – mają zaledwie 0,8 mm. Larwy przekształcają się w nimfy, których wielkość waha się od 1,2 do 1,5 mm. Są one niemal przezroczyste i potrafią wspinać się na wysokość od 10 do 15 cm. Nimfy przekształcają się w dorosłe osobniki (*imago*): samice lub samce. Samica jest większa – jej rozmiar waha się od 2 do 4 mm – i dwubarwna. Z tyłu głowy ma czarno-brązową tarczkę, pozostała część odwłoka jest pomarańczowa, a czasami nawet czerwona. Natomiast samiec jest jednobarwny i jego wielkość waha się między 2 a 3 mm. Głównym jego zadaniem jest zapłodnienie samicy. Składa ona około 2–3 tysięcy jaj, a sama ginie.

Kleszcze, jako organizmy pasożytujące, nie powodują żadnej choroby. Samo ukąszenie kleszcza nie stanowi zagrożenia. Jednak, bytując na dziko żyjących zwierzętach, żywią się ich krwią i stają się rezerwuarem bakterii *Borrelia burgdorferi*. Krętek *Borrelia burgdorferi* jest gram-ujemną bakterią spiralnego kształtu z plazmatycznymi wiciami, należy do rodzaju *Borrelia* i rodziny *Spirochetaceae*. Po raz pierwszy został on opisany i scharakteryzowany w 1982 r. przez W. Burgdorfera. Znanych jest ponad 36 genogatków *Borrelia*, z czego patogenne dla człowieka to *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *Borrelia garinii* i *Borrelia afzelii*, które łącznie noszą nazwę *Borrelia burgdorferi sensu lato*¹.

Zakażenie krętkiem *Borrelia burgdorferi* jest znacznie częstsze niż się wydaje, a jego mechanizm jest bardzo prosty. Wystarczy bezbolesne

ukąszenie przez zakażonego kleszcza, aby wraz ze śliną chorobotwórcze bakterie dostały się do organizmu człowieka. Na świecie żyje ponad 800 gatunków kleszczy, z których 21 zamieszkuje tereny Polski. Bakterie *Borrelia burgdorferi* są przenoszone głównie przez kleszcze pospolite (*Ixodes ricinus*), rzadziej przez kleszcze łąkowe (*Dermacentor reticulatus*).

Kleszcze zamieszkują lasy usytuowane blisko łąk, pól uprawnych i pastwisk, nad brzegami rzek, w sąsiedztwie podmokłych terenów porośniętych trawami. Wspinają się na wyższe krzaki aż do 120 cm nad ziemię². Pełno ich także w ogrodach, a nawet w parkach i na miejskich trawnikach. Na rozwój kleszczy dobrze wpływa duża wilgotność i dodatnia temperatura (nie tolerują minusowych temperatur). Wystarczy temperatura powyżej 7°C, aby kleszcze były aktywne³. Stosunkowo rzadko ludzie kąsani są przez osobniki dorosłe, które spadają z gałęzi drzew i krzewów. Najczęściej do zakażenia dochodzi w wyniku kontaktu człowieka z nimfami, które są najbardziej agresywnymi formami rozwojowymi kleszczy i zawierają około 60 tysięcy krętków⁴. Nimfy są malutkie, dlatego trudno je zauważyć w skórze i w porę usunąć. Okazuje się, że łagodne zimy na przełomie ostatnich lat wpływają korzystnie na rozwój kleszczy, co skutkuje ich wiosennym wysypem, obserwowanym obecnie na terenie niemal całej Polski. Najwięcej zachorowań obserwuje się w okresie żerowania nimf, czyli od maja do sierpnia, a 80% przypadków występuje w czerwcu i lipcu⁵. Aby doszło do zakażenia człowieka, kleszcz musi wprowadzić do jego organizmu bakterie *Borrelia burgdorferi*, co wymaga czasu. Niektórzy twierdzą, że potrzebuje na to 12 godzin przebywania w ciele swojej

¹ E. Tarczoń, M. Tarczoń, *Skutki ukąszeń kleszczy w Polsce wśród osób pracujących na zewnątrz [w:] Zagrożenia na stanowiskach pracy. Wybrane zagadnienia*, red. G. Ostasz, A. Pacana, Rzeszów 2017, s. 127–128.

² A. Godek, *Borelioza i inne choroby przenoszone przez kleszcze*, Warszawa 2016, s. 10.

³ E. Tarczoń, M. Tarczoń, *Skutki ukąszeń...*, s. 128.

⁴ *Ibidem*, s. 127–128.

⁵ A. Godek, *Borelioza...*, s. 11.

ofiary, inni – od 24 do 48 godzin, a jeszcze inni – od 48 do 72 godzin⁶.

Warto zabezpieczyć się, wybierając się do lasu lub na spacer po zielonych terenach miejskich, gdyż komplikacje po ukąszeniu kleszcza mogą być bardzo poważne.

Borelioza – cicha epidemia naszych czasów

Choroba, którą wywołują bakterie z gatunku *Borrelia*, zwana jest boreliozą, krętkowicą kleszczową lub chorobą z Lyme⁷. Po raz pierwszy została odnotowana w mieście Old Lyme w stanie Connecticut w 1975 r. Początkowo mylono ją z reumatoidalnym zapaleniem stawów. I chociaż minęło już ponad 30 lat od odkrycia przez Burgdorfera krętków, borelioza pozostaje nadal jedną z najbardziej podstępnych i najtrudniej rozpoznawanych chorób zakaźnych XXI w. Jest szeroko rozpowszechnioną chorobą na całej półkuli północnej – zarówno w Europie, Azji, jak i Ameryce Północnej. W Europie wywołwana jest przez wszystkie wcześniej wymienione szczepy, a objawy zakażenia mają ścisły związek z określonym gatunkiem krętka. *Borrelia burgdorferi* w organizmie człowieka wywołuje objawy kostno-stawowe i kardiologiczne, *Borrelia garinii* jest przyczyną objawów neurologicznych, a *Borrelia afzelii* – objawów skórnych⁸.

Na zakażenie bakterią z gatunku *Borrelia* szczególnie narażeni są pracownicy przemysłu leśnego, rolnicy-hodowcy, ogrodnicy, osoby zatrudnione przy pracach melioracyjnych, przy pracach w zieleni miejskiej, przy pracach na sieciach elektroenergetycznych przebiegających w pobliżu terenów leśnych, a także pracownicy przychodni weterynaryjnych, żołnierze przebywający na poligonach oraz funkcjonariusze straży granicznej i policji⁹. Zagrożenie skutkami ukąszenia kleszcza jest duże nie tylko dla osób z powyższych grup zwiększonego ryzyka, lecz także dla zwykłych ludzi, ponieważ często są oni kąsani przez kleszcze podczas wyjazdów na plenerowe wycieczki, nad jeziora,

do ośrodków turystyczno-wypoczynkowych zlokalizowanych na obszarach leśnych, podczas prac na działkach, a także w trakcie spacerów w parkach miejskich¹⁰.

Objawy choroby

Zakażenie krętkami z gatunku *Borrelia* może wywołać niezliczoną ilość utrzymujących się objawów. Choroba występuje w trzech fazach: wczesnej-zlokalizowanej, wczesnej-rozsianej i późnej, czyli przewlekłej. Objawy boreliozy uzależnione są od jej fazy. Faza wczesna-zlokalizowana trwa od 3 do 40 dni po ukąszeniu przez zakażonego kleszcza. W tej fazie w miejscu ukłucia pojawia się rumień wędrujący (*erythema migrans*), który ma postać niewielkiej plamki stopniowo powiększającej się w ciągu kilku dni. Ta zmiana skórna po raz pierwszy została opisana w 1910 r. przez A. Afzeliusa, który podejrzewał, że powstała ona w wyniku ukąszenia przez kleszcza *Ixodes ricinus* i nazwał ją rumieniem wędrującym. W Polsce pierwszy opis przypadku rumienia wędrującego został przedstawiony przez J. Rosnera w 1948 r.

Typowy rumień wędrujący ma średnicę większą niż 5 cm, a w niektórych przypadkach może osiągać średnicę nawet do 80 cm. U dorosłych najczęściej występuje na kończynach i tułowi, natomiast u dzieci – na głowie i szyi¹¹. Objaw ten stanowi bezwzględne wskazanie do przeprowadzenia antybiotykoterapii. Warto zwrócić uwagę, że tylko 30% osób zakażonych przyznaje, że zauważyło ukąszenie przez kleszcza, a u co trzeciej osoby zakażonej krętkiem boreliozy rumień wędrujący nie występuje¹². Innym charakterystycznym objawem pierwszej fazy zakażenia jest miejscowy świąd lub pieczenie skóry. Mogą pojawić się także objawy grypopodobne, takie jak: złe samopoczucie, gorączka, dreszcze, zmęczenie, bóle głowy, bóle gardła, bóle mięśniowo-stawowe, powiększenie węzłów chłonnych, poty z nieznanymi przyczyn, a nawet wymioty.

¹⁰ A. Godek, *Borelioza...*, s. 10.

¹¹ R. Flisak, J. Żabicka, *Sytuacja epidemiologiczna boreliozy z Lyme w Europie*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1995, nr 49, s. 4.

¹² Legatowicz-Koprowska M., Walczak E., *Borelioza – wciąż trudne wyzwanie*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2011, tom 5, nr 3, s. 336–344.

⁶ *Ibidem*, s. 65.

⁷ E. Tarczoń, M. Tarczoń, *Skutki ukąszeń...*, s. 127–128.

⁸ *Ibidem*, s. 128.

⁹ *Ibidem*, s. 128.

Kolejnym objawem choroby pojawiającym się w tej fazie jest boreliozowy chłoniak limfocytarny skóry (*borrelial lymphocytoma*). Po raz pierwszy objaw ten został opisany w 1911 r. przez J.L. Burckharda. Pojawia się w kilka tygodni do 10 miesięcy od momentu zakażenia przez kleszcza. Ma postać sinawoczerwonej grudki o średnicy od 1 do 5 mm. Najczęściej występuje na płatkach usznych, łokciach, mosznie, brodawkach i otoczkach sutkowych¹³.

Po kilku lub kilkunastu tygodniach od momentu zakażenia następuje faza wczesna-rozsiana. Wówczas pojawiają się wtórne objawy boreliozy – kostno-stawowe w postaci obrzęków i bólu kolan, barków oraz łokci, a także zapalenie stawów. Dolegliwości te występują u około 80% nieleczonych pacjentów¹⁴. W przebiegu tej fazy mogą wystąpić także objawy kardiologiczne w postaci: zaburzeń rytmu serca (kołatanie serca), bólu w klatce piersiowej, duszności, omdleń, obrzęków kończyn dolnych, nadmiernego zmęczenia, może także pojawić się kaszel, czasami nawet zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie osierdzia. Objawy te występują u 0,5–4% pacjentów, częściej u mężczyzn niż u kobiet¹⁵. Najbardziej drastyczne są objawy ze strony układu neurologicznego. Mogą to być: bóle głowy, zaburzenia snu, uczucia, pamięci, koncentracji, zmiany nastroju, wahania temperatury, bóle korzeniowe, sztywność karku, depresja, niedowład nerwów twarzowych bez konkretnej przyczyny, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Wśród objawów mogą wystąpić także zaburzenia słuchu, układu chłonnego, a także wzroku, np.: zapalenie nerwu wzrokowego, rogówki, tęczówki, mięśni gałki ocznej czy zapalenie błony naczyniowej, które objawiają się światłowstrętem, łzawieniem i obniżeniem ostrości wzroku. Ta faza choroby często bywa mylona z nerwicą, zmęczeniem, stwardnieniem rozsianym, reumatyzmem lub toczeniem rumieniowatym.

Z kolei faza późna, zwana przewlekłą, pojawia się od roku do kilku lat po ukąszeniu przez kleszcza. W tej fazie objawem może być przewlekłe zanikowe zapalenie skóry dłoni i stóp. Po

raz pierwszy zmiany te, jako *acrodermatitis chronica atrophicans*, opisali w 1902 r. K. Herxheimer i K. Hartmann. Są to czerwone lub niebiesko-czerwone zmiany, które pojawiają się na zewnętrznych powierzchniach kończyn¹⁶. W fazie tej mogą występować także objawy ze strony układu kostno-stawowego i układu neurologicznego. Ze względu na objawy liczne i wspólne dla wielu innych chorób borelioza nadal wymaga wielu badań.

Diagnostyka zakażeń krętkiem boreliozy

Diagnostyka zakażeń krętkami z gatunku *Borrelia* jest bardzo trudna. Pomimo intensywnych badań wiedza na jej temat jest wciąż niewystarczająca. Nadal brakuje badań opartych na dowodach. Niektórzy ludzie czekają miesiące, a nawet lata, aby uzyskać prawidłową diagnozę. Typowe testy diagnostyczne dla boreliozy nie są w 100% skuteczne, a wyniki tych wykonywanych w pierwszym miesiącu infekcji często są błędne. Negatywny wynik nie wyklucza choroby, a pozytywny jej nie potwierdza. Negatywny wynik można uzyskać w przypadku zbyt krótkiego czasu, jaki upłynął od momentu zakażenia do przeprowadzenia testu – kiedy układ odpornościowy nie zdążył jeszcze wytworzyć przeciwciał – lub wtedy, gdy osoba jest zakażona szczepem, którego test nie mierzy. Natomiast pozytywny wynik można uzyskać w sytuacji, gdy oznaczone przeciwciała pochodzą z przebytej wcześniej infekcji – mogą to być przeciwciała skierowane przeciwko bakteriom z rodziny krętków, a nie przeciwko konkretnemu gatunkowi *Borrelia*. Jest to tzw. reakcja krzyżowa.

Pojedynczym badaniem nie da się rozstrzygnąć, czy infekcja jest aktywna czy przetrwała. Należy jednak pamiętać, że nawet bez wykrycia przeciwciał choroba może być aktywna i wymagać leczenia. Dlatego w diagnostyce boreliozy najważniejszy jest wywiad epidemiologiczny i fakt narażenia na ukąszenie przez kleszcze.

W Polsce w diagnozowaniu boreliozy obowiązują zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Zgodnie

¹³ A. Godek, *Borelioza...*, s. 20.

¹⁴ M. Legatowicz-Koprowska, E. Walczak, *Borelioza...*, s. 336–344.

¹⁵ E. Cisak, *Mechanizmy patogenetyczne Borrelia burgdorferi w aspekcie nowoczesnej diagnostyki laboratoryjnej boreliozy z Lyme*, „Medycyna Ogólna” 2006, nr 12, s. 3–4.

¹⁶ A. Godek, *Borelioza...*, s. 21.

z tymi zaleceniami diagnostykę boreliozy należy przeprowadzać dwuetapowo. Pierwszym etapem jest wykonanie testu przesiewowego ELISA (*Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay*) wykrywającego przeciwciała klasy IgG i IgM, które pojawiają się w surowicy krwi po około 4–6 tygodniach od momentu zakażenia. O czynnym zakażeniu świadczy wzrost miana przeciwciał klasy IgM. To one są produkowane jako pierwsze po zetknięciu się organizmu z bakterią. Ten typ przeciwciał spada w miarę upływu czasu, a następnie zanika po 3 lub 4 miesiącach. Zastępują je przeciwciała klasy IgG, które długo utrzymują się we krwi w okresie zdrowienia, nawet przez całe życie. Nieco nowszą wersją testu ELISA jest enzymoimmunofluorescencyjny test ELFA (*Enzym-Linked Fluorescent*). Zasada działania tych testów jest podobna, jednak test ELFA jest dokładniejszy. Według naukowców z Wyższej Szkoły Amerykańskich Patologów (CAP – *College of American Pathologists*) aż 20–30% pacjentów zarażonych boreliozą ma fałszywie ujemne wyniki tych testów¹⁷. Pozytywne wyniki testów przesiewowych zawsze należy potwierdzić testami Western-blot, które pozwalają na potwierdzenie pozytywnych wyników lub wyeliminowanie fałszywie pozytywnych wyników testów ELISA lub ELFA. Według badań 52% pacjentów z przewlekłą chorobą ma ujemne wyniki w teście ELISA, ale dodatnie w teście Western-blot^{18,19}. Przyczyną tego zjawiska jest fakt, że antygeny obecne w teście Western-blot są inne niż użyte w testach przesiewowych ELISA czy ELFA. Są to różne metody, których wyniki mogą się różnić. Z danych literaturowych wynika, że metodą Western-blot wykrywa się około 95% zakażeń trwających krócej niż 28 dni i około 99% zakażeń trwających dłużej niż 90 dni²⁰.

¹⁷ L.L. Bakken, S.M. Callister, P.J. Wand i in., *Interlaboratory comparison of test results for detection of Lyme disease by 516 participants in the Wisconsin State laboratory of hygiene/College of American Pathologists proficiency testing program*, „Journal of Clinical Microbiology” 1997, No. 35, s. 537–543.

¹⁸ S.T. Donta, *Chronic and Late Lyme Disease*, „Medical Clinics of North America” 2002, No. 86, s. 341–349.

¹⁹ S. Tylewska-Wierzbanowska, T. Chmielewski, *Limitation of serological testing for Lyme borreliosis – Evaluation of ELISA and Western-blot in comparison with PCR and culture methods*, „Wiener Klinisches Wochenschrift” 2002, No. 114, s. 601–605.

²⁰ E. Tarczoń E., *Borelioza to wciąż problem*, cz. 1, „ATEST – Ochrona Pracy” 2017, nr 8, s. 6.



Zestaw do oznaczania przeciwciał *Borrelia burgdorferi* klasy IgM i IgG (test przesiewowy)

Inną metodą służącą do diagnozowania boreliozy jest łańcuchowa reakcja polimerazy (PCR – *Polymerase Chain Reaction*). Największą wartością diagnostyczną mają badania wykonane z wycinków skóry pobranych z rumienia wędrującego, natomiast najmniejszą – badania z krwi lub z moczu. Chociaż ta ostatnia metoda jest bardzo czuła i umożliwia poszukiwanie materiału genetycznego danego drobnoustroju w materiale biologicznym, zwłaszcza we wczesnej fazie choroby, to jednak stosuje się ją rzadko, ponieważ nie potwierdzono jej przydatności klinicznej. Metoda ta nie pozwala odróżnić aktywnego zakażenia od obecności resztek DNA nieżywych drobnoustrojów.

Kolejną metodą diagnostyczną jest test transformacji limfocytów (LTT – *Lymphocyte Transformation Test*)²¹. Polega on na badaniu limfocytarnej odpowiedzi systemu immunologicznego na antygeny *Borrelia*. Badanie wykonuje się przy podejrzeniu rozsianej lub przetrwałej boreliozy albo niepewnych wynikach badań testem ELISA lub ELFA oraz Western-blot. Metoda może być wykorzystywana przy podejrzeniu nawrotu choroby. Wynik testu jest dodatni tylko wtedy, gdy we krwi pacjenta znajdują się specyficzne limfocyty T, które świadczą o tym, że układ odpornościowy jest w trakcie zwalczania bakterii.

W przypadku trudności z diagnozą boreliozy wykorzystuje się metodę oznaczania krążących kompleksów immunologicznych (KKI) *anty-Borrelia burgdorferi* klasy IgG i IgM. W trakcie

²¹ *Ibidem*, s. 6.

zakażenia krętkami *Borrelia burgdorferi* w organizmie może dochodzić do wytwarzania swoistych przeciwciał przeciwkrętkowych oraz uwalniania materiału genetycznego krętków. Jednoczesne współwystępowanie w organizmie przeciwciał i reagujących z nimi antygenów prowadzi do ich wzajemnej reakcji, w wyniku czego powstają tzw. kompleksy immunologiczne. Polskie badania wykazują, że krążące kompleksy immunologiczne wykrywane są u 80% pacjentów z podejrzanym zakażeniem, u których nie udało się wykryć przeciwciał metodami standardowymi. Analiza krążących kompleksów immunologicznych powinna być stosowana jako test uzupełniający w diagnostyce boreliozy, przy czym zalecane jest jednoczesne wykonanie testu typu Western-blot.

Następną metodą zaawansowanej diagnostyki boreliozy jest test CD57/CD3. Jest on wykorzystywany w diagnostyce boreliozy, której objawy trwają dłużej niż rok²². Kolejną metodą diagnozowania boreliozy jest test LDA (*Lyme Dot-blot Assay*). Jest to immunologiczny test do bezpośredniego wykrywania specyficznych antygenów krętka *Borrelia* w moczu przy wykorzystaniu przeciwciał *anty-Borrelia burgdorferi*. W diagnostyce wykorzystuje się też test na antygeny krętkowe w moczu (LUAT – *Lyme Urine Antigen Test*)²³. Krętki są wydalane z moczem w trakcie podawania antybiotyków, które powodują ich rozpad. Wykonanie badania bez podania antybiotyków daje wynik ujemny, ponieważ samoistne wydalanie antygenów jest zbyt niskie i nie jest możliwe ich wykrycie. Ze względu na ograniczoną specyfikę tego testu pozytywny wynik badania nie może być jedyną podstawą do decyzji terapeutycznych. Poza tym nie jest on dostępny w Europie.

Wszystkie zaprezentowane testy nie są doskonałe, dlatego wciąż poszukuje się skuteczniejszych metod diagnostycznych. Specjaliści oczekują testu, który można byłoby wykorzystać w ciągu pierwszych dwóch tygodni infekcji i do wykonania którego nie byłaby konieczna produkcja przeciwciał przez zakażony organizm. Obecnie trwają badania nad wprowadzeniem testu Q-RiBb (*Quantitative Rapid Identification of Borrelia burgdorferi*), który jest godnym uwagi

zarówno ze względu na swoją czułość, jak i krótki czas wykonania. Test Q-RiBb jest badaniem wyjątkowym i oferuje znacznie większą dokładność niż konwencjonalne metody diagnostyki. Metoda wykorzystuje technikę immunofluorescencji w pełnej krwi. Jak dotąd testem tym uzyskano wyniki pozytywne u 100% pacjentów z potwierdzoną boreliozą²⁴. Test Q-RiBb został opatentowany w 2005 r. w Stanach Zjednoczonych, ale niestety jak na razie służy tylko do celów naukowych.

Badanie kleszcza

Nowością na rynku jest badanie kleszczy. Obecnie coraz częściej wykonuje się badania kleszczy pod kątem przenoszonych mikroorganizmów. Badanie kleszcza w kierunku identyfikacji bakterii wywołujących boreliozę stanowi najpewniejszą metodę diagnostyczną. Już kilka dni po ukąszeniu można rozpoznać zakażenie oraz rozpocząć właściwą terapię. Jest to bardzo ważne, ponieważ po kilku dniach od zakażenia bakterie mogą być już obecne w ścięgnach, mięśniach, stawach i układzie nerwowym. Szybkie rozpoczęcie leczenia może zapobiec rozwojowi choroby jak również niebezpiecznym powikłaniom, które w skrajnych przypadkach mogą prowadzić nawet do śmierci.

Badanie kleszcza polega na wykrywaniu w jego organizmie obecności DNA chorobotwórczych bakterii bardzo czułą metodą PCR (*Polymerase Chain Reaction*). Badania tych organizmów prowadzi A. Kloc z Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie w ramach zadań finansowanych z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. W swoich badaniach bierze pod uwagę dwa gatunki kleszcza najpowszechniej występujące w Polsce: *Ixodes ricinus* i *Dermacentor reticulatus*. Program skierowany jest głównie do osób pracujących w rolnictwie, łowiectwie, leśnictwie i weterynarii. Aby wziąć udział w tym badaniu, wystarczy umieścić usuniętego kleszcza w plastikowym, czystym pojemniku (pojemnik na mocz, próbówka plastikowa), szczelnie zamknąć, wypełnić deklarację uczestnika projektu (załącznik 1) oraz ankietę (załącznik 2) i przesać do Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie. Deklarację uczestnika i ankietę

²² B. Plucinska, *Borelioza – choroba z Lyme*, <http://boreliozaabc.blogspot.com/2015/11/interpretacja-testu-cd57-spadek.html> (6.01.2018).

²³ E. Tarczoń, *Borelioza to...*, cz. 1, s. 6.

²⁴ A. Godek, *Borelioza...*, s. 17.

należy ściągnąć ze strony internetowej instytucji. Warunkiem bezpłatnego badania kleszcza na obecność bakterii wywołujących boreliozę jest dostarczenie kleszcza wraz z całkowicie wypełnioną dokumentacją²⁵.

Sposoby leczenia

Postępowanie terapeutyczne w przypadku boreliozy jest trudne. W kwestii leczenia boreliozy istnieje wiele kontrowersji, nadal trwa naukowy spór. Znane towarzystwa medyczne na świecie wprawdzie nie podają sprzecznych zaleceń co do stosowania konkretnych leków, jednak mają różne zalecenia dotyczące czasu trwania terapii. Wytyczne leczenia boreliozy opracowane przez Europejskie Stowarzyszenie do spraw Walki z Boreliozą (EUCALB – *European Union Concerted Action on Lyme borreliosis*) sugerują antybiotykoterapię trwającą od 10 do 30 dni²⁶. Z kolei Stowarzyszenie Amerykańskich Lekarzy Chorób Zakaźnych (IDSA – *Infectious Diseases Society of America*) nie zaleca wykonywania badań diagnostycznych ani rutynowego podawania antybiotyków. Specjaliści z IDSA uważają, że w przypadku ugryzienia przez kleszcza można podać pojedynczą dawkę antybiotyku (tabela 1), aby zapobiec boreliozie. Natomiast, gdy pojawią się pierwsze objawy boreliozy (rumień wędrujący), zalecają podanie jednego antybiotyku w standardowych dawkach. W tym

przypadku eksperci z IDSA zalecają terapię trwającą od 14 do 21 dni²⁷. Uważają, że leczenie antybiotykami w pierwszej fazie choroby ma wysoką skuteczność. Podanie odpowiedniego antybiotyku w okresie wystąpienia rumienia daje duże prawdopodobieństwo wyleczenia. Z kolei Międzynarodowe Stowarzyszenie Boreliozy i Chorób Odkleszczowych (ILADS – *International Lyme and Associated Diseases Society*) neguje zalecenia EUCALB i IDSA. ILADS zaleca antybiotykoterapię skojarzoną, której czas trwania może wynosić nawet do 42 dni (tabela 1).

Czas terapii może zostać wydłużony w zależności od zaawansowania choroby i stanu klinicznego pacjenta, ponieważ indywidualne różnice w szybkości progresji choroby i odpowiedzi na leczenie mogą w niektórych przypadkach sprawić, że standardowe schematy leczenia będą nieskuteczne. W Polsce w leczeniu boreliozy obowiązują zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Obejmują one antybiotykoterapię trwającą od 21 do 28 dni. W zależności od postaci klinicznej choroby i tolerancji leków przez pacjenta zaleca się podawanie takich antybiotyków jak: doksy cyklina, amoksycylina, cefuroksym, ceftriaxon lub cefotaksym²⁸. Po około miesięcznej terapii antybiotykami uznaje się pacjenta za wyleczonego. Według specjalistów z IDSA wszelkie objawy, które nie ustąpiły, traktowane są jako zespół poboreliozowy. W opozycji do nich stoją specjaliści z ILADS, dla których zespół poboreliozowy nie jest pozostałością po boreliozie, lecz jej

Tabela 1. Leczenie boreliozy według IDSA i ILADS

OBJAWY	IDSA (<i>Infectious Diseases Society of America</i>)	ILADS (<i>International Lyme and Associated Diseases Society</i>)
Leczenie ukąszenia kleszcza bez objawów choroby z Lyme	Doksycyklina, 200 mg w pojedynczej dawce	Doksycyklina, 100 mg dwa razy dziennie przez 20 dni
Erythema migrans	Doksycyklina, amoksycylina lub cefuroksym przez 14–21 dni	Doksycyklina, amoksycylina lub cefuroksym przez 28–42 dni albo azytromycyna przez co najmniej 21 dni
Trwałe objawy choroby z Lyme	Bez antybiotykoterapii	Wymienia się wiele środków (pojedynczo lub w połączeniu) bez zalecanych określonych dawek lub czasu

Źródło: J.O. Meyerhoff, R.W. Steele, G.W. Zaidman, *Lyme Disease Treatment and Management*, <https://emedicine.medscape.com/article/330178-treatment> (17.01.2018)

²⁵ „Przewodnik pacjenta” 2017, nr 8 (56), s. 4.

²⁶ A. Godek, *Borelioza...*, s. 48.

²⁷ *Ibidem*, s. 48–49.

²⁸ *Ibidem*, s. 48.

kontynuacją. Dlatego proponują różny sposób leczenia chorych. Wielu specjalistów uważa, że terapię można powtórzyć, ale tylko w przypadku późnej fazy – tzw. boreliozy przewlekłej z objawami stawowymi lub neuroboreliozy z udowodnioną w badaniach obecnością krętka²⁹. Należy mieć na uwadze, że im starsze zakażenie, tym leczenie jest mniej skuteczne, a objawy po leczeniu mogą powracać, a nawet nasilać się.

Monitorowanie leczenia

Do monitorowania skuteczności leczenia boreliozy wykorzystuje się ilościowe oznaczenie przeciwciał skierowanych przeciwko lipoproteinie zewnętrznej błony komórkowej, tzn. białko VlsE (*Variable major protein-like sequence, Expressed*). Przeciwciała anti-VlsE są produkowane przez organizm człowieka w odpowiedzi na zakażenie krętkiem *Borrelia*. W odróżnieniu od innych przeciwciał ich poziom szybko obniża się po leczeniu. Badania wykazały, że u 91% pacjentów z potwierdzoną klinicznie boreliozą, u których wdrożono antybiotykoterapię, nastąpił całkowity lub znaczący spadek przeciwciał anti-VlsE w okresie od 12 do 15 miesięcy po leczeniu³⁰. Do ilościowego oznaczenia przeciwciał anti-VlsE służy nowy test Lyme Trace ELISA. Badanie to nie jest uwzględnione w żadnych kryteriach rozpoznania boreliozy, dlatego należy je traktować jako badanie dodatkowe. Jednokrotne wykonanie tego testu nie ma sensu, ponieważ pojedynczy wynik nie jest interpretowany ani jako dodatni, ani jako ujemny. Celem badania jest monitorowanie stężenia przeciwciał anti-VlsE, dlatego należy oznaczyć je przed wdrożeniem antybiotykoterapii, ale po wykonaniu diagnostyki, zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania. Następne oznaczenie stężenia przeciwciał trzeba wykonać 6 miesięcy i 12 miesięcy po leczeniu. Z licznych badań wynika, że czterokrotny

spadek poziomu przeciwciał anti-VlsE świadczy o skuteczności leczenia³¹.

Borelioza – choroba zawodowa

W związku ze wzrostem liczby zachorowań na boreliozę została ona uznana za chorobę zawodową. Widnieje na 26 pozycji (choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa) w wykazie chorób zawodowych, który jest załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych³². Na podstawie załącznika nr 1 do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³³ rozpoznanie boreliozy wymaga obowiązkowego zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. W Polsce rejestrację boreliozy rozpoczęto w 1996 r. i od tego czasu liczba zachorowań na tę chorobę z roku na rok rośnie. W 1996 r. odnotowano 751 przypadków zachorowań, a w 2016 r. – aż 21 220. W 2016 r. liczba odnotowanych przypadków boreliozy wzrosła o 7596 w stosunku do 2015 r., co stanowi wzrost o 35,8%. Potwierdzeniem tego są dane pochodzące z raportów Państwowego Zakładu Higieny (wykres 1).

Z uwagi na różnorodność objawów i trudności diagnostyczne uważa się, że liczba zarejestrowanych przypadków boreliozy w Polsce może być bardzo zaniżona.

Na boreliozę szczególnie narażeni są leśnicy, którzy spędzają większość czasu w lesie, oraz rolnicy, którzy wykonują swoją pracę w kontakcie ze zwierzętami. Są to osoby, które mają największy kontakt z naturą i kleszczami. Wśród przedstawicieli tych zawodów zapada największa liczba orzeczeń stwierdzających boreliozę jako chorobę zawodową uniemożliwiającą pracę. Wszystkie przypadki orzeczenia choroby zawodowej w Polsce są rejestrowane

²⁹ M. Sokalska-Jurkiewicz, *Borelioza – kontrowersje wokół metod leczenia*, „Służba Zdrowia” 2007, nr 80–83 (3681–3684).

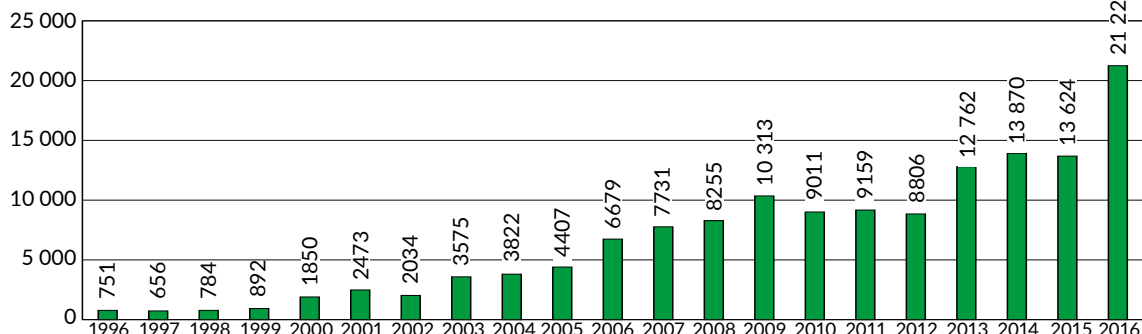
³⁰ A. Marangoni, V. Sambri, S. Accardo i in., *A Decrease in the Immunoglobulin G Antibody Response against the VlsE Protein of Borrelia burgdorferi Sensu Lato Correlates with the Resolution of Clinical Signs in Antibiotic-Treated Patients with Early Lyme Disease*, „Clinical and Vaccine Immunology” 2006, No. 13 (4), s. 525–529.

³¹ M. Philipp, G. Wormser, A. Marques i in., *Decline in C6 Antibody Titer Occurs in Successfully Treated Patients with Culture-Confirmed Early Localized or Early Disseminated Lyme Borreliosis*, „Clinical Diagnostic Laboratory Immunology” 2005, No. 12 (9), s. 1069–1074.

³² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. nr 105, poz. 869, z późn. zm.).

³³ Załącznik nr 1 do ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).

Wykres 1. Zapadalność na boreliozę w Polsce w latach 1996–2016



Źródło: opracowanie własne

w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych prowadzonym w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi³⁴. Z danych tych wynika, że borelioza jest najczęstszą chorobą zawodową w Polsce w grupie leśników i rolników.

Według rejestru, w 2004 r. stwierdzono 245 przypadków boreliozę jako choroby zawodowej, co stanowiło 6,5% wszystkich chorób zawodowych. Natomiast w 2015 r. odnotowano 652 przypadki boreliozę jako choroby zawodowej, czyli 31,1% wszystkich chorób zawodowych rejestrowanych w Polsce. W 2015 r. wśród leśników odnotowano 141 przypadków boreliozę jako choroby zawodowej, co stanowiło 6,7% ogółu chorób zawodowych, a wśród rolników – 197 przypadków, czyli 9,4% (tabela 2). Pomimo tego, że w ostatnich latach obserwuje się spadek liczby zachorowań na boreliozę wśród leśników, to i tak liczba przypadków boreliozę wśród pracowników leśnictwa i rolników nigdy nie stanowiła mniej niż 50% wszystkich stwierdzanych przypadków boreliozę uznanej za chorobę zawodową. W 2004 r. liczba przypadków boreliozę wśród leśników i rolników stanowiła 78,4% ogółu stwierdzonych przypadków tej choroby, w 2015 r. – 51,8%, a w 2016 r. – 70,4%. Wśród rolników w 1996 r. stwierdzono 5 przypadków boreliozę jako choroby zawodowej, a w 2006 r. – 59 przypadków i co roku obserwuje się znaczący wzrost zapadalności na tę chorobę w tej grupie zawodowej. W 2016 r. stwierdzono aż 226 przypadków (tabela 2). Na przestrzeni ostatnich 10 lat nastąpił wzrost liczby stwierdzonych przypadków

boreliozę jako choroby zawodowej o 156 przypadków, co stanowi wzrost o ponad 200%.

W ciągu ostatniego roku nastąpił spadek liczby odnotowanych przypadków boreliozę jako choroby zawodowej³⁵. W 2016 r. za chorobę zawodową w Polsce uznano 499 przypadków chorób przenoszonych przez kleszcze, z czego 480 przypadków stanowiła borelioza (tabela 2). Wśród pracowników lasów państwowych obserwuje się jedynie niewielki spadek liczby przypadków boreliozę uznanej za chorobę zawodową. Na obniżenie tej liczby wpłynął zapewne wzrost świadomości pracowników i działania zapobiegawcze Dyrekcji Generalnej Lasów Państwowych. Pracownicy mają możliwość wykonywania badań serologicznych na koszt pracodawcy, mają także dostęp do poradni leczenia boreliozę uruchomionej wyłącznie dla nich i pakiety lecznicze do sanatoriów. Dodatkowo wszyscy pracownicy są szczepieni przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu.

Obszar Polski uznawany jest za endemiczny, a to znaczy, że nie ma na nim bezpiecznego miejsca, gdzie kleszcze nie byłyby zakażone bakterią *Borrelia*. Najwięcej przypadków zachorowalności odnotowuje się w województwie podlaskim i warmińsko-mazurskim, lecz z roku na rok obserwuje się rozprzestrzenianie populacji zakażonych kleszczy w kierunku centralnej Polski i wzrost zachorowań w województwie mazowieckim³⁶. Są tam popularne tereny rekreacyjne i żyją na nich największe populacje zakażonych kleszczy. Liczne ośrodki turystyczne położone

³⁴ J. Zwoliński, *Borelioza i inne choroby odkleszczowe w aspekcie orzekania choroby zawodowej* [w:] *Borelioza i inne choroby przenoszone przez kleszcze w aspekcie narażenia zawodowego. Poradnik dla lekarzy*, red. E. Cisak, J. Zwoliński, Łódź 2010, s. 69–71.

³⁵ B. Świątkowska, W. Hanke, N. Szeszenia-Dąbrowska, *Choroby zawodowe w Polsce w 2016 r.*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera. Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2017.

³⁶ A. Godek, *Borelioza...*, s. 14.

Tabela 2. Stwierdzone przypadki boreliozy jako choroby zawodowej w latach 2004–2016

Rok	Borelioza ogółem	Borelioza w leśnictwie	Borelioza w rolnictwie	Borelioza w sekcji leśnictwa i rolnictwa Σ	Borelioza w sekcji leśnictwa i rolnictwa (% ogólnej liczby przypadków)
2004	245	146	46	192	78,4%
2005	333	174	76	250	75,1%
2006	316	187	59	246	77,8%
2007	395	267	70	337	85,3%
2008	702	389	88	477	67,9%
2009	888	407	146	553	62,3%
2010	729	296	134	430	59,0%
2011	649	216	146	362	55,8%
2012	705	218	155	373	52,9%
2013	590	123	176	299	50,7%
2014	660	172	179	351	53,2%
2015	652	141	197	338	51,8%
2016	480	112*	226**	338	70,4%

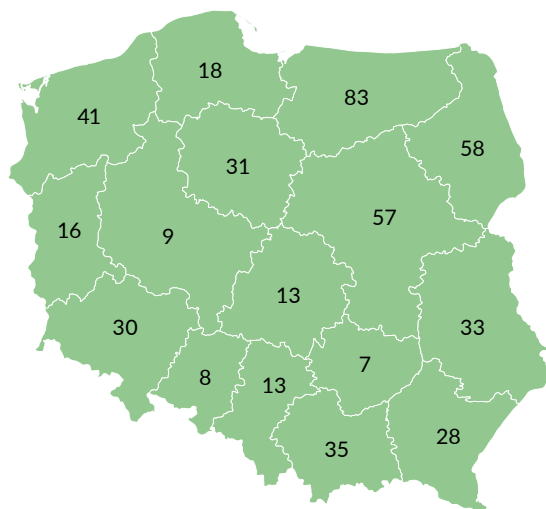
* Dane pochodzą z jednostek organizacyjnych Lasów Państwowych i dotyczą pracowników tych jednostek.

** Dane pochodzą z raportu na temat wypadków przy pracy i chorób zawodowych rolników oraz działań prewencyjnych KRUS w 2016 r.

Źródło: opracowanie własne

na tych terenach, które mają wysoki procent zalesienia, jak również masowe zbieranie jagód i grzybów przez ludzi sprzyja częstym zakażeniom boreliozą. W samej Warszawie i jej najbliż-

Mapa 1. Borelioza jako choroba zawodowa w 2016 r. według województw



Źródło: opracowanie własne na podstawie B. Świątkowska, W. Hanke, N. Szeszenia-Dąbrowska, *Choroby zawodowe w Polsce w 2016 r.*, Łódź 2017

szej okolicy terenami o bardzo wysokim ryzyku zarażenia są: Las Kabacki, Las Bemowski, Las Bródnowski, Las Bielański, Ogród Zoologiczny, Las Młociny, Las Kawęczyn oraz Kampinoski Park Narodowy. Lasy: Kabacki, Bemowski oraz Bielański wprawdzie różnią się od siebie typem zbiorowisk roślinnych, jednak we wszystkich trzech warunki sprzyjają rozwojowi kleszczy. Mapa 1 przedstawia liczbę przypadków boreliozy w 2016 r. w poszczególnych województwach.

Na systematyczny wzrost liczby zachorowań na boreliozę w Polsce mają wpływ korzystne dla kleszczy warunki pogodowe – stosunkowo lekkie zimy i ciepłe wiosny sprzyjają przeżywalności kleszczy, a tym samym większej aktywności larw i nimf.

Profilaktyka

Ze względu na skutki, jakie niesie ze sobą zakażenie krętkiem boreliozy, ważna jest profilaktyka. A zatem – jak unikać zakażeń krętkami z gatunku *Borrelia*? Po pierwsze, przebycie boreliozy nie daje trwałej odporności i nie chroni przed ponownym zakażeniem.

Elementem profilaktyki wielu zakażeń są szczepienia ochronne. Niestety przeciwko boreliozie nie można się zaszczepić. Jak dotąd nie są dostępne żadne szczepionki zapobiegające tej chorobie. Naukowcy z firmy biotechnologicznej Valneva, działającej od 2013 r. we Francji, zaproponowali szczepionki, które mają chronić dorosłych i dzieci przed większością szczepów odpowiedzialnych za rozwój boreliozy. Trwają prace nad tą szczepionką, obecnie przeprowadzane są badania kliniczne na ludziach. Ostateczne informacje spodziewane są na początku 2019 r.³⁷

chorobą jest unikanie kontaktu z zakażonymi kleszczami, zwłaszcza w sezonie ich wzmożonej aktywności. Aby zmniejszyć ryzyko ukąszenia przez kleszcza, należy unikać takich miejsc, jak: lasy, łąki, pola uprawne, pastwiska, tereny podmokłe, nad brzegami rzek i porośnięte trawami. Najprostszym, a zarazem najlepszym, sposobem profilaktyki jest systematyczne i dokładne oglądanie ciała po każdorazowym powrocie z terenów endemicznych, zwłaszcza tych miejsc, gdzie skóra jest cienka i dobrze ukrwiona. Są to: skóra głowy, skóra za uszami, szyja, pachy, fałdy pod piersiami, okolice pępka, kro-

Tabela 3. Działania profilaktyczne

Przed ukąszeniem	Szczepienia	dopiero trwają prace nad szczepionką (faza przeprowadzania badań klinicznych na ludziach)
	Edukacja	<ul style="list-style-type: none"> ■ o sposobach prewencji ■ o skali zagrożenia
	Unikanie kontaktu z zakażonymi kleszczami	unikanie takich miejsc, jak: lasy, łąki, pola uprawne, pastwiska, tereny podmokłe, nad brzegami rzek i porośnięte trawami
	Systematyczne i dokładne oglądanie ciała po powrocie z terenów endemicznych	zwłaszcza miejsc, gdzie skóra jest cienka i dobrze ukrwiona: skóra głowy, skóra za uszami, szyja, pachy, fałdy pod piersiami, okolice pępka, krocze, pachwiny, a na kończynach – skóra w zgięciu ręki, pod kolanami, w okolicach łydki i ścięgna Achillesa
	Odpowiedni ubiór	<ul style="list-style-type: none"> ■ ubrania, które zakrywają jak najwięcej ciała – koszule z długimi rękawami i kołnierzem, długie spodnie, zakryte buty, czapki lub kapelusze chroniące głowę ■ ubrania w jaskrawych kolorach (żeby łatwiej było dostrzec na nich kleszcze) ■ kombinezon impregnowany środkiem kleszczobójczym (permetryną) z nogawkami wpuszczonymi w buty lub w długie skarpety
Po ukąszeniu	Jak najszybsze usunięcie kleszcza z powierzchni ciała	usunięcie kleszcza w pierwszej dobie po ukąszeniu wielokrotnie zmniejsza prawdopodobieństwo zakażenia, ponieważ kleszcz musi długo przebywać w skórze nosiciela, żeby go zakazić

Pomimo rozwoju medycyny niezwykle ważne są działania profilaktyczne dążące do ograniczenia zagrożenia. Ważnym punktem profilaktyki jest edukacja o sposobach prewencji, uświadamianie ludziom skali zagrożenia, a przede wszystkim ochrona osobista, która obejmuje czynności wykonywane we własnym zakresie. Nadal najlepszą metodą obrony przed tą

chorobą jest unikanie kontaktu z zakażonymi kleszczami, zwłaszcza w sezonie ich wzmożonej aktywności. Aby zmniejszyć ryzyko ukąszenia przez kleszcza, należy unikać takich miejsc, jak: lasy, łąki, pola uprawne, pastwiska, tereny podmokłe, nad brzegami rzek i porośnięte trawami. Najprostszym, a zarazem najlepszym, sposobem profilaktyki jest systematyczne i dokładne oglądanie ciała po każdorazowym powrocie z terenów endemicznych, zwłaszcza tych miejsc, gdzie skóra jest cienka i dobrze ukrwiona. Są to: skóra głowy, skóra za uszami, szyja, pachy, fałdy pod piersiami, okolice pępka, krocze, pachwiny, a na kończynach – skóra w zgięciu ręki, pod kolanami, w okolicach łydki i ścięgna Achillesa.

Bardzo ważnym elementem, który w znacznym stopniu zapobiega ukąszeniom kleszczy, jest odpowiedni ubiór. Zaleca się ubrania, które zakrywają jak najwięcej ciała – koszule z długimi rękawami i kołnierzem, długie spodnie, zakryte buty, czapki lub kapelusze chroniące głowę. Ubrania powinny być w jaskrawych kolorach, żeby łatwiej było dostrzec na nich kleszcze. Najbardziej skuteczny jest kombinezon impregnowany środkiem kleszczobójczym (permetryną) z nogawkami wpuszczonymi

³⁷ Valneva Reports Positive Phase I Interim Results for Its Lyme Vaccine Candidate VLA15, <https://globenewswire.com/news-release/2018/03/19/1441705/0/en/VALNEVA-Reports-Positive-Phase-I-Interim-Results-for-Its-Lyme-Vaccine-Candidate-VLA15.html> (27.01.2018).

w buty lub w długie skarpety³⁸. Z badań wynika, że 85% kleszczy na ubraniu impregnowanym permetryną przebywa krócej niż 1 minutę³⁹.

Kolejną niezwykle skuteczną metodą profilaktyki jest jak najszybsze usunięcie kleszcza z powierzchni ciała. Im wcześniej kleszcz zostanie usunięty, tym większe są szanse, że nie dojdzie do zakażenia. Usunięcie kleszcza w pierwszej dobie po ukąszeniu wielokrotnie zmniejsza prawdopodobieństwo zakażenia, ponieważ kleszcz musi długo przebywać w skórze nosiciela, żeby go zakazić⁴⁰.

Usuwanie kleszcza

Kleszcza należy jak najszybciej usunąć w całości, wymaga to jednak wiedzy i umiejętności. Usunięcie kleszcza w niewłaściwy sposób może spowodować oderwanie tylko jego części, a pozostawiona w skórze część może powodować miejscowy stan zapalny skóry⁴¹. Do usuwania kleszczy służą ogólnie dostępne proste zestawy o różnej budowie. Najczęściej stosowane są pęsety zakrzywione na końcu oraz kleszczołapki (tzw. *tick twister*), które mają kształt haczyków dwóch różnych wielkości. Jest to najlepszy przyrząd do usuwania kleszczy z owłosionej skóry. Można wykorzystać również przyrząd zwany *trixie*. Jest on podobny do karty płatniczej, która w swych rogach posiada różnej wielkości szczeliny. Dostępne są też plastikowe przyrządy podobne do otwieracza do kapsli, samozaciskające szczypczyki ze sprężyną oraz miniaturowe pompki (tzw. *ASPIVENIN*), które mogą być wykorzystywane także do usuwania innych owadów (komary, meszki, pszczoły, osy)⁴². Przy usuwaniu kleszcza nie należy go polewać żadnymi płynami ani smarować kremami czy podobnymi specyfikami, ponieważ może to spowodować u kleszcza zwiększone wydzielanie śliny i odchodów albo wymioty, co niestety zwiększa ryzyko zakażenia. Najprostszy sposób postępowania przy usuwaniu kleszcza to: uchwycić kleszcza za główkę jak najbliżej powierzchni

skóry za pomocą pęsety lub małych kleszczyków, stanowczo pociągnąć w górę w kierunku prostopadłym do powierzchni skóry (aż do całkowitego wyciągnięcia pasożyta), a następnie dokładnie oczyścić obszar ukąszenia i zdezynfekować dłońe środkiem odkażającym (woda z mydłem, alkohol)⁴³. Nie należy kleszcza wyciskać ani wykręcać ze skóry, uciskać skóry wokół kleszcza za pomocą kolistych ruchów w celu jego wypchnięcia, pokrywać kleszcza warstwą maści, kremu lub zalewać alkoholem. Trzeba także uważać, by uchwycić całego kleszcza, a nie tylko jego odwłok, bo wtedy oderwie się tylko część jego ciała⁴⁴.

Po usunięciu kleszcza nie trzeba stosować rutynowej antybiotykoterapii. Natomiast zaleca się obserwowanie miejsca ukąszenia, czy nie pojawia się rumień wędrujący (*erythema migrans*) od 3 tygodni do 1 miesiąca. Pojawienie się rumienia wędrującego stanowi bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia antybiotykoterapii.

Podsumowanie

Borelioza jest jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny. Mimo rosnącej świadomości społecznej i zainteresowania skutkami ukąszeń kleszczy poziom wiedzy na ten temat jest nadal niewystarczający. Kleszczy w naszym otoczeniu jest coraz więcej, a przy tym coraz częściej są one nosicielami bakterii z gatunku *Borrelia*. W skali całego świata co najmniej kilkaset milionów ludzi narażonych jest na ukąszenie kleszcza podczas wykonywania pracy. Osób z nierozpoznaną boreliozą i często leczonych na inne poważne schorzenia jest nawet kilka milionów. W wielu krajach notuje się znaczną liczbę zawodowych i pozazawodowych przypadków ukąszeń kleszcza i zakażeń bakterią *Borrelia burgdorferi*. Dotyczy to również Polski, gdzie według danych szacunkowych 30% kleszczy jest zakażonych bakterią *Borrelia burgdorferi* odpowiedzialną za większość chorób pokleszczowych uznanych za zawodowe. W konkluzji można stwierdzić, że w profilaktyce zakażeń krętkiem boreliozy istotną rolę mogą odegrać programy i szkolenia przeprowadzane nie tylko dla pracowników leśnictwa

³⁸ E. Tarczoń, M. Tarczoń, *Skutki ukąszeń...*, s. 131.

³⁹ A. Godek, *Borelioza...*, s. 72.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 11; zob. „Mały kleszcz – wielka szkoda”, s. 2.

⁴¹ A. Zajęc, J. Pałka-Błaszczak, *Usuwanie ciał obcych ze skóry*, „Medycyna Pracy” 2014, nr 5 (117), s. 49–51.

⁴² Godek A., *Borelioza...*, s. 65–67.

⁴³ A. Zajęc, J. Pałka-Błaszczak, *Usuwanie...*, s. 49–51.

⁴⁴ E. Tarczoń, *Borelioza to...*, cz. 1, s. 6–7.

i rolników, lecz przede wszystkim dla całego społeczeństwa. Jeśli wzrastać będzie świadomość skutków zakażeń przenoszonych przez kleszcze, działania mające na celu profilaktykę przyniosą pozytywny skutek. Autorka tekstu stara się szerzyć wiedzę o boreliozie i jednocześnie wyraża nadzieję, że mimo obecnych problemów lekarze będą dysponować w przyszłości odpowiednią wiedzą, jak również możliwością szybkiej i stuprocentowej diagnostyki zakażeń krętkami z gatunku *Borrelia*.

Elżbieta Tarczoń

Piśmiennictwo

- Bakken L.L., Callister S.M., Wand P.J. i in., *Inter-laboratory comparison of test results for detection of Lyme disease by 516 participants in the Wisconsin State laboratory of hygiene/College of American Pathologists proficiency testing program*, „Journal of Clinical Microbiology” 1997.
- Brochocka A., Kasprzak J., Błażejowicz-Zawadziska M. i in., *Przypadki Boreliozy z Lyme rejestrowane jako choroba zawodowa na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Część I. Lata 2000–2005*, „Hygeia Public Health” 2016, nr 51 (3).
- Cisak E., *Mechanizmy patogenetyczne Borrelia burgdorferi w aspekcie nowoczesnej diagnostyki laboratoryjnej boreliozy z Lyme*, „Medycyna Ogólna” 2006, nr 12.
- Cisak E., *Problemy boreliozy u osób z grup ryzyka zawodowego [w:] Profilaktyka boreliozy i innych chorób przenoszonych przez kleszcze, jako chorób zawodowych. Poradnik dla służb BHP, pracowników i pracodawców*, red. E. Cisak, J. Zwoliński, Łódź 2011.
- Donta S.T., *Chronic and Late Lyme disease*, „Medical Clinics of North America” 2002.
- Flisak R., Żabicka J., *Sytuacja epidemiologiczna boreliozy z Lyme w Europie*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1995, nr 49.
- Godek A., *Borelioza i inne choroby przenoszone przez kleszcze*, Warszawa 2016.
- Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Zakład Biologicznych Szkodliwości Zdrowotnych i Parazytologii, *Instrukcja wysłania kleszcza*, <http://npz.imw.lublin.pl/index.php/instrukcja-wyslania-kleszcza> (27.12.2017).
- Legatowicz-Koprowska M., Walczak E., *Borelioza – wciąż trudne wyzwanie*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2011, nr 5 (3).
- Marangoni A., Sambri V., Accardo S. i in., *A Decrease in the Immunoglobulin G Antibody Response against the VlsE Protein of Borrelia burgdorferi Sensu Lato Correlates with the Resolution of Clinical Signs in Antibiotic-Treated Patients with Early Lyme Disease*, „Clinical and Vaccine Immunology” 2006, No. 13 (4).
- Meyerhoff J.O., Steele R.W., Zaidman G.W., *Lyme Disease Treatment & Management*, Medscape Drugs & Diseases 2017, <https://emedicine.medscape.com/article/330178-treatment> (17.01.2018).
- Molloy P.J., Telford S.R., Chowdri H.R. i in., *Borrelia miyamotoi Disease in the Northeastern United States: A Case Series*, „Annals of Internal Medicine” 2015, No. 163 (2).
- Philipp M., Wormser G., Marques A. i in., *Decline in C6 Antibody Titer Occurs in Successfully Treated Patients with Culture-Confirmed Early Localized or Early Disseminated Lyme Borreliosis*, „Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology” 2005, No. 12 (9).
- Plucinska B., *Borelioza – choroba z Lyme*, <http://boreliozaabc.blogspot.com/2015/11/interpretacja-testu-cd57-spadek.html> (6.01.2018).
- „Przewodnik pacjenta” 2017, nr 8 (56).
- Sokalska-Jurkiewicz M., *Borelioza – kontrowersje wokół metod leczenia*, e-book: „Służba Zdrowia” 2007, nr 80–83 (3681–3684).
- Świątkowska B., Hanke W., Szeszenia-Dąbrowska N., *Choroby zawodowe w Polsce w 2016 r.*, Łódź 2017.
- Tarczoń E., *Borelioza to wciąż problem*, cz. 1, „ATEST – Ochrona Pracy” 2017, nr 8.
- Tarczoń E., *Borelioza to wciąż problem*, cz. 2, „ATEST – Ochrona Pracy” 2017, nr 9.
- Tarczoń E., Tarczoń M., *Skutki ukąszeń kleszczy w Polsce wśród osób pracujących na zewnątrz [w:] Zagrożenia na stanowiskach pracy. Wybrane zagadnienia*, red. G. Ostasz, A. Pacana, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów 2017.
- Tylewska-Wierzbanowska S., Chmielewski T., *Limitation of serological testing for Lyme borreliosis – Evaluation of ELISA and Western-blot in comparison with PCR and culture methods*, „Wiener Klinische Wochenschrift” 2002.
- Valneva Reports Positive Phase I Interim Results for Its Lyme Vaccine Candidate VLA15, <https://globenewswire.com/news-release/2018/03/19/1441705/0/en/VALNEVA-Reports-Positive-Phase-I-Interim-Results-for-Its-Lyme-Vaccine-Candidate-VLA15.html> (27.01.2018).
- Zajac A., Pałka-Błaszczak J., *Usuwanie ciał obcych ze skóry*, „Medycyna Pracy” 2014, nr 5 (117).
- Zwoliński J., *Borelioza i inne choroby odkleszczowe w aspekcie orzekania choroby zawodowej [w:] Borelioza i inne choroby przenoszone przez kleszcze w aspekcie narażenia zawodowego. Poradnik dla lekarzy*, red. E. Cisak, J. Zwoliński, Łódź 2010.

Załącznik 2. Ankieta



Nr zlecenia

Imię i Nazwisko osoby pokłutej przez kleszcza (uczestnika NPZ):

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Data i godzina znalezienia kleszcza: _____

2. W jakiej miejscowości doszło do pokłucia? _____

Obszary wiejskie:

las łąka gospodarstwo inne (jakie?) _____

Obszary miejskie:

park inne (jakie?) _____

3. Czy kleszcz był wkłuty? TAK NIE

5. Miejsce wkłucia kleszcza (część ciała): _____

6. Czy w miejscu wkłucia wystąpiła zmiana skórna?

TAK (jaka?) _____ NIE

7. Jak długo kleszcz był wkłuty? _____

8. Osoba wyjmująca kleszcza:

lekarz/pielęgniarka członek rodziny samodzielnie

inna (jaka?) _____

9. W jaki sposób kleszcz został usunięty?

palcami pęsetą specjalnym przyrządem _____

10. Czy był Pan/Pani w przeszłości pokłuty/a przez kleszcza?

TAK NIE

11. Czy wykonywał/a Pan/Pani badanie w kierunku boreliozy lub innych chorób odkleszczowych?

TAK NIE

Wypełnia pracownik IMW – realizator programu NPZ:	
Rodzaj, gatunek kleszcza:	
Stadium rozwojowe i płeć:	
Czy kleszcz jest napity?	
Uwagi:	
Data przyjęcia.....	Podpis osoby przyjmującej
Wynik badania: <input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> ujemny

ZADANIE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA NA LATA 2016-2020

Źródło: Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Zakład Biologicznych Szkodliwych Zdrowotnych i Parazytologii

Przeciwdziałanie mobbingowi

Aby móc rozważać, jak przeciwdziałać mobbingowi w miejscu pracy, należy w pierwszej kolejności zrozumieć, czym on jest w świetle prawa. To o tyle ważne, że pojmowanie mobbingu w ujęciu potocznym różni się od tego, jak zjawisko to jest definiowane przez prawo pracy i psychologię.

Wprowadzenie – czym jest mobbing według psychologii i według prawa

W odniesieniu do pracowników pojęcie mobbingu po raz pierwszy zostało użyte w 1984 r. przez pracującego w Szwecji niemieckiego psychiatrę Heinza Leymanna. Według niego mobbing to wroga i nieetyczna komunikacja pomiędzy pracownikiem lub grupą pracowników a innym członkiem załogi, który został zepchnięty do pozycji obronnej i pozbawiony pomocy. Sytuacja taka miała utrzymywać się przez co najmniej 6 miesięcy, podczas których systematycznie, przynajmniej raz w tygodniu, osoba mobbingowana była traktowana w sposób godzący w jej godność, osobowość lub integralność psychiczną czy fizyczną i stanowiący zagrożenie dla jego zatrudnienia oraz wpływający na pogorszenie atmosfery i wydajności pracy. Tak zakreślone czas i częstotliwość utrzymywania się tego rodzaju zachowania miały powodować psychiczne, psychosomatyczne i społeczne uszkodzenie ofiary.

Do polskiego porządku prawnego pojęcie mobbingu zostało wprowadzone ustawą z 14 listopada 2003 r.¹, zmieniającą Kodeks pracy, wraz z uregulowaniami dotyczącymi nierównego traktowania pracowników. Początkowo przepisy zostały przyjęte dosyć entuzjastycznie. Pracownicy mieli nadzieję, że zdyscyplinują one pracodawców w zakresie kształtowania środowiska pracy. Chodziło głównie o wprowadzenie ustawowego obowiązku, aby pracodawcy zapobiegali mobbingowi.

¹ Ustawa z dnia 14 listopada 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 213, poz. 2081).

Entuzjazm osłabł jednak w miarę upływu czasu. Sądy pracy musiały wyjaśniać pracownikom, że zachowania, które według nich stanowiły mobbing, zgodnie z prawem mobbingiem nie były.

Kodeks pracy definiuje mobbing jako działania lub zachowania:

- dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko niemu,
- polegające na jego uporczywym i długotrwałym nękananiu lub zastraszaniu,
- wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej,
- powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników.

Niezwykle istotne jest to, że aby dane zachowanie można było zakwalifikować jako mobbing, powyższe przesłanki **muszą być spełnione łącznie**.

Ujmując zagadnienie mobbingu prościej, można stwierdzić, że:

„mobbing to rodzaj terroru psychicznego, stosowanego przez jedną lub kilka osób przeciwko (przeważnie) jednej osobie. Represjonowanie pracownika jest procesem długotrwałym, gdyż maltretowanie psychiczne pozbawione jest możliwości obrony przez ofiarę. Terror psychiczny w miejscach pracy polega na wrogim i nieetycznym, systematycznie powtarzającym się zachowaniu. Pod wpływem mobbingu ofiary spychane są w sytuację bezradności. Pozostają tam dopóty, dopóki utrzymują się działania mobbingowe w stosunku do nich. Narzędzia, jakimi posługuje się sprawca mobbingu, to szykany, zwodzenie, podstęp, intryga, plotki, oszczerstwa, a nawet zachowania sadystyczne. Trwający długo spór powoduje zaburzenia zdrowotne na tle psychicznym i przede wszystkim prowadzi do naruszenia godności, dobrego imienia oraz wolności od przemocy psychicznej pracownika, a więc jego dóbr osobistych”².

² Wyrok Sądu Najwyższego z 3 sierpnia 2011 r., I PK 40/11.

O tym, czy mamy do czynienia z mobbingiem, nie decyduje subiektywne przekonanie mobbingowanego, tylko obiektywne spojrzenie na całość relacji, jakie wytworzyły się w danym środowisku pracy. Częste kontrole lub wydawanie poleceń przez przełożonego niekoniecznie musi świadczyć o chęci poniżenia pracownika. Czasem pewne zachowania przełożonych wynikają ze sposobu organizacji pracy albo są wynikiem innych szczególnych okoliczności. „Przepis ten [art. 94³ k.p. traktujący o mobbingu] odnosi się do uzewnętrznionych aktów (zachowań), które muszą obiektywnie zaistnieć, aby powiązane z subiektywnymi odczuciami pracownika złożyły się na zjawisko mobbingu. Trudnością dla osób, które czują się pokrzywdzone zachowaniem, które według nich zawiera w sobie znamiona mobbingu, jest to, że samo ich poczucie pracownika, że podejmowane wobec nich działania i zachowania mają charakter mobbingu, nie jest wystarczającą podstawą do stwierdzenia, że rzeczywiście on występuje. Ocena zatem, czy nastąpiło nękanie i zastraszanie pracownika, czy działania te były celowe i mogły doprowadzić lub doprowadziły do zaniżonej oceny jego przydatności zawodowej, do jego poniżenia, ośmieszenia, izolacji bądź wyeliminowania z zespołu współpracowników, opierać się musi na obiektywnych kryteriach”³.

„Kryteria te zaś wynikają z rozsądnego postrzegania rzeczywistości, prowadzącego do właściwej oceny intencji drugiej osoby w określonych relacjach społecznych. Jeśli zatem pracownik postrzega określone zachowania jako mobbing, to zaakceptowanie jego stanowiska uzależnione jest od obiektywnej oceny tych przejawów zachowania w kontekście ujawnionych okoliczności faktycznych”⁴.

„[...] uznanie określonego zachowania za mobbing (art. 94³ § 2 k.p.) nie wymaga ani stwierdzenia po stronie prześladowcy działania ukierunkowanego na osiągnięcie celu (zamiaru), ani wystąpienia skutku. Wystarczy, iż pracownik był obiektem oddziaływania, które według obiektywnej miary może być ocenione za [sic!] wywołujące jeden ze skutków określonych w art. 94³ § 2 k.p. Przy ocenie tej

prześlanki niezbędne jest stworzenie obiektywnego wzorca ofiary rozsądnej, co z zakresu mobbingu pozwoli wyeliminować przypadki wynikające z nadmiernej wrażliwości pracownika [...]”⁵.

Badacze tego zjawiska przedstawiają cztery fazy procesu mobbingu wraz z ich ogólną charakterystyką⁶.

Faza 1. Pierwotne wydarzenie krytyczne

Zgodnie z wynikami badań zapłonem całej sytuacji najczęściej jest konflikt. Zazwyczaj pojawia się on w miejscu pracy, jednak z moich doświadczeń procesowych wynika, że punktem zapalnym może być także konflikt na tle prywatnym. Przypuszczalnie faza ta jest bardzo krótka. Następna faza pojawia się wówczas, gdy współpracownicy danej ofiary zaczną ją piętnować.

Faza 2. Piętnowanie – stygmatyzacja

W ciągu codziennego życia człowieka można z łatwością zaobserwować wiele sytuacji interpersonalnych. Jeżeli mamy do czynienia z mobbingiem, w pracy owe sytuacje interpersonalne stają się krzywdzące, obraźliwe, pojawiają się stale i systematycznie przez dłuższy czas oraz mają na celu wyrządzenie komuś krzywdy lub wyłączenie kogoś z wszelkiego rodzaju działalności. Wszystkie możliwe do zaobserwowania akcje są oparte na pragnieniu „ukarania” – skrzywdzenia – danej osoby. Wskazuje się, że takie działania mogą dotyczyć: reputacji ofiary (rozpowszechnianie plotek, zniesławienie, obmawianie, stałe wyśmiewanie), komunikacji przyszłej ofiary (oferze nie wolno wyrażać swych poglądów, nikt z nią nie rozmawia, trwa głośna krytyka i pojawiają się znaczące spojrzenia), życia społecznego (ofiara jest izolowana i bojkotowana), możliwości wywiązania się z obowiązków w pracy (brak zleceń, upokarzanie, poniżanie, pomniejszanie wartości pracy wykonywanej przez ofiarę), przemocy i zastraszania.

³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 10 sierpnia 2017 r., III APa 15/17.

⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z 14 listopada 2008 r., II PK 88/08.

⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 7 maja 2009 r., III PK 2/09.

⁶ D. Rode, *Mobbing – zjawisko negatywności wpływu społecznego* [w:] *Wpływ społeczny. Badania i praktyka*, red. Z. Ratajczak, Warszawa 2000.

Faza 3. Izolowanie ofiary

Ofiara zamieniona w osobę naznaczoną reaguje często objawami psychosomatycznymi i ucieczką w długoterminowe zwolnienia lekarskie, nie potrafi sprostać wymaganiom w pracy lub nie nadąża za innymi współpracownikami. Negatywne nastawienie wobec ofiary osłabia jej odporność fizyczną i psychiczną, a to – jak w błędnym kole – powoduje coraz mniejszą wydolność zawodową i większą izolację w grupie. Środowisko pracy przyjmuje, że przyczyna problemu leży w dewiacyjnej osobowości ofiary, a obserwując jej defensywne zachowanie, wyciąga wnioski, że człowiek ten cierpi także z powodów osobistych lub rodzinnych. Ofierze proponuje się często przeniesienie do innych, gorszych zadań, wykorzystanie zaległego urlopu lub konsultacje z odpowiednim specjalistą.

Faza 4. Wydalenie z pracy

W najgorszym przypadku mobbing zachodzi aż do czasu, gdy kontakty społeczne w pracy urywają się całkowicie, a ofiara zostaje psychicznie zniszczona.

Dla ofiary mobbingu efekt końcowy jest zawsze podobny. Cała jej zawodowa przydatność, egzystencja materialna i przyszłość stają pod znakiem zapytania. Bywa, że po dłuższym mobbingu, gdy proceder ten trwa latami, stan psychiczny ofiary podobny jest do stanu psychicznego ludzi, którzy przeżyli silne urazy psychiczne.

Przykłady zachowań, które mogą stanowić mobbing, podał Sąd Apelacyjny, który stwierdził, że:

„mobbing może się wyrażać w ciągłym przerywaniu wypowiedzi, reagowaniu krzykiem, ciągłym krytykowaniu i upominaniu, upokarzaniu, stosowaniu pogroźek, unikaniu rozmów, niedopuszczaniu do głosu, ośmieszaniu, ograniczaniu możliwości wyrażania własnego zdania, nieformalnym wprowadzeniem zakazu rozmów z nękanym pracownikiem, uniemożliwianiu komunikacji z innymi, a także powierzaniu prac poniżej kwalifikacji i uwłaczających, odsunięciu od odpowiedzialnych i złożonych zadań, zarzucaniu pracą lub niedawaniu żadnych zadań albo ich odbieraniu itp. Jednak należy podkreślić, że

normalne, kulturalne egzekwowanie wykonania poleceń nie stanowi mobbingu, bo podległość służbowa wynika z natury stosunku pracy. Dodać przy tym wypada, że nawet niesprawiedliwa, lecz incydentalna krytyka pracownika, nie może być kwalifikowana jako mobbing”⁷.

Natomiast Sąd Apelacyjny w Poznaniu stwierdził, że:

„[...] działania o charakterze mobbingu muszą odpowiadać określonym cechom, a mianowicie: być bezprawne, systematyczne i podejmowane bez powodu lub z oczywiście błędnego powodu, nie mogą obejmować zachowań pracodawcy dozwolonych prawem, a więc np. prawa do kontroli i nadzoru nad wykonywaniem przez pracownika pracy, co więcej mieć charakter długotrwałości, a nie incydentalności. Określone działania lub zachowania „mobbera”, aby mogły być zakwalifikowane jako mobbing, winny powodować u pracownika zaniżoną ocenę przydatności zawodowej i mieć na celu jego poniżenie, czy też ośmieszenie. Działania i zachowania cechujące mobbing z natury rzeczy mogą być bardzo różnorodne, a ich ocena ma indywidualizowany charakter. Nie można więc uznać, że wobec pracownika, który został raz skrytykowany, zastosowano mobbing. Przede wszystkim jednak nie każde zachowanie pracodawcy wobec pracownika, które w jego subiektywnym przekonaniu jest przejawem mobbingu, w rzeczywistości cechy mobbingu posiada. Tym samym, nawet niesprawiedliwa, lecz incydentalna krytyka pracownika przez pracodawcę nie może być kwalifikowana jako mobbing”⁸.

Ważne przy mobbingu jest zarówno nasilenie negatywnych działań, jak i czas ich trwania. „Długotrwałość nękania lub zastraszania pracownika w rozumieniu art. 94³ § 2 Kodeksu pracy musi być rozpatrywana w sposób indywidualny i uwzględniać okoliczności konkretnego przypadku, nie ma żadnych sztywnych ram. Nie jest zatem możliwe sztywne wskazanie minimalnego okresu niezbędnego do stwierdzenia mobbingu. Z art. 94³ § 2 i 3 Kodeksu pracy wynika jednak, że dla oceny długotrwałości istotny jest moment wystąpienia wskazanych w tych przepisach skutków nękania

⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 27 września 2012 r., III APa 27/12.

⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 6 sierpnia 2015 r., III APa 6/15.

lub zastraszania pracownika oraz uporczywość i stopień nasilenia tego rodzaju działań⁹.

W cytowanym wyroku Sąd Najwyższy stwierdził także, że:

„[...] działania prezes pozwanej spółki [...] polegały na krytyce wszystkich działań powódki, wyrażanej krzykiem w obecności innych osób, ubliżaniu jej, darciu lub przekreślaniu dokumentów, które powódka sporządziła, podważaniu jej kompetencji, groźeniu zwolnieniem z pracy oraz wyznaczaniu jej co tydzień do pracy fizycznej przy rozładunku, co innych pracowników dotyczyło rzadziej lub wcale. Po przejściu do pracy w sekretariacie powódce zmniejszono wynagrodzenie łącznie o 900 zł, co wiązało się – jak to określił Sąd Okręgowy – z „częstością zmian umów o pracę”, podczas gdy obniżki wynagrodzenia nie dotyczyły innych pracowników zatrudnionych na takich samych stanowiskach [...]. Jak wynika z ustaleń przyjętych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, powódka była zatrudniona przez pozwaną od czerwca 2004 r. do stycznia 2005 r. i przez cały okres tego zatrudnienia była szykanowana i poniżana¹⁰.

Im bardziej uporczywe działanie agresora, tym krócej może ono trwać, aby zostało uznane za mobbing. Przepisy nie określają sztywno tych granic – „długotrwałość nękania lub zastraszania pracownika w rozumieniu art. 94³ § 2 k.p. musi być rozpatrywana w sposób zindywidualizowany i uwzględniać okoliczności konkretnego przypadku¹¹.

Taki stan rzeczy skutkuje znacznymi rozbieżnościami w orzecznictwie. Przykładowo Sąd Najwyższy:

- w postanowieniu z 15 lipca 2005 r. (I PK 76/05) wyraził opinię, że 25 dni nie jest wystarczającym okresem, by zaistniał rozstrój zdrowia wywołany mobbingiem,
- w wyroku z 29 czerwca 2005 r. (I PK 290/04) uznał, że „uporczywe działania, mobbing, nie musi trwać długo, mogą być to nawet zachowania podczas jednej dniówki roboczej”,
- w wyroku z 22 kwietnia 2015 r. (II PK 166/14) przyjął, że przy dużej intensywności nękania

⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 2007 r., I PK 176/06.

¹⁰ Tamże.

¹¹ Tamże.

lub zastraszania pracownika nie można wykluczyć, że wystarczający może być okres 5 tygodni, zwłaszcza gdy dotyczy osoby o subtelnej psychice.

Czynniki sprzyjające mobbingowi w miejscu pracy

Powiedzmy sobie od razu szczerze – mobbing wywołują ludzie. Jednak w miejscu pracy pojawiają się pewne czynniki, które takiemu zachowaniu sprzyjają. Z pewnością są nimi pęd i niezdrowa rywalizacja. Pracodawca może je wywoływać, premiując postawy pracowników, których celem jest rywalizacja oraz rozwój ponad wszystko i za wszelką cenę.

W procesie przeciwdziałania mobbingowi ogromną rolę odgrywa top management oraz dział HR.

Dlaczego właśnie oni? Dlatego że punktem wyjścia musi być dobra wola osób kierujących przedsiębiorstwem. Muszą dążyć do tego, aby organizacja, dla której pracują, była zdrowa pod kątem relacji międzyludzkich. Takie podejście wynika ze zrozumienia, że największym kapitałem każdego przedsięwzięcia są ludzie. W dalszej kolejności top management powinien dać sygnał działom HR, aby uważnie badały kandydatów do pracy także pod kątem ich predyspozycji psychologicznych. Kolejnym krokiem jest dalsza diagnoza zachowań pracowników. Działy HR powinny być tymi komórkami, które będą odpowiedzialne za monitoring zgodności relacji pracowniczych z etyką i kulturą.

Profil psychologiczny sprawców mobbingu

Niewątpliwie czynnikiem sprzyjającym powstawaniu mobbingu jest **dobór nieodpowiednich pracowników**. Chodzi o takie osoby, które są świetne w swoim fachu, ale mają mierne umiejętności komunikacyjne i interpersonalne.

„Gdyby pokusić się o stworzenie profilu „sprawcy”, to mogłaby nim być osoba charakteryzująca się wysokim poziomem biernej agresji, dbająca o własne korzyści, postrzegająca kolegów jako rywali, zazdrosna o sukcesy innych, posiadająca przy tym wyolbrzymione poczucie

własnej wartości i przeceniająca swoje umiejętności. Sprawcy mobbingu nie mają żadnych wyrzutów sumienia. Wśród agresorów zdarzają się także i tacy, którzy posiadają niewysokie mniemanie o sobie, co powoduje, że u innych doszukują się wad. Potrzeba stworzenia marginesu bezpieczeństwa (dominacja nad drugim człowiekiem) pozwala zrekompensować brak zaufania do samego siebie. Można pokusić się o tezę, iż pobudką mobbera jest strach lub potrzeba terroryzowania otoczenia, żeby pozbyć się swojego lęku, przenosząc go na innych. Herald Ege podkreśla, że mobbing należy rozumieć jako chorobę związaną ze środowiskiem pracy¹²; to forma terroru psychicznego w miejscu pracy, która wyraża się powtarzającymi się zachowaniami agresywnymi i obraźliwymi ze strony kolegów bądź pracodawców. Terror psychiczny ze strony dreszczyeli może przejawiać się manifestacyjnymi i gwałtownymi zachowaniami: agresją werbalną i fizyczną, wrzaskami, komentarzami dotyczącymi sfery zawodowej bądź prywatnej ofiary¹³. W rezultacie takie zachowania prowadzą do izolacji (i zarazem alienacji) pracownika i wykluczenia go z grupy¹⁴.

Określona struktura organizacyjna

Z jednej strony struktura organizacyjna, w której rozwinięte są mechanizmy kontroli, w pewnych sytuacjach pozwala monitorować zachowania pracowników względem siebie (i w porę eliminować zachowania nieetyczne), z drugiej jednak strony hierarchia, bezwzględne podporządkowanie i sztywne zasady mogą sprzyjać zjawisku mobbingu.

Sztywna ścieżka służbowa, jak również polityka zamkniętych drzwi mogą skutecznie tamować etyczną komunikację w zakładzie pracy. Czynniki te nierzadko powodują zamiatanie problemów interpersonalnych pod dywan. Osoba zarządzająca zakładem pracy, która jest otwarta wyłącznie na rozmowy z pracownikami

wyższego szczebla, nie ma wiadomości z pierwszej ręki, co się dzieje „na dole”.

Struktura organizacyjna, w której nie ma wewnętrznej komunikacji lub komunikacja taka nie funkcjonuje prawidłowo, również nie może skutecznie przeciwdziałać mobbingowi. Jeśli bowiem mobbing rzeczywiście zaistnieje, a komunikacja wewnętrzna nie będzie dobrze wykształcona, to skąd poszkodowany pracownik będzie miał wiedzieć, gdzie (komu) i w jakiej formie ma zgłosić swoje spostrzeżenia?

W strukturze organizacyjnej charakteryzującej się polityką zamkniętych drzwi nie dostrzeżają się potrzeby wprowadzenia innowacyjnych pomysłów, zasilania szeregow pracowników świeżą krwią. W tego typu zakładach pracy nie stawia się na krzewienie odpowiednich wartości etycznych. Nie zwraca się także uwagi na renowację pracodawcy na rynku.

Styl zarządzania zakładem pracy

Chaotyczne zarządzanie, popełnianie błędów, częste zmiany decyzji, brak stabilności, zamknięcie zarządzających w wąskim gronie osób stanowiących kadre kierowniczą – czynniki te na równi z pozostałymi wpływają na możliwość wystąpienia mobbingu.

Jak zostało wcześniej stwierdzone – działania zorientowane wyłącznie na wynik i na wskaźnik ekonomiczny również nie sprzyjają dobrej atmosferze w pracy. Mogą natomiast powodować niezdrową rywalizację. Zadaniowe podejście do pracowników i niedocenywanie ich wkładu również przyczyniają się do powstania niezdrowej atmosfery w pracy.

Przeciwdziałanie mobbingowi – w jaki sposób?

Zgodnie z art. 94³ § 1 k.p. pracodawca ma obowiązek przeciwdziałać mobbingowi. Przepis ten w powiązaniu z art. 11¹ czy art. 94 pkt 10 k.p. nakłada na pracodawcę obowiązek dbałości o dobra osobiste pracownika, w szczególności jego godność, oraz o taką atmosferę w zakładzie pracy, w której dobra osobiste pracowników będą szanowane, zarówno przez samego pracodawcę (osoby działające w jego imieniu), jak i innych pracowników. W istocie

¹² H. Ege, *Mobbing: conoscerlo per vincere*, Milano 2001.

¹³ S. Einarsen, B.I. Raknes, S.B. Matthiesen, *Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality – An exploratory study*, „European Work and Organizational Psychologist” 1994, No. 4 (4), s. 381–401; A. Gilioli, R. Gilioli, *Cattivi Capi, Cattivi Colleghi. Come difendersi dal mobbing e dal capitalismo selvaggio*, Milano 2000.

¹⁴ A. Brytek, *Fenomen mobbingu, czyli przemoc psychiczna w środowisku pracy*, „Niebieska Linia” 2004, nr 4.

sprowadza się to do realizacji przez pracodawcę we właściwy sposób wynikającego z art. 22 § 1 k.p. obowiązku zatrudniania pracownika. Spektrum działań, jakie pracodawca podejmie w tym celu, nakierowanych także na przeciwdziałanie zjawisku mobbingu, pozostaje w jego gestii.

Ponadto pracodawca ma również prawny obowiązek wpływać na kształtowanie w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego, co wynika z cytowanego wyżej art. 94 pkt 10 k.p. Na tym tle widać jednak wyraźnie, że mobbing ma charakter wtórny wobec zobowiązania pracodawcy do zatrudniania pracownika w warunkach wolnych od mobbingu.

Aby przeciwdziałać mobbingowi, pracodawca może:

- promować pożądane postawy i zachowania w relacjach międzyludzkich, zgodne z zasadami współżycia społecznego,
- upowszechniać wiedzę na temat mobbingu, dyskryminacji i molestowania, ich konsekwencji oraz metod zapobiegania im,
- zapewnić pracownikom dostęp do okresowych szkoleń na temat zapobiegania mobbingowi i ochrony przed nim,
- umożliwić każdemu pracownikowi dyskretne złożenie skargi,
- przeprowadzać anonimowe ankiety,
- przeprowadzać okresowe analizy i oceny skuteczności wprowadzonych rozwiązań antymobbingowych oraz, w razie potrzeby, podejmować działania usprawniające.

Pracodawca ma obowiązek stworzyć takie warunki pracy, w których mobbing nie będzie stosowany. Konsekwencją jest odpowiedzialność pracodawcy za stosowanie wobec pracownika mobbingu przez innych pracowników nawet wówczas, gdy sam pracodawca mobbingu nie stosował. Obowiązek poszanowania przez pracodawcę godności i innych dóbr osobistych pracownika podniesiony jest do rangi podstawowych zasad prawa pracy (art. 11¹ k.p.), przez to pracodawca „zobowiązany jest także do podjęcia takich działań, które niepożądanym zjawiskom w procesie pracy położą kres, włącznie z niezwłocznym rozwiązaniem umowy o pracę z tym pracownikiem, który prawidłowy proces pracy zakłóca”¹⁵.

Sąd Najwyższy wiele razy zwracał uwagę, że obowiązek przeciwdziałania mobbingowi

polega nie na jakimkolwiek działaniu, ale „na starannym działaniu. W związku z tym pracodawca powinien przeciwdziałać mobbingowi w szczególności przez szkolenia pracowników, informowanie o konsekwencjach mobbingu, [sic] czy przez stosowanie procedur, które umożliwią wykrycie i zakończenie tego zjawiska”. Jeżeli podjęte przez pracodawcę działania, których celem miało być przeciwdziałanie mobbingowi, okazałyby się niewystarczające, to oznaczałoby to, że pracodawca „nie dochował należytej staranności w spełnieniu swego ustawowego obowiązku, jakim jest przeciwdziałanie mobbingowi”¹⁶.

Etapy przeciwdziałania mobbingowi w zakładzie pracy

Po pierwsze pracodawca, tj. właściciel zakładu pracy, dyrektor lub zarząd, musi chcieć przeciwdziałać mobbingowi. To te osoby lub organy muszą w pierwszej kolejności wiedzieć, co oznacza mobbing, jak wpływa na pracowników i jakie są skutki jego wystąpienia.

Przeciwdziałanie mobbingowi powinno odbywać się **kilkuetapowo**.

Etap I – działania informacyjne dla właścicieli zakładów pracy, członków zarządów, dyrektorów instytucji

Na początek proponowałabym przeprowadzenie szkolenia informacyjnego dla top managementu. Szkolenie to powinno uświadomić tym osobom, czym jest mobbing pojmowany zgodnie z Kodeksem pracy, jakie są przestanki jego wystąpienia, jakie skutki powoduje, jaki koszt może ponieść zakład pracy, jeśli poszkodowany pracownik wygra sprawę w sądzie pracy, jakie narzędzia pomagają przeciwdziałać mobbingowi i jak można je wprowadzić. Osoby zarządzające zakładem pracy powinny mieć dodatkową wiedzę nie tylko na temat tego, co oznacza mobbing w praktyce, lecz także na temat tego, jak można mu przeciwdziałać. Zasadniczo kontrola antymobbingowa powinna

¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 29 czerwca 2005 r., I PK 290/04.

¹⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z 21 kwietnia 2015 r., II PK 149/14.

zierać do wyprzedzania i eliminowania niekorzystnych zjawisk.

Działania pracodawcy muszą być nastawione na skuteczną profilaktykę.

Etap II – opracowanie procedury antymobbingowej

W zakładzie pracy powinien być wprowadzony dokument, który zwykle jest nazywany procedurą lub polityką antymobbingową. Ma on regulować sposób postępowania, gdy pracownik zasygnalizuje wystąpienie mobbingu. Procedurę antymobbingową warto połączyć z unormowaniem odnoszącym się do dyskryminacji (a więc i molestowania seksualnego). Art. 94 pkt 2b k.p. nakłada bowiem na pracodawców obowiązek przeciwdziałania wszelkim przejawom dyskryminacji w zatrudnieniu, zwłaszcza ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, pochodzenie rasowe lub etniczne, religię, wyznanie oraz orientację seksualną.

Procedura antymobbingowa powinna być zatem dokumentem, który określa:

- jakie są ustawowe przesłanki mobbingu,
- do kogo w zakładzie pracy należy zgłaszać mobbing,
- kto ma rozpatrywać zgłoszenia o mobbingu,
- sposób powołania komisji antymobbingowej (stały lub doraźny), jej skład, zakres, role i sposób procedowania,
- wzory dokumentów niezbędnych do zgłoszenia mobbingu,
- wzory dokumentów niezbędnych do pracy komisji antymobbingowej (np. uchwała powołująca komisję antymobbingową).

Etap III – szkolenie dla członków komisji antymobbingowej

Etap ten jest realizowany w zależności od tego, czy komisja jest powoływana *ad hoc*, a zatem na potrzeby konkretnego zgłoszenia, czy też ma względnie stały skład. Mogą się jednak zdarzyć przypadki, że jednego z członków trzeba będzie wyeliminować, ponieważ zgłoszony zostanie zarzut stosowania przez niego mobbingu.

Komisja antymobbingowa powinna:

- w ramach swoich uprawnień zgromadzić i zbadać cały materiał dowodowy (przesłuchać świadków, zapoznać się z dokumentacją, np. mailami, notatkami służbowymi, odsłuchać dostępne nagrania),

- przygotować raport, w którym opiszemy wyniki swojego postępowania,
- zawrzeć w raporcie dokładny opis wykrytych zachowań i stwierdzić, czy noszą one znamiona mobbingu lub naruszenia dóbr osobistych, a jeśli nie – jaki miały charakter,
- zgłosić swoje rekomendacje do wyników postępowania: jeśli mobbing rzeczywiście miał miejsce, komisja antymobbingowa powinna zaproponować skuteczne rozwiązanie sytuacji.

Pracodawcy nie mają świadomości, że odpowiadają za działania komisji antymobbingowej – to błąd. Pracownicy posądzeni o mobbing mogą pozwać pracodawcę o naruszenie ich dóbr osobistych w związku z rekomendacjami zawartymi w raporcie sporządzonym przez komisję antymobbingową. Dlatego tak ważne jest uświadomienie członkom komisji antymobbingowej, na czym ma polegać ich rola i jak mają procedować, aby nie narazić pracodawcy na odpowiedzialność za naruszenie dóbr osobistych innych pracowników zaangażowanych w cały proces.

W orzecznictwie znany jest przypadek, w którym pracownicy pozwali pracodawcę za naruszenie ich dóbr osobistych przez członków komisji antymobbingowej i proces ten wygrali. Jak się okazało w trakcie postępowania sądowego, członkowie owej komisji antymobbingowej nie byli przygotowani merytorycznie do pełnienia takiej funkcji i popełnili szereg błędów proceduralnych. W wyroku z 27 stycznia 2016 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie, który rozpatrywał tę sprawę, stwierdził, że:

„pracodawca posiada legitymację procesową bierną w sprawie o ochronę dóbr osobistych (art. 24 k.c.), naruszonych działaniami Komisji Antymobbingowej powołanej przez tego pracodawcę, która to komisja realizuje zadania pracodawcy w zakresie przeciwdziałania mobbingowi (art. 94³ § 1 k.p.) i posiada kompetencje, w które wyposażył ją wyłącznie pracodawca, określając zasady powoływania jej składu, zasady procedowania komisji oraz zobowiązując się do realizacji wyników ustaleń tej komisji [...] pracodawca powołujący komisję wewnętrzną określa jej kompetencje, taki lub inny sposób jej procedowania, w tym określa zakres i możliwości (lub brak takich możliwości) obrony pracowników obwinionych przez [sic] zarzutami o mobbing oraz zobowiązuje się przyjąć do stosowania wyniki ustaleń

komisji [...] – to odpowiada za konsekwencje swych działań oraz działań powołanej przez siebie komisji, również w zakresie ewentualnego naruszenia dóbr osobistych pracowników obwinionych. Wydając uchwałę i powołując komisję, pracodawca scedował bowiem część swoich uprawnień i obowiązków związanych [z] przestrzeganiem ww. zasad na określonych członków komisji. Dlatego ich działania podobnie jak działania osób reprezentujących pracodawcę, należy traktować jako działania samego pracodawcy w zakresie naruszenia dóbr osobistych powodów. To pracodawca odpowiada za błędy komisji wynikające z braku wiedzy z zakresu przestrzegania elementarnych zasad dotyczących rozstrzygania sporów i określenia winy poszczególnych pracowników w zakresie działań noszących znamiona mobbingu. W świetle § 5 powołanej uchwały nr [...] wyłącznie pracodawca decyduje o powołaniu Komisji, w skład której wchodzi pracownicy, którym pracodawca udziela zwolnienia od obowiązku świadczenia swych normalnych obowiązków pracowniczych z zachowaniem prawa do wynagrodzenia na okres udziału w posiedzeniach komisji. Udział w pracach komisji jest traktowany jako »zadanie służbowe«¹⁷.

Etap IV – szkolenie dla pracowników

Pracownicy również muszą wiedzieć, co jest mobbingiem. Dla pracodawców jest ważne, aby szkolenie dla pracowników zawierało odpowiednie treści. Tak jak wspomniane zostało wcześniej – w ujęciu psychologicznym oraz potocznym mobbing znacznie różni się od kodeksowej definicji. Powoduje to wiele problemów: nie każde nieetyczne zachowanie pracodawcy lub przełożonego stanowi mobbing.

Etap V – stałe działania diagnostyczne

Stale powinna być prowadzona ocena skuteczności przeciwdziałania mobbingowi. Etap ten obejmuje monitoring relacji pracowniczych w zakładzie pracy, relacji w zespołach, pomiędzy przełożonymi a podwładnymi, a w miarę potrzeby – odnotowywanie i sprawdzanie wszelkich sygnałów świadczących o mobbingu. Etap ten może również polegać na skierowaniu

danej sprawy do komisji antymobbingowej, jeszcze zanim sprawa zostanie do komisji oficjalnie zgłoszona.

Do stałych działań diagnostycznych mogą należeć również ankiety (np. w formie formularzy on-line na firmowej stronie intranetowej). Z ankiet można się dowiedzieć, jak pracownicy rozumieją mobbing; czy w aktualnym miejscu pracy się z nim zetknęli; jeśli tak, to na czym on polegał, jaką miał częstotliwość lub skalę; jak można temu zjawisku zaradzić oraz jakie są w tym zakresie preferencje pracowników. Tak jak wcześniej zostało już podkreślone, w języku potocznym pojęcie mobbingu jest rozumiane często inaczej niż stanowi jego legalna definicja, zatem dobór pytań do ankiety ma bardzo istotne znaczenie. Ankieta powinna bowiem wykazać, że działania mobbingowe rzeczywiście występują w danej organizacji albo że występują inne nieetyczne zjawiska, które w ujęciu prawnym nie stanowią mobbingu, niemniej jednak powinny być wyeliminowane. Ankieta powinna być anonimowa, co zapewni większy komfort osobie wypełniającej i pozwoli jej odpowiadać szczerze.

Z uwagi na powyższe należy więc podkreślić, że ankieta powinna zostać odpowiednio opracowana z uwagi na uwarunkowania prawne i merytoryczne. Ponadto przeprowadzenie diagnozy na podstawie jej wyników w poszczególnych komórkach powinno nastąpić w dość krótkim czasie.

Należy wspomnieć o jeszcze jednej kwestii: mobbing często rozpoczyna się od pozornie niegroźnego konfliktu pomiędzy pracownikami, który nie został rozwiązany. Zgłoszenie takiej okoliczności w ankiecie może przyczynić się do powstrzymania rozwoju sytuacji poprzez podjęcie stosownej interwencji i odpowiednich działań.

Etap VI – przygotowanie systemu ocen pracowniczych, a następnie ich analiza

Warto sporządzić taki system ocen nie tylko dlatego, aby było wiadomo, który pracownik zasługuje na awans lub degradację albo w stosunku do którego pracownika powinien być wdrożony plan naprawczy. System ocen może nam także pokazać, w jaki sposób przełożony traktuje swoich podwładnych, np. jakich słów używa, aby ich ocenić. Czy są to mocne sformułowania mogące nosić znamiona szykan lub będące w oczywisty sposób niesprawiedliwe?

¹⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 27 stycznia 2016 r., III APa 20/15.

Jednoczesna analiza oceny dokonywanej przez podwładnego oraz przełożonego może pokazać, jakie są ich wzajemne relacje.

Równocześnie z realizacją wszystkich powyższych etapów, dział HR we współpracy z prawnikiem powinien komunikować pracownikom, jakie są cele wdrażania działań antymobbingowych. Przeprowadzenie takiej kampanii informacyjnej jest nie do przecenienia, chociaż wymaga ona dużego nakładu czasu. W mediach, a także w języku potocznym, mobbing jest błędnie rozumiany, a samo słowo – często nadużywane. W takim znaczeniu pojęciowym przenika do słownictwa pracowników.

Cel wdrożenia działań antymobbingowych

Celem wdrożenia wszelkich działań antymobbingowych nie może być wyłącznie wyszukiwanie winnych i ich karanie. Przede wszystkim powinno nim być zapobieganie, wczesne wykrywanie i analizowanie przyczyn tego zjawiska. W całej polityce antymobbingowej w pierwszej kolejności chodzi przecież o to, aby nie dopuścić do wystąpienia takich działań, co też wielokrotnie podkreślał już Sąd Najwyższy.

Najlepiej sprawowana kontrola antymobbingowa powinna przypominać system wczesnego reagowania na każde podejrzenie wystąpienia działań tego typu.

Trzeba podkreślić, że nawet jeśli jakieś zachowanie nie stanowi mobbingu zgodnie z Kodeksem pracy, to może ono być nieetyczne i z tego powodu nieakceptowalne, a więc zasługujące na wyeliminowanie ze środowiska pracy. Kontrola antymobbingowa powinna zatem pomóc wykryć także to, co mobbingiem nie jest, ale wpływa negatywnie na stosunki pomiędzy pracownikami.

Wykrycie mobbingu i sprawców – co dalej?

To, co następuje po wykryciu mobbingu i sprawcy (lub sprawców), jest najtrudniejsze dla zakładu pracy. Trzeba bowiem

podjąć decyzję w sprawie losów sprawcy (sprawców) mobbingu i jego ofiary. Działania te nie są bardzo skomplikowane pod względem prawnym, są natomiast dość delikatne.

Zastosowanie konkretnej sankcji wobec agresora może być uzależnione od skali mobbingu, którego się dopuścił. Działania mobbingowe można jednak zawsze traktować w ten sam sposób, polegający na definitywnym rozstaniu się ze sprawcą mobbingu (np. w trybie wypowiedzenia umowy o pracę). Jednak pracodawca może zamiast tego nałożyć na sprawcę karę porządkową za nieprzestrzeganie regulaminu pracy i zawartego w nim obowiązku prezentowania etycznej postawy oraz obowiązku informowania o wszelkich przejawach mobbingu. Naruszenie skutkujące nałożeniem kary porządkowej polega w tym wypadku także na nieprzestrzeganiu ustalonego porządku w zakładzie pracy, który zawiera właśnie regulamin pracy. Zgodnie z art. 108 k.p. „za nieprzestrzeganie przez pracownika ustalonej organizacji i porządku w procesie pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, a także przyjętego sposobu potwierdzania przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy, pracodawca może stosować:

- 1) karę upomnienia,
- 2) karę nagany”.

Nałożenie kary porządkowej nie wyklucza następnie złożenia pracownikowi z tego samego powodu wypowiedzenia umowy o pracę. Przyczyną wypowiedzenia może być naruszenie podstawowego obowiązku pracownika, którym jest przestrzeganie w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego (art. 100 § 1 pkt 6 k.p.). Zastosowanie obu tych sankcji jest dopuszczalne. Można tu przytoczyć wyrok Sądu Najwyższego z 18 lutego 2015 r. I PK 171/14, w którym stwierdzono, że „nie ma przeszkody do rozwiązania umowy o pracę za wypowiedzeniem lub bez wypowiedzenia na podstawie tego samego zdarzenia, za które została nałożona na pracownika kara porządkowa, gdy waga tego przewinienia jest na tyle znacząca, że okoliczności i konsekwencje (nawet ewentualne) jego popełnienia uzasadniają przekonanie pracodawcy o niemożności dalszego zatrudnienia pracownika. Rozwiązanie stosunku pracy nie stanowi

bowiem sankcji porządkowej w rozumieniu art. 108 k.p.”¹⁸.

Pracodawca może również zastosować art. 52 § 1 pkt 1 k.p. i rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia z winy pracownika. W przypadku stwierdzenia, że dany pracownik posunął się do mobbingu, przyczyną rozwiązania stosunku pracy będzie ciężkie naruszenie przez pracownika podstawowych obowiązków pracowniczych.

W wyroku z dnia 29 czerwca 2005 r. Sąd Najwyższy orzekł, że zachowanie pracownika na stanowisku kierowniczym polegające na ubliżaniu współpracownikom może być zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych (art. 52 § 1 pkt 1 k.p.)¹⁹. Zgodnie z art. 100 § 1 k.p. pracownik jest zobowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz w szczególności przestrzegać m.in. zasad współżycia społecznego. Natomiast „zachowanie polegające na ubliżaniu współpracownikom, używaniu wobec nich wyzwisk nie mieści się w kategorii ani przestrzegania zasad współżycia społecznego, ani w kategorii sumiennego i starannego wykonywania pracy, [co] prowadzi do konkluzji, że narusza ono obowiązki pracownicze”. Takie postępowanie można w pełni zakwalifikować jako uzasadniające rozwiązanie umowy o pracę w trybie art. 52 § 1 pkt 1 k.p.

Spotkałam się również z sytuacją, w której pracodawca nie zdecydował się na radykalne kroki w stosunku do sprawcy mobbingu, gdyż pracownik ten był dla niego zbyt cenny (ktoś może być doskonałym fachowcem, natomiast nie mieć zupełnie zdolności interpersonalnych). W tej sytuacji pracodawca zdecydował się rozdzielić sprawcę mobbingu i jego ofiarę: poprzemienił ich w różne części firmy, tak aby nie mieli ze sobą styczności.

Działania pracodawcy w stosunku do ofiary

W przypadku gdy mobbing wywołał u danej osoby określone konsekwencje zdrowotne, pracodawca może zaproponować takiej osobie

¹⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2015 r., I PK 171/14.

¹⁹ W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2005 r., I PK 290/04.

pomoc w postaci sfinansowania odpowiedniej terapii. Nie ma również przeszkód prawnych, aby takiej osobie zagwarantować prawo do (płatnego) dodatkowego urlopu wypoczynkowego dla poratowania zdrowia.

Dlaczego warto, czyli jakie są skutki mobbingu

Skutki mobbingu są najbardziej doniosłe dla samej ofiary. To straty zdrowotne, a także społeczne oraz koszty leczenia i zwolnień lekarskich. Wśród kosztów społecznych można wyróżnić izolację, problemy psychiczne, dobrowolne bezrobocie i nieprzystosowanie społeczne.

Tabela 4. Skutki mobbingu

Dla osoby mobbingowanej	<ul style="list-style-type: none">■ straty zdrowotne■ koszty leczenia i zwolnień lekarskich■ straty społeczne<ul style="list-style-type: none">- izolacja- problemy psychiczne- dobrowolne bezrobocie- nieprzystosowanie społeczne
Dla pracodawcy	<ul style="list-style-type: none">■ absencja chorobowa pracowników■ fluktuacja kadr■ konieczność szkolenia nowego personelu■ koszty administracji, rekrutacji■ brak dynamicznego rozwoju poprzez częste zmiany pracowników■ zmniejszenie efektywności pracy przez osobę mobbingowaną■ błędy popełniane przez osobę mobbingowaną■ odszkodowania wypłacane ofiarom (coraz częściej dostrzegane przez firmy ubezpieczeniowe)

Jednak pracodawca także ponosi koszty mobbingu, i to zarówno finansowe, jak i pozaekonomiczne. Z tego powodu pracodawcy powinno szczególnie zależeć na tym, aby mobbingowi przeciwdziałać – po to, by później nie musieć radzić sobie z jego negatywnymi konsekwencjami.

Małgorzata Regulska-Cieślak

Zjawisko przemocy w pracy wśród pracowników handlu

Przemoc w pracy jest złożonym, wieloaspektowym zjawiskiem, które można podzielić na: przemoc psychiczną (mobbing, nękanie, zastraszanie), przemoc fizyczną, a także molestowanie seksualne. Pracownicy mogą doświadczać przemocy wewnątrz organizacji oraz z zewnątrz. Doświadczenie przemocy w pracy pociąga za sobą poważne konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego dotkniętych nią osób (choroby układu krążenia, pokarmowego czy mięśniowo-szkieletowego, zaburzenia koncentracji, uwagi i pamięci, stany lękowe, zaburzenia snu, depresja, próby samobójcze). Niesprzyjające środowisko pracy, w którym pracownik doświadcza przemocy, wpływa negatywnie na jego efektywność, może być również przyczyną wypadków przy pracy.

Zjawisko przemocy w miejscu pracy

Przemoc w pracy jest zjawiskiem złożonym i wieloaspektowym, które można podzielić na takie rodzaje, jak: przemoc psychiczna (mobbing, nękanie, zastraszanie), przemoc fizyczna, a także molestowanie seksualne. Pracownicy mogą doświadczać przemocy wewnątrz organizacji (mobbingu czy też przemocy fizycznej ze strony innych osób zatrudnionych w firmie) oraz przemocy zewnętrznej (ze strony pacjentów, klientów, uczniów itp.). Ponadto przemoc w miejscu pracy może dotyczyć wszystkich sektorów i grup zawodowych. Klienci, interesanci, pacjenci, uczniowie czy współpracownicy mogą zastraszać, nękać, a nawet krzywdzić fizycznie inne osoby znajdujące się w pracy. Każde z takich działań ma negatywny wpływ na dobrostan pracowników oraz ich relacje społeczne zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz organizacji. Jeśli powyższe negatywne działania powtarzają się systematycznie, to środowisko pracy staje się wrogiem i zagrażającym. Pracownicy zaczynają doświadczać permanentnego lęku i złości, są mniej produktywni i słabiej zaangażowani w pracę.

Definiując przemoc w pracy, należy mieć na uwadze, że nie istnieje jedna, uniwersalna definicja tego zjawiska. Terminem tym określa się różnego rodzaju negatywne działania skierowane wobec osoby w jej miejscu pracy. Można

więc powiedzieć, że są to wszystkie zachowania, które poniżają osobę, pogarszają jej dobrostan i degradują jej poczucie godności. W niektórych definicjach termin „przemoc w pracy” odnosi się zarówno do fizycznej, jak i psychicznej przemocy pochodzącej bądź od pracowników zatrudnionych wewnątrz organizacji, bądź od osób spoza niej. Niektórzy badacze odseparowują przemoc fizyczną od przemocy psychicznej, np. mobbingu, i podają odrębne definicje tych dwóch zjawisk¹. Poniżej przedstawiono wybrane definicje przemocy stosowane na poziomie europejskim.

Komisja Europejska definiuje przemoc występującą w miejscu pracy jako „incydent, podczas którego osoba/osoby narażone są na groźby, ataki lub nękanie, włączając w to bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie dla ich bezpieczeństwa, zdrowia lub dobrostanu w sytuacjach związanych z ich pracą”². Definicja ta jest obecnie często przytaczana przez Komisję i inne instytucje europejskie, a także przez samych badaczy.

Z kolei w porozumieniu ramowym dot. nękania i przemocy w pracy, podpisanym przez europejskich partnerów społecznych w 2007 r., nawiązuje się zarówno do przemocy, jak i nękania w miejscu pracy. Zgodnie z nim do nękania dochodzi „kiedy pracownik/pracownicy lub przełożony/

¹ M. Milczarek, M. Vartia, K. Pahkin i in., *Workplace violence and harassment: a European picture*, Luxembourg 2010.

² European Agency for Safety and Health at Work (EASHW), *Gender issues in safety and health at work*, Luxembourg 2003, s. 58.

przełożeni są systematycznie i umyślnie wykorzystywani, zastraszani lub poniżani w okolicznościach związanych z pracą³. Przemoc występuje natomiast wtedy, „gdy pracownik/pracownicy lub przełożony/przełożeni są ofiarami przemocy w okolicznościach związanych z pracą⁴. We wstępie do porozumienia podkreśla się, iż przemoc i nękanie w miejscu pracy mogą przybierać różne formy, które wymieniono poniżej:

- przemoc fizyczna, psychiczna lub napastowanie seksualne,
- jednorazowy przypadek lub systematyczne zachowanie,
- przemoc pomiędzy kolegami, pomiędzy przełożonymi a podwładnymi lub ze strony osób trzecich – klientów, pacjentów, uczniów itd.,
- od drobnych incydentów związanych z brakiem szacunku dla drugiej osoby aż do bardziej poważnych czynów, w tym przestępstwa, które wymaga interwencji władz publicznych.

Natura i zakres doświadczanej przemocy w sektorze handlu

Wyniki uzyskane w ramach badań realizowanych przez CIOP-PIB na zlecenie ZUS⁵ wyraźnie pokazują, że problem przemocy w sektorze handlu jest dotkliwy nie tylko dla indywidualnych pracowników, lecz także dla pracodawców i całego społeczeństwa. Badaniami objęto 261 pracowników zatrudnionych w sektorze handlu detalicznego na terenie siedmiu województw. Osoby uczestniczące w badaniach wykonywały pracę, która opierała się na ciągłym kontakcie z klientami (sprzedawcy-kasjerzy, sprzedawcy pracujący „za ladą” lub na stoisku, pracownicy rozkładający towar na hali sklepowej, którzy mają kontakt z klientem). Próbę w większości stanowili pracownicy szeregowi (86,5%). Tylko 10% badanych to kierownicy średniego szczebla, natomiast 3,5% osób badanych określiło swoją pozycję zawodową jako „inną”.

³ European Social Dialogue, *Framework Agreement on Harassment and Violence at Work*, 2007, http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/apr/harassment_violence_at_work_en.pdf.

⁴ *Ibidem*.

⁵ M. Warszewska-Makuch, *Ocena źródeł i skutków wybranych form przemocy wśród pracowników sektora handlu*, Warszawa 2016.

Dane pokazują, że aż 39% badanych pracowników tego sektora doświadczało mobbingu, 32% stało się obiektem molestowania seksualnego (jednorazowo lub częściowo), a 13% było ofiarą przemocy fizycznej ze strony innych pracowników. Równie źle wygląda sytuacja związana z doświadczaniem przez badanych przemocy ze strony osób z zewnątrz organizacji, czyli klientów. Aż 79% osób styka się z agresją słowną (blisko 27% doświadcza jej raz w tygodniu lub częściej), 29% – z obraźliwymi gestami itp., a 21% jest zastraszanych groźbą użycia wobec nich przemocy fizycznej. Niepokojące były deklaracje pracowników odnośnie stosowania wobec nich bezpośredniej przemocy fizycznej (bicie, kopanie, opluwanie itp.). Z taką formą agresji ze strony klientów spotkało się ponad 20% badanych (znamiennie, że ponad 2% doświadczało jej raz w tygodniu, bądź częściej). Nie potwierdzono natomiast istotnych różnic w poziomie doświadczanej przemocy między kobietami a mężczyznami. W przypadku molestowania seksualnego istotny okazał się stan cywilny – najbardziej narażone na tę formę przemocy były osoby rozwiedzione i w separacji. Kluczowe znaczenie miał też rodzaj sklepu, w którym badani byli zatrudnieni – pracownicy średnich supermarketów w największym stopniu doświadczaali zarówno molestowania seksualnego, przemocy fizycznej ze strony innych pracowników, jak i agresji ze strony klientów. Ponadto osoby zatrudnione na niepełny etat częściej doświadczały przemocy fizycznej wewnątrz organizacji.

Powyższe wyniki stanowią niejako potwierdzenie dla danych GUS⁶, z których wynika, że 11 tys. pracowników zatrudnionych w sektorze handlu jest narażonych na przemoc w miejscu pracy, a co najmniej 14 tys. na nękanie lub zastraszanie.

Organizacyjne czynniki ryzyka występowania przemocy w pracy

Przyczyny przemocy w pracy mogą być różne i wiążą się zarówno z czynnikami społecznymi, organizacyjnymi, grupowymi, jak i indywidualnymi. Na poziomie organizacji, istotną rolę odgrywa środowisko pracy i specyficzne sytuacje, które

⁶ Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą*, Warszawa 2014.

towarzyszą wykonywanym zawodom, np. praca w samotności, praca w nocy, ochrona ludzi lub cennych przedmiotów, kontakt z osobami znajdującymi się pod wpływem silnego stresu (np. w szpitalu), praca w środowisku o znacznym nasileniu przemocy (np. w szkole).

Wielu ekspertów⁷ podkreśla, że źródła przemocy tkwią przede wszystkim w organizacji pracy i stylu przywództwa, jaki panuje w miejscu pracy. Takie czynniki środowiska pracy, jak: konflikt ról, niejasność ról, zbyt duże wymagania, zmiany organizacyjne, niepewność pracy, małe zadowolenie ze stylu przywództwa, negatywny lub wrogi klimat społecznego mogą bezpośrednio, jak i pośrednio – poprzez wytwarzanie stresującej atmosfery w pracy – wpływać na pojawienie się przemocy w organizacji. Analiza danych uzyskanych w czwartym sondażu europejskim ESWC⁸ pozwoliła wyodrębnić następujące czynniki organizacyjne, które przyczyniają się do występowania mobbingu: niski poziom autonomii, duża intensywność pracy (krótkie terminy realizacji zadań, praca w bardzo dużym tempie), a także praca, podczas której osoby muszą często kontaktować się z klientami, interesantami i innymi osobami spoza organizacji⁹.

Wyniki badań przeprowadzonych w poszczególnych krajach UE¹⁰ pokazują, że występowanie przemocy w pracy, szczególnie mobbingu jest również zależne od grupy zawodowej lub sektora. Dla przykładu badania fińskie pozwalają stwierdzić, że mobbing pojawia się częściej tam, gdzie istnieje duża presja czasu, a także brakuje dyskusji między podwładnymi i przełożonymi na temat bieżących problemów związanych z pracą¹¹. Z kolei badania przeprowadzone wśród pracowników francuskich pokazały, że wrogie zachowania

pojawiają się częściej w organizacjach, w których podwładni spotykają się z wysokimi wymaganiami szefa przy jednoczesnej konieczności pracy w szybkim tempie¹². Najczęściej przytaczanymi w literaturze czynnikami organizacyjnymi, które mogą sprzyjać istnieniu mobbingu, są: konflikty między kierownictwem, niestabilna atmosfera w pracy, problemy z organizacją pracy, demotywność zespołów pracowniczych, lekceważenie zasad sprawiedliwości organizacyjnej i brak szacunku wobec pracowników¹³.

Mówiąc o przyczynach przemocy w miejscu pracy należy także podkreślić szczególną rolę zmian, jakie zachodzą na rynku pracy. W ich wyniku większość przedsiębiorstw jest w trakcie nieustannych przekształceń bądź też zmagają się z ich efektami. Zewnętrzna presja (np. globalizacja czy kryzys gospodarczy) zmuszają przedsiębiorstwa do restrukturyzacji i redukcji. W rezultacie pracownicy na wszystkich szczeblach organizacji – zarówno sektora publicznego, jak i prywatnego – odczuwają większe obciążenie pracą, a jednocześnie nie mają poczucia gwarancji ciągłości zatrudnienia¹⁴. Jednocześnie przełożeni często wymagają od podwładnych dłuższych godzin pracy i przejawiają autokratyczne zachowania, a niekiedy wręcz stosują przemoc, aby wyegzekwować od pracowników założoną produktywność.

Z kolei badania nad przemocą w pracy w różnych sektorach, które zostały przeprowadzone w Nowej Zelandii¹⁵, pokazują, jakie czynniki (indywidualne, organizacyjne i środowiskowe) są główną przyczyną omawianego zjawiska. Autorzy wymieniają następujące czynniki, które badani pracownicy wskazali jako kluczowe:

- czynniki indywidualne (ze strony sprawcy) – sposób komunikowania się z innymi osobami,

⁷ Zob. S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, C.L. Cooper, *The concept of bullying at work* [w:] ed. S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, C.L. Cooper, *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace*, London 2003, s. 3–30.

⁸ Fourth European Survey on Working Conditions (ESWC), European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin 2006, <http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm>.

⁹ J. Hurley, S. Riso, *Women and violence at work*, Dublin 2008.

¹⁰ B. Holubová, *Mobbing and sexual harassment at the workplace*, 2007, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2007/09/SK07090191.htm>.

¹¹ A. Letho, *Increase in workplace bullying over past ten years*, 2009, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2009/10/FI09100191.htm>.

¹² A. Nicot, *Rise in psychosocial risk factors at the workplace*, 2009, http://www.eurofound.europa.eu/ewco/survey-reports/FR0909019D/FR0909019D_2.htm za: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Physical and psychological violence at the workplace*, Dublin 2010.

¹³ R. Zabarauskaite, *Bullying in the workplace*, 2006, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2006/07/LT06070591.htm>.

¹⁴ M.B. Stewart, J.K. Swaffield, *Constraints on the desired hours of work of British men*, „The Economic Journal” 1997, vol. 107, s. 520–535.

¹⁵ T. Bentley, D. Forsyth, D. Tappin, B. Catley, *Report on the 2011 New Zealand Workplace Violence Survey*, 2011, <http://www.massey.ac.nz/massey/learning/departments/school-of-management/research>.

nadużywanie alkoholu i stosowanie narkotyków, zaburzenia psychiczne lub doświadczanie silnego stresu;

- czynniki organizacyjne – ciągły i bezpośredni kontakt z klientami, nieskuteczny system komunikacji w organizacji, presja czasu, nadmierne obciążenie pracą, niewystarczająca ochrona pracowników, nieadekwatny system zarządzania bezpieczeństwem;
- czynniki środowiskowe – złe rozplanowanie budynku, w którym pracują badani, stały kontakt z pieniędzmi i konieczność ich bezpiecznego przechowywania, otoczenie, w jakim usytuowana jest praca (np. niebezpieczna dzielnica).

Specyficzne czynniki ryzyka występowania przemocy w sektorze handlu

Cechą charakterystyczną dla pracy wykonywanej przez znaczną część pracowników sektora handlu detalicznego jest bezpośredni kontakt z klientami. Czynnikiem ten znacznie podnosi ryzyko doświadczenia przemocy zewnętrznej w miejscu pracy (zarówno psychicznej, jak i fizycznej)¹⁶. Powód takiej przemocy jest złożony. Praca sprzedawcy wiąże się z koniecznością obsługiwanie dużej liczby klientów, stąd rośnie prawdopodobieństwo, że pracownicy będą mieli kontakt z osobami, które np. mają zaburzenia psychiczne albo są pod wpływem środków odurzających i zachowują się agresywnie. Taka przypadkowa agresja jest bardzo trudna do przewidzenia i może prowadzić do poważnych incydentów. Co prawda, agresywne zachowanie może zostać także sprowokowane przez niską jakość obsługi, np. lekceważące zachowanie pracownika, może być również ogólnym atakiem na określoną organizację, która – zdaniem klienta – nie zaspokoiła jego oczekiwań.

Badania dotyczące organizacyjnych przyczyn mobbingu realizowane w CIOP-PIB w latach 2008–2010¹⁷ objęły m.in. tych pracowników,

którzy mają stałą styczność z klientami. Szczególnie cenne wydają się informacje uzyskane od respondentów z tej grupy podczas wywiadów fokusowych. Dyskusja grupowa pozwoliła na identyfikację najważniejszych dla respondentów źródeł przemocy występujących na poziomie organizacji. Pierwszym z tych czynników był styl przywództwa praktykowany w miejscu pracy. Za problematyczne badani wskazywali takie zachowania przełożonego, które są zależne od jego humoru i samopoczucia, gdyż odbijają się one na podwładnych (np. dostają oni sprzeczne komunikaty). Dla respondentów ważną okazała się również empatia ze strony przełożonego i niemarginalizowanie ważnych dla nich kwestii.

Drugim najczęściej wymienianym czynnikiem było nadmierne obciążenie pracą, której pracownicy nie byli w stanie wykonać zgodnie z terminem, co skutkowało pozbawieniem ich premii. Co istotne, grupa ta, jako ważne źródło mobbingu, wskazała również stałą konieczność bezpośredniego kontaktu z klientami lub interesantami. W skrajnych przypadkach taki kontakt z „trudnym klientem” wywoływał u nich obawę o własne bezpieczeństwo i życie. Jak podkreślali respondenci, ten aspekt ich pracy często generuje silny stres, który z kolei może prowadzić do agresji wymierzonej w stronę współpracowników. Negatywne zachowania klientów i interesantów wymieniane przez pracowników, to niecenzuralne słownictwo, krzyki oraz obelgi i groźby pod ich adresem. Badani przyznawali również, że w takich sytuacjach znajdowali się zazwyczaj na przegranej pozycji, zgodnie z zasadą „klient ma zawsze rację”.

Przedstawiciele związków zawodowych zrzeszających pracowników handlu w Polsce, m.in. Sekcji Krajowej Pracowników Handlu NSZZ „Solidarność”, wśród najczęstszych obciążeń psychospołecznych w ich branży wymieniali stres, mobbing, ponadnormatywne obciążenie pracą oraz niskie wynagrodzenia¹⁸.

Potwierdzają to badania przeprowadzone w 2008 r. przez Stowarzyszenie KARAT wśród pracownic supermarketów w Krakowie, Olsztynie, Tychach i Warszawie. Wyniki tych badań pokazują, że prawa pracowników supermarketów

¹⁶ D. Chappell, V. Di Martino, *Violence at work*, Geneva 1998.

¹⁷ M. Warszevska-Makuch, *Sprawozdanie z 3 etapu zadania nr 4.S.36: Opracowanie narzędzia do oceny ryzyka wystąpienia mobbingu w organizacji*, CIOP-PIB 2010 [materiały niepublikowane].

¹⁸ NSZZ „Solidarność”, *Stres i mobbing to najczęstsze problemy pracowników branży handlowej*, 2012, <http://www.dlahandlu.pl/handel-wielkopowierzchniowy/wiadomosci/stres-i-mobbing-to-najczestsze-problemy-pracownikow-branzy-handlowej,19690.html>.

są łamane, a obecny system ich ochrony zawodzi. Problem dotyczy przede wszystkim kobiet, bo stanowią one około 90% osób zatrudnionych w supermarketach. Do najczęstszych form mobbingu należało karanie dochodzących swoich praw pracowników niekorzystnym grafikiem pracy. Badani pracownicy mówili również o groźbach utraty pracy i trudnościach w uzyskaniu przysługującego im urlopu. Ponadto pracownicy hipermarketów podkreślali, że dotkliwym problemem są braki kadrowe, które powodują nadmierne obciążenie pracą przy jednoczesnym braku wzrostu wynagrodzeń. Jak podkreślają autorzy badań, najwięcej przypadków łamania praw pracowniczych miało miejsce w supermarketach średniej wielkości i dyskontach spożywczych. W stosunkowo lepszej sytuacji byli pracownicy największych placówek (hipermarketów). Rzadziej spotykali się oni np. ze zjawiskiem „podwójnych grafików”.

Mając na uwadze, iż znaczną część pracowników sklepów wielkopowierzchniowych stanowią kobiety, warto przytoczyć tutaj wnioski, jakie przedstawiono w raporcie na temat źródeł przemocy w pracy w stosunku do kobiet. Autorzy raportu¹⁹ zastanawiają się, dlaczego kobiety (szczególnie te zatrudnione na najniższych szczeblach organizacji, np. kasjerki super i hipermarketów) tak często „tolerują” stosowaną wobec nich przemoc i pozostają bierne. Autorzy wymieniają kilka kluczowych czynników, które mogą być przyczyną takiej postawy:

- Strach przed utratą pracy – wiele kobiet podawało właśnie taki powód swojej bierności. Inne przyznawały, że nie chcą być postrzegane w miejscu pracy jako osoby problematyczne.
- Przemoc stanowi normalną część pracy – część kobiet uważała, że nie da się uniknąć przemocy, gdyż stanowi ona nieodłączną część pracy lub jest wręcz wpisana w kulturę organizacyjną zakładu. Dlatego przeciwdziałanie jej (choćby przez zgłoszenie problemu przełożonym) nie przyniesie żadnego efektu. Niektóre kobiety, np. imigrantki z uboższych krajów, nie zdawały sobie nawet sprawy z tego, że mają prawo złożenia oficjalnej skargi i postrzegały doświadczanie przemocy jako normalną część swojej pracy.

¹⁹ Union Research Centre on Organisation and Technology (URCOT), *Safe at Work? Women's Experience of Violence in the Workplace*, Summary report of research, Melbourne 2005.

- Przemoc jest tematem tabu – część kobiet może wstydzić się tego, że jest ofiarą przemocy, szczególnie w przypadku takiej jej formy jak molestowanie seksualne. Niektóre kobiety przyznawały, że ich bierność jest spowodowana obawą przed obwinianiem ich samych za wystąpienie molestowania seksualnego (prowokowanie sprawcy). Inne utrzymywały, że nie chcą „wywoływać dramatu” bądź nie wiedzą, jakie wsparcie mogłyby otrzymać w zakładzie.
- Brak zaufania do systemu – w wielu przypadkach kobiety niechętnie zgłaszały problem przemocy, ponieważ żywiły małe zaufanie do systemu, jaki panuje w organizacji. Niektóre z nich odwoływały się do wcześniejszych doświadczeń, kiedy przełożony miał świadomość występowania takiego problemu w miejscu pracy, ale nie podejmował żadnych działań, aby go rozwiązać. Szczególnie trudna stawała się sytuacja, w której to przełożony był sprawcą przemocy, a pozostali pracownicy obawiali się świadczyć na korzyść ofiary²⁰.

Metody oceny poziomu przemocy w miejscu pracy

Zbieranie informacji dotyczących występowania zjawiska przemocy oraz ryzyka jej pojawienia się w określonej organizacji jest możliwe przy użyciu różnorodnych metod. Kluczowe są tu informacje od samych pracowników uzyskane na drodze badań ankietowych, wywiadów indywidualnych czy też dyskusji grupowych (tzw. *focus groups*). Informacje te powinny dotyczyć:

- organizacyjnych i środowiskowych czynników ryzyka przemocy, jakie identyfikują pracownicy;
- osobistych doświadczeń pracowników w zakresie stykania się z przemocą w miejscu pracy;
- grup zawodowych, zajęć bądź lokalizacji, w których pojawienie się przemocy jest wysoce prawdopodobne;
- efektywności stosowanych procedur i szkoleń, które służą przeciwdziałaniu przemocy w pracy.

²⁰ *Ibidem*.

Kolejną metodą jest przeglądanie i analizowanie dokumentacji przedstawiającej poszczególne przypadki przemocy, z którymi zetknęli się pracownicy. Niezwykle cenna jest również analiza raportów zawierających wskaźniki absencji chorobowej, produktywności, zwolnień z pracy, rotacji, liczby wypadków czy innych stale mierzonych w organizacji elementów. Istotny wydaje się również kontakt z innymi firmami należącymi do tej samej branży czy sektora, które stykają się z podobnymi zagrożeniami. Pozwala to na wymianę informacji i doświadczeń w identyfikacji problemu przemocy i radzeniu sobie z nim. Ważne jest także śledzenie ogólnych trendów dotyczących ryzyka przemocy w określonych sektorach, grupach zawodowych, np. analiza raportów GUS.

Sposoby przeciwdziałania przemocy w pracy

Przemoc w miejscu pracy nie jest problemem dotyczącym jedynie jednostek, lecz zjawiskiem strukturalnym, wynikającym z warunkowań społecznych, ekonomicznych, kulturowych i organizacyjnych. Z tego powodu przeciwdziałanie przemocy w pracy powinno dotyczyć raczej przyczyn niż skutków i koncentrować się na jej zapobieganiu poprzez systematyczne działania, w które włączone będą wszystkie zainteresowane strony. W przeszłości przemoc w miejscu pracy postrzegana była jako zjawisko, które należy zwalczać w momencie jego wystąpienia. Obecne podejście do tego problemu ma charakter prewencyjny, skupia się na długofalowej eliminacji nie skutków, lecz przyczyn. Zdaniem Światowej Organizacji Pracy²¹, ważnym elementem strategii przeciwdziałania przemocy w miejscu pracy są programy antyprzemocowe skierowane do wszystkich pracowników.

Efektom wyżej przedstawionych postulatów była debata społeczna, która zaowocowała podpisaniem w 2007 r. Europejskiego porozumienia ramowego dotyczącego nękania

i przemocy w pracy (European Social Dialogue, 2007) między partnerami europejskimi, czyli przedstawicielami pracodawców, pracowników i związków zawodowych. Celem tego porozumienia jest podniesienie poziomu świadomości i zrozumienia problematyki przemocy, a także wyposażenie pracodawców, pracowników i ich przedstawicieli w ramy działania umożliwiające zidentyfikowanie tego problemu, zapobieganie mu i jego rozwiązywanie.

Obecny poziom prewencji i interwencji w zakresie przemocy w miejscu pracy jest zróżnicowany w zależności od kraju UE. Zasadniczo to pracodawca, jako osoba odpowiedzialna za zdrowie i bezpieczeństwo pracowników, powinien inicjować działania mające na celu przeciwdziałanie przemocy w miejscu pracy. Jednakże badania, przeprowadzone m.in. w Holandii²², pokazują, że większe przedsiębiorstwa częściej zlecają takie działania osobom spoza organizacji, np. zewnętrznym konsultantom. Oznacza to, że rola przełożonego w tym zakresie słabnie, co, jak podkreślali sami badani pracownicy, nie jest do końca zjawiskiem pozytywnym. Wyniki omawianych badań pokazują także, że działania prewencyjne są częściej wdrażane przez większe organizacje. Chociażby kodeks postępowania wyznaczającego zasady zachowania pomiędzy współpracownikami i klientami wprowadziło tylko 40% małych przedsiębiorstw, za to 60% dużych (zatrudniających ponad 200 osób). W niektórych krajach, m.in. w Belgii, podczas rozstrzygania sporów i rozpatrywania poszczególnych przypadków przemocy, pracodawcy korzystają z usług zewnętrznego mediatora. Zwraca się także uwagę, że pomimo istniejących regulacji prawnych, kampanii i wielu szkoleń nadal w żadnym kraju UE nie są przeprowadzane systematycznie ewaluowane interwencje. Taka ewaluacja i kontrola wprowadzanych do organizacji interwencji oraz rozpowszechnianie przykładów dobrych praktyk przeciwdziałających przemocy pozwoliłyby ocenić, jakie narzędzia i metody są skuteczne. Niestety, jak podkreśla Europejska Fundacja na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy²³,

²¹ International Labour Organization (ILO), *Bureau for Gender Equality, decent work for women*, Geneva 1999, <http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender>.

²² S. Leka, T. Cox, *The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF)*, Nottingham 2008, <http://www.prima-ef.org>.

²³ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *op. cit.*

powyższe działania nie są dokonywane w Europie systematycznie. Dodatkowo brakuje szkoleń poświęconych radzeniu sobie przez pracowników z przemocą (zewnętrzną i wewnętrzną).

Pomimo różnych trudności, obecnie można już odnotować liczne działania na poziomie europejskim, które przyczyniły się do lepszego rozumienia i wyjaśniania zjawiska przemocy w pracy: publiczne debaty, nowe ustawodawstwo, pionierskie działania sądów, opracowanie wspólnego porozumienia ramowego oraz inicjatywy podejmowane przez instytucje europejskie i partnerów społecznych. Jednocześnie badacze kontynuują swoje wysiłki, aby kontrolować występowanie przemocy w pracy i sprawdzać, w jakim stopniu kształtują to zjawisko różnice kulturowe, lingwistyczne i kontekstowe.

Eksperti projektu PRIMA-EF²⁴ podkreślają, że wyjściowym punktem wszelkich działań ukierunkowanych na walkę z przemocą jest przyjęcie zasady „zero tolerancji dla przemocy w miejscu pracy”, zarówno na poziomie społecznym, jak i organizacyjnym. Stąd przedsiębiorstwa powinna cechować taka kultura organizacyjna, która nie daje przyzwolenia na różne negatywne działania, a także posiada odpowiednie programy prewencyjne. By powyższy postulat mógł być zrealizowany, przedsiębiorstwa potrzebują odpowiedniej wiedzy, narzędzi i wsparcia. Ważne jest również kształtowanie społecznej odpowiedzialności biznesu w zakresie zapobiegania przemocy w miejscu pracy. Polityka antyprzemocowa powinna być elementem wprowadzanej przez biznes polityki demokracji, etyki i równości w miejscu pracy. To przede wszystkim pracodawcy powinni odgrywać kluczową rolę w ochranianiu pracowników przed przemocą.

Niestety nadal inicjatywy w zakresie przeciwdziałania przemocy w pracy są podejmowane zdecydowanie częściej w krajach „starej piętnastki” Unii Europejskiej. Nowe kraje, w tym również Polska, mają znacznie mniejszy dostęp do informacji na ten temat. Główny powód małej liczby takich inicjatyw na poziomie narodowym bądź sektorowym w tych krajach to przede wszystkim brak odpowiednich narzędzi oraz metod oceny i zarządzania problemem przemocy w pracy.

²⁴ S. Leka, T. Cox, *op. cit.*

Z tego względu eksperci²⁵ wymieniają następujące priorytety w zakresie przeciwdziałania przemocy w pracy:

- wdrażanie do organizacji polityki i kodeksu antymobbingowego zawierającego jasne procedury prewencji i radzenia sobie z przemocą psychiczną wewnątrz organizacji;
- dostarczanie małym przedsiębiorstwom skutecznych narzędzi do walki z mobbingiem;
- wprowadzanie do organizacji kodeksu postępowania oraz planu kryzysowego, które umożliwiałyby prewencję i zarządzanie przemocą zewnętrzną w tych firmach, gdzie wystąpienia przemocy ze strony osób trzecich (klientów, pacjentów itp.) jest wysokie;
- prowadzenie dalszych badań służących identyfikacji czynników organizacyjnych, które mogą zwiększać ryzyko pojawienia się przemocy w organizacji, co pozwoli na opracowanie narzędzi, które umożliwią efektywne przeciwdziałanie temu zagrożeniu na różnych jego etapach.

Należy również zauważyć, że często sektory charakteryzujące się wysokimi wskaźnikami przemocy psychicznej prezentują jednocześnie wysokie wskaźniki przemocy fizycznej. Pozwala to sądzić, że różne formy przemocy często nakładają się na siebie. To z kolei skłania do wniosku, że w radzeniu sobie z różnymi formami przemocy w organizacji efektywniejsze będzie zintegrowane, wielopoziomowe podejście, które uwzględni strategię zarówno pierwszorzędowe (np. wprowadzanie polityki antymobbingowej, ulepszanie kultury organizacyjnej), drugorzędowe (np. wprowadzanie procedur radzenia sobie z przypadkami przemocy), jak i trzeciorzędowe (np. prowadzenie programów rehabilitacji ofiar i ich powrotu do pracy).

W wybranych sektorach czy grupach zawodowych, dominującym rodzajem przemocy jest przemoc ze strony osób trzecich – klientów, pacjentów czy uczniów – czyli przemoc zewnętrzna. Eksperti podkreślają, że zapobieganie jej powinno opierać się przede wszystkim na szkoleniu pracowników na temat tego, jak radzić sobie z agresją i wrogością klientów. Dlatego wiele organizacji w krajach UE posiada odrębną politykę dotyczącą prewencji i zarządzania przemocą ze strony osób trzecich.

²⁵ *Ibidem.*

Z kolei wśród kluczowych działań, jakie należy podjąć, aby zapobiegać molestowaniu seksualnemu i radzić sobie z tym problemem, specjaliści wymieniają:

- zmianę kultury organizacyjnej na taką, w której kwestie molestowania są traktowane poważnie;
- dostarczanie nowo przyjętym pracownikom informacji na temat molestowania seksualnego oraz regularne szkolenia prowadzone dla „starych” pracowników;
- zarządzanie wsparciem społecznym w organizacji;
- wyznaczenie w organizacji zaufanych osób, niezwiązanych bezpośrednio z kierownictwem, do rozpatrywania przypadków molestowania;
- wprowadzenie procedur postępowania w razie wystąpienia w organizacji przypadków molestowania;
- opracowanie w organizacji polityki przeciwko molestowaniu seksualnemu.

Magdalena Warszewska-Makuch

Piśmiennictwo

1. Bentley T., Forsyth D., Tappin D., Catley B., *Report on the 2011 New Zealand Workplace Violence Survey*, 2011, <http://www.massey.ac.nz/massey/learning/departments/school-of-management/research>.
2. Chappell D., Di Martino V., *Violence at work*, Geneva 1998.
3. Einarsen S., Hoel H., Zapf D., Cooper C.L., *The concept of bullying at work* [w:] ed. S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, C.L. Cooper, *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace*, London 2003, s. 3–30.
4. European Agency for Safety and Health at Work (EASHW), *Gender issues in safety and health at work*, Luxembourg 2003.
5. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Physical and psychological violence at the workplace*, Dublin 2010.
6. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, *Fourth European Survey on Working Conditions*, Dublin 2006, <http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm>.
7. European Social Dialogue, *Framework Agreement on Harassment and Violence at Work*, 2007, http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/apr/harassment_violence_at_work_en.pdf.
8. Fourth European Survey on Working Conditions (ESWC), European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin 2006, <http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm>.
9. Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą*, Warszawa 2014.
10. Holubová B., *Mobbing and sexual harassment at the workplace*, 2007, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2007/09/SK07090191.htm>.
11. Hurley J., Riso S., *Women and violence at work*, Dublin 2008.
12. International Labour Organization (ILO), *Bureau for Gender Equality, decent work for women*, Geneva 1999, <http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender>.
13. Leka S., Cox T., *The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF)*, Nottingham 2008, <http://www.prima-ef.org>.
14. Letho A., *Increase in workplace bullying over past ten years*, 2009, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2009/10/FI09100191.htm>.
15. Milczarek M., Vartia M., Pahkin K. i in., *Workplace violence and harassment: a European picture*, Luxembourg 2010.
16. Nicot A., *Rise in psychosocial risk factors at the workplace*, 2009, http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveyreports/FR0909019D/FR0909019D_2.htm.
17. NSZZ „Solidarność”, *Stres i mobbing to najczęstsze problemy pracowników branży handlowej*, 2012, <http://www.dlahandlu.pl/handel-wielkopowierzchniowy/wiadomosci/stres-i-mobbing-to-najczestsze-problemy-pracownikow-branzy-handlowej,19690.html>.
18. Stewart M.B., Swaffield J.K., *Constraints on the desired hours of work of British men*, „The Economic Journal” 1997, vol. 107, s. 520–535.
19. Union Research Centre on Organisation and Technology (URCOT), *Safe at Work? Women's Experience of Violence in the Workplace*, Summary report of research, Melbourne 2005.
20. Warszewska-Makuch M., *Ocena źródeł i skutków wybranych form przemocy wśród pracowników sektora handlu*, Warszawa 2016.
21. Warszewska-Makuch M., *Sprawozdanie z 3 etapu zadania nr 4.S.36: Opracowanie narzędzia do oceny ryzyka wystąpienia mobbingu w organizacji*, CIOP-PIB 2010, [materiały niepublikowane].
22. Zabaraukaite R., *Bullying in the workplace*, 2006, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2006/07/LT06070591.htm>.

Molestowanie seksualne w pracy i okolicznościach związanych z pracą

Molestowanie seksualne w pracy – niektórzy mówią, że to problem marginalny, niewarty uwagi, inni zauważają, że krzywdzące zachowania dotyczące seksualności bądź płci pracownika nasilają się i wymagają poważnego zajęcia się tym tematem. Lecz jak to zrobić?

Wstęp

Już same rozmowy dotyczące tak intymnej sfery, jak seksualność czy płeć, nie należą do łatwych. Dzieje się tak z kilku powodów. Po pierwsze, wciąż nie posługujemy się poprawnie językiem opisującym naszą seksualność, po drugie, żyjemy w świecie stereotypów, fałszywych przekonań dotyczących odpowiedzialności za wykroczenia seksualne. Osoby, które kiedykolwiek doświadczyły niechcianych zachowań o charakterze seksualnym czy wręcz przemocy seksualnej, ukrywają się, żyją w cieniu irracjonalnego wstydu i obrzydzenia do siebie samych, mimo że niczemu nie zawiniły. Natomiast

sprawcy molestowania seksualnego najczęściej bagatelizują swoje występki, czynią je przedmiotem pikantnych opowieści, w których ofiary stają się trofeami potwierdzającymi kunszt myślowego. Sprawcy – mężczyźni – zwykle spotykają się z wyrozumiałością otoczenia, przejawiającą się choćby w powiedzeniu „mężczyźni już tacy są”, podczas gdy kobiety – obiekty niepożądanego zainteresowania seksualnego – są krytykowane, piętnowane, podejrzewane o seksualne prowokacje. W powszechnym mniemaniu jest z nimi „coś nie tak”, bo porządna kobieta nie dopuściłaby do takiej sytuacji. Gdzieś głęboko w zakamarkach naszego społecznego umysłu funkcjonuje mit Wandy, co Niemca nie chciała i w swej determinacji woląta się rzucić w głęboki nurt Wisły.

Zapisy Kodeksu pracy dotyczące molestowania seksualnego

Art. 18^{3a} § 1.

Pracownicy powinni być równo traktowani w zakresie nawiązania i rozwiązania stosunku pracy, warunków zatrudnienia, awansowania oraz dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, w szczególności bez względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także bez względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Art. 18^{3a} § 6.

Dyskryminowaniem ze względu na płeć jest także każde niepożądane zachowanie o charakterze seksualnym lub odnoszące się do płci pracownika, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności pracownika, w szczególności stworzenie wobec niego zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery; na zachowanie to mogą się składać fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy.

Chcąc poważnie rozmawiać o molestowaniu seksualnym, musimy odrzucić także romantyczną ułudę godności jako wartości nadrzędnej, która wymaga największych poświęceń. Na godność musi być nas stać. W większości przypadków godność przegrywa z głodem, lękiem o zdrowie bliskich, kredytem w banku, bezrobociem i brakiem środków do życia. Uwikłanie w społeczne i ekonomiczne zależności sprawia, że możemy czuć się bezradni jak dziecko wobec przemocy stosowanej przez kogoś, kto posiada choćby trochę więcej władzy od nas samych. Warto podkreślić, że głównym motywem molestowania seksualnego nie jest popęd seksualny, ale potrzeba dominacji nad drugim człowiekiem.

Czym jest molestowanie seksualne

Intuicyjnie czujemy, że jest to akt przemocy dotyczącej sfery seksualności człowieka. Jednak zakres zachowań, które mogą być nazwane molestowaniem seksualnym, zależy zarówno od tradycji kulturowej danego społeczeństwa, jak i od indywidualnej oceny osoby, która jest adresatem tych zachowań.

wymierzone w ofiarę – mające charakter upokarzającej zaczepki¹.

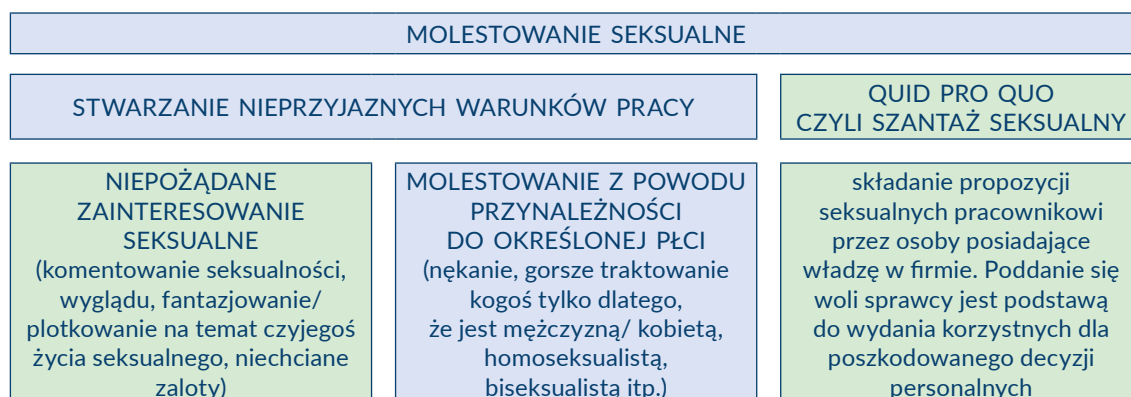
Molestowanie seksualne to nie tylko działania i zachowania dotyczące seksualności osoby – to także tzw. stwarzanie nieprzyjaznych lub wrogich warunków pracy (schemat 1).

Stwarzanie nieprzyjaznych warunków pracy obejmuje dwie grupy zachowań:

- 1) niepożądane zainteresowanie seksualne
 - komentarze typu: „bardzo lubię na ciebie patrzeć, jesteś taka apetyczna”, „znowu jest zły – pewnie problemy z seksem małżeńskim”, „powinnaś się inaczej ubierać, by wyeksponować swoje kształty”,
 - plotki i aluzje: „on jest jak pies na baby”, „ona ma wielu kochanków i ciągle jej mało”, „gdybyś znalazła sobie faceta, inaczej by się z tobą rozmawiało”;
- 2) molestowanie ze względu na przynależność do danej płci: „kobieta w twoim wieku powinna zajmować się mężem i dziećmi, a nie marzyć o karierze”, „kawa parzona przez mężczyznę mi nie smakuje, wolę kobietę na tym stanowisku”, „kobiety są zbyt emocjonalne – potrzebuję konkretnego męskiego zespołu”.

Nie można stworzyć wyczerpującej listy zachowań o charakterze molestowania seksualnego. Jak zaznaczyłam wcześniej, to, co zostanie uznane za molestowanie, zależy od

Schemat 1. Typologia molestowania seksualnego



Za molestowanie seksualne w pracy uznaje się zachowania o podłożu seksualnym godzące w godność kobiety lub mężczyzny, w szczególności zachowania przełożonych i współpracowników, które są niepożądane (niechciane, niemiłe widziane, powodujące dyskomfort fizyczny lub psychiczny) i niestosowne (nierozsądne, nie na miejscu, niedorzeczne), a jednocześnie

kultury, w jakiej wzrastaliśmy, i naszej indywidualnej wrażliwości. Mimo tego poniżej przedstawiam propozycję takiej listy, odzwierciedlającej europejskie podejście do molestowania seksualnego.

¹ Deklaracja Rady Europy 92/C 27/01 z dnia 19 grudnia 1991 r.

Tabela 1. Przykłady zachowań o charakterze molestowania seksualnego

Zachowania niewerbalne	Kontakt słowny	Kontakt fizyczny
Uporczywe gapienie się, wpatrywanie się w kogoś lub w określone części jego ciała (biust, krocze itp.)	Odnoszenie się do pracowników/ współpracowników typu: chłopcze, serduszko, słonko, kochanie, zrób herbatę	Dotykanie kogoś
Taksowanie kogoś wzrokiem (przeciągłe spojrzenia z góry na dół)	Komentarze o podtekście seksualnym na temat czyjegoś ciała, wyglądu (również komplementy)	Przedłużanie kontaktu fizycznego przy powitaniach (np. przytrzymywanie dłoni)
Oblizywanie się, cmokanie itp. na widok kogoś	Insynuacje o charakterze seksualnym (sugerowanie, że ktoś coś robi lub nie robi)	Próby głaskania, masowania pleców, klepanie po pośladkach
Pokazywanie gestów i mimiki o charakterze seksualnym	Opowiadanie naseksualizowanych żartów, historii i rozpowszechnianie ich elektronicznie	Próby przytulania, całowania, pieszczenia, dotykanie miejsc intymnych
Ciągłe chodzenie za kimś	Zadawanie pytań o doświadczenia i preferencje seksualne	Ocieranie się o drugą osobę
Stawanie bardzo blisko kogoś	Napastliwe komplementowanie wyglądu i innych cech niezwiązanych z pracą	Dotykanie siebie na widok drugiej osoby, udawanie podniecenia seksualnego
Blokowanie drogi	Prowokacje o charakterze seksualnym, np. poproszenie pracownicy o ściągnięcie dokumentów z górnej półki, by móc zajrzeć jej pod spódnicę	Przyciąganie do siebie, dociskanie ciałem do ściany, biurka itp.
Prezentowanie obrazów o wymowie seksualnej (kalendarze, memy, zdjęcia, rysunki, filmy itp.)	Natarczywe próby umówienia się na spotkanie poza pracą, propozycje seksualne (również elektronicznie)	Ciągnięcie za odzież, bawienie się czyimiś włosami
Dawanie niechcianych, osobistych prezentów	Rozsiewanie plotek na temat życia seksualnego innych osób	Stosowanie przymusu seksualnego

Źródło: D. Merez-Kot, *Mobbing, dyskryminacja i molestowanie seksualne. Poradnik dla pracowników ZUS*, Warszawa 2018.

Nieporozumienia związane z reakcjami na molestowanie seksualne – społeczny odbiór poszkodowanych

Osoba molestowana może szukać ochrony prawnej w sądzie, na podstawie przepisów prawa pracy, prawa cywilnego lub prawa karnego.

Istnieje wiele stereotypów na temat osób, które doświadczyły molestowania seksualnego. Stereotypy te w większości dotyczą kobiet, które najczęściej są ofiarami molestowania, i odzwierciedlają tradycyjny, męski punkt widzenia. Zakłada on, że wyłączną odpowiedzialność za wiktymizację ponosi kobieta. Innymi słowy, to ona jest sama sobie winna – powinna się inaczej ubierać, inaczej zachowywać, wyprzedzać potencjalne zagrożenie i dzielnie bronić się przed atakiem ze strony molestanta; prędzej umrzeć, niż dać się seksualnie poniżyć. Jednak stereotypowe podejście do kwestii molestowania seksualnego w pracy nie

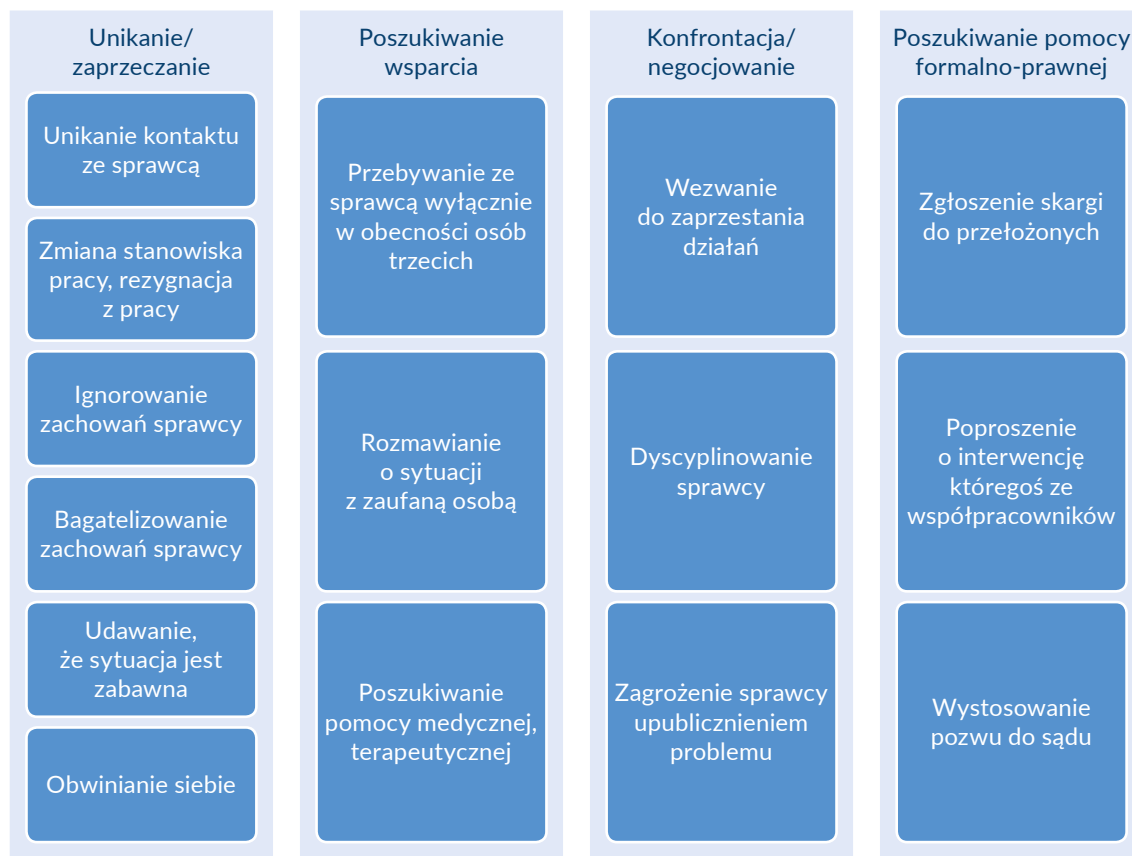
jest wyłącznie domeną mężczyzn – tego typu poglądy podziela też znaczna część kobiet.

Osoby podejmujące refleksję nad molestowaniem seksualnym niezmiennie dziwi fakt, że większość ofiar molestowania seksualnego nie reaguje na nie w sposób wystarczająco stanowczy. W komentarzach na temat opisywanych w mediach przypadków molestowania seksualnego w pracy najczęściej słyszy się uwagi typu: „Mnie to by nigdy nie spotkało lub (alternatywnie) „na jej/jego miejscu zareagowałabym/zare-

Tymczasem z relacji faktycznych ofiar wynika, że aktywny protest nie zdarza się zbyt często².

Na schemacie 2 przedstawione są najbardziej typowe reakcje na molestowanie seksualne. Do najmniej skutecznych, a zarazem występujących najczęściej, zalicza się reakcje z grupy unikania i zaprzeczania. Z kolei poszukiwanie wsparcia wśród współpracowników, przyjaciół i rodziny, mimo że nie prowadzi do zaprzestania molestowania, nieco łagodzi jego psychologiczne konsekwencje.

Schemat 2. Potencjalne reakcje na molestowanie seksualne w pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji *Psychology Applied to Modern Life. Adjustment in 21st Century*, red. W. Weiten, M. Lloyd, D. Dunn, E. Hammer, Belmont 2009, s. 391

agowałabym zdecydowanie i stanowczo, tak żeby sprawcy od razu odechciało się takich zachowań”. Rzeczywiście badania, w których pyta się respondentów o to, jak wyobrażają sobie swoją własną reakcję na molestowanie seksualne przez współpracowników, wskazują, że większość osób wyobraża sobie, że aktywnie sprzeciwia się molestowaniu: protestuje, składa skargi i pozwy do sądu, a nawet stosuje agresję fizyczną wobec sprawcy.

Za najbardziej skuteczne uznaje się aktywne sposoby reagowania – konfrontację ze sprawcą i wniesienie formalnej skargi. Jednak pamiętajmy, że najbardziej skuteczne nie oznacza w tym przypadku 100% skuteczności.

² K. Saunders, C.Y. Senn, *Should I Confront Him? Men's Reactions to Hypothetical Confrontations of Peer Sexual Harassment*, „Sex Roles” 2009, nr 61, s. 399–415.

Tabela 2. Test z autodiagnozą, czy było się mobbingowanym

SPRAWDŹ, CZY CIĘ TO SPOTKAŁO	
Jak często zdarzyło Ci się w aktualnej pracy, że ktoś	
1. Nieustannie epatował Cię wulgarnymi historiami, żartami o podtekście seksualnym, które były dla Ciebie nieprzyjemne?	<input type="radio"/> Nigdy <input type="radio"/> Bardzo rzadko <input type="radio"/> Rzadko <input type="radio"/> Często <input type="radio"/> Bardzo często
2. Nachalnie próbował wciągnąć Cię w dyskusję na tematy seksualne (np. dotyczącą Twojego pożycia seksualnego)?	
3. Robił nieprzyjemne uwagi na temat Twojego wyglądu, ciała, seksualności?	
4. Robił gesty o podtekście seksualnym, które były dla Ciebie zawstydzające lub niestosowne?	
5. Próbował romansować z Tobą mimo że nie byłeś/ byłaś tym zainteresowany/ zainteresowana?	<input type="radio"/> Nigdy <input type="radio"/> Bardzo rzadko <input type="radio"/> Rzadko <input type="radio"/> Często <input type="radio"/> Bardzo często
6. Nalegał na randki, spotkania, narzucał się pomimo Twojej zdecydowanej odmowy?	
7. Dotykał Cię w sposób, który był dla Ciebie nie do przyjęcia?	
8. Próbował Cię przytulić, pocałować etc.?	
9. Pisał maile i smsy, w których traktował Cię jako obiekt seksualny	
10. Obiecywał korzyści w zamian za usługi seksualne?	<input type="radio"/> Nigdy <input type="radio"/> Bardzo rzadko <input type="radio"/> Rzadko <input type="radio"/> Często <input type="radio"/> Bardzo często
11. Szantażował, próbując zmusić do seksu?	
12. Źle Cię traktował, gdy odmówiłeś/ odmówiłaś kontaktów seksualnych?	
13. Traktował cię gorzej ze względu na Twoją płć?	<input type="radio"/> Nigdy <input type="radio"/> Bardzo rzadko <input type="radio"/> Rzadko <input type="radio"/> Często <input type="radio"/> Bardzo często
14. Jawnie gardził przedstawicielami Twojej płci?	
15. Wygłaszał seksistowskie uwagi pod Twoim adresem (np. kobiety powinny siedzieć w domu, a nie pracować, mężczyzna przedszkolanka to gorzej niż baba itp.)?	
16. Utrudniał awans zawodowy ze względu na Twoją płć?	
17. Zwracał się do Ciebie w protekcyjny sposób, również przy innych współpracownikach („chłopcze”, „stoneczko”, „kochanie” itp.)?	
18. Próbował siłą lub podstępem zmusić Cię do uprawiania seksu?	<input type="radio"/> Nigdy <input type="radio"/> Tak, raz <input type="radio"/> Tak, więcej niż raz
19. Dopuścił się gwałtu?	

Sprzeciw jako warunek konieczny uznania zachowania za molestowanie seksualne

„Molestowanie seksualne to każda obraźliwa lub niestosowna uwaga, żart, insynuacja czy komentarz na temat ubioru, fizyczności, wieku, sytuacji rodzinnej danej osoby itp.; protekcyjny lub paternalistyczny stosunek do osoby nacechowany implikacjami seksualnymi uwłaczającymi godności; każde niepożądane zaprosze-

nia czy próby, bezpośrednie lub pośrednie, wraz z groźbami lub bez; każde lubieżne spojrzenie lub inne gesty związane z seksualnością; oraz każdy zbędny kontakt fizyczny jak dotykanie, głaskanie, szczypanie czy napaść”.

Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO), *Equality in employment and occupation: Special survey on equality in employment and occupation in respect of Convention No. 111*, Geneva 1996.

Według obowiązujących wykładni prawnych, „aby zachowanie zostało uznane za molestowanie seksualne, osoba poszkodowana musi

wyrazić swój sprzeciw”. Ale uwaga – pojęcie sprzeciwu jest szersze niż werbalny lub pisemny protest. Jako wyrażenie sprzeciwu są również traktowane takie zachowania, jak: unikanie kontaktu ze sprawcą molestowania, odsuwanie się od sprawcy, wyrywanie się z jego rąk, prośzenie współpracowników o zastępstwo wtedy, gdy sprawca molestowania oczekuje współpracy³. Zatem każdy gest i zachowanie odczytywane w naszej kulturze jako chęć odsunięcia się, oddalenia od drugiej osoby będzie również ważne jak powiedzenie „nie”. Wyjaśnienia sprawcy, że tych gestów nie rozumiał, nie są skuteczne.

Molestowanie seksualne jako rodzaj stresora

Molestowanie seksualne można traktować w kategoriach specyficznego stresora zawodowego⁴, który pojawia się najczęściej w organizacjach, gdzie występuje klimat tolerancji dla prezentowania naseksualizowanych lub seksistowskich czy heteroseksistowskich zachowań. Ów specyficzny klimat organizacyjny charakteryzuje się jawnie komunikowaną akceptacją zachowań o charakterze molestowania seksualnego i niskim poziomem sformalizowania relacji zawodowych – np. nikt nie widzi nic niewłaściwego w otwartym komentowaniu seksualności pracownika w trakcie oficjalnych spotkań („Seksownie pani dziś wygląda!”, „Gdybym miała takiego męża, wiedziałabym, co z nim zrobić!”) lub patrzeniu na jego kompetencje przez pryzmat tradycyjnych stereotypów płciowych („On jako mężczyzna się do tego kompletnie nie nadaje”, do pracowników równych rangą: „Panowie przejrzą dokumenty, a pani

w międzyczasie zejdzie do sklepiku i kupi ciasteczka”).

Co zrobić, jeśli doświadczasz molestowania seksualnego?

- Powiedz „nie” (nie ma znaczenia, czy zrobisz to natychmiast czy dopiero po jakimś czasie potrzebnym na ochłonięcie).
- Jeśli sprawca nie przestaje, odwołaj się do sankcji: „Proszę się tak nie zachowywać, jeśli sytuacja się powtórzy, zgłoszę skargę”.
- Podziel się swoim problemem z najbliższą Ci osobą.
- Gdy w dalszym ciągu sprawca nie zaprzestaje swoich działań, zgłoś skargę.
- Jeśli na skutek działań sprawcy odczuwasz niepokojące objawy emocjonalne lub somatyczne, zgłoś się do lekarza lub psychologa.

Skutki molestowania seksualnego

Molestowania seksualnego nie należy bagatelizować. Jego skutki, zarówno te indywidualne, jaki i organizacyjne, są znaczące. Podobnie jak każda inna forma przemocy międzyludzkiej, molestowanie seksualne negatywnie oddziałuje na stan zdrowia psychicznego i somatycznego osób poszkodowanych. Badania naukowe przynoszą dowody na to, że doświadczenie molestowania prowadzi do zaburzeń nastroju, stanów lękowych, gorszej wydolności psychofizycznej, zaburzeń snu, zaburzeń w sferze życia seksualnego. Niszczy wiarę w siebie, samoocenę, wiarę w bezpieczny świat, co w konsekwencji może prowadzić do prób samobójczych i samobójstw.

Indywidualne skutki molestowania seksualnego

Funkcjonowanie zawodowe:

- zmiana nawyków zawodowych
- częstsza absencja
- mniejsze zaangażowanie w pracę
- zaburzenia koncentracji uwagi
- częstsze błędy w pracy
- przewartościowanie celów i priorytetów zawodowych

³ K. Bogatko, A. Drabarz, K. Śmiszek, *Przeciwko dyskryminacji. Poradnik prawny*, Warszawa 2013, www.rownosc.info (12.07.2018). D. Merez-Kot, *Mobbing, dyskryminacja i molestowanie seksualne. Poradnik dla pracowników ZUS*, Warszawa 2018.

⁴ L.F. Fitzgerald, C.L. Hulin, F. Drasgow, *The antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: An integrated model* [w:] *Job stress in a changing workforce: Investigating gender, diversity, and family issues*, ed. G. Keita, J. Hurrell jr, Washington 1995.

Funkcjonowanie społeczne:

- utrata zaufania do innych
- wycofanie z relacji społecznych
- problemy w związkach

Reakcje emocjonalne:

- szok, przerażenie, pomieszenie
- złość, frustracja
- zakłopotanie, wstyd, poczucie winy
- utrata zaufania do siebie, bezradność, poczucie osamotnienia

Reakcje somatyczne:

- bóle głowy, zaburzenia oddychania
- dolegliwości żołądkowe, wymioty
- zaburzenia snu, letarg

Zmiany w obrazie Ja:

- obniżenie samooceny
- utrata wiary w siebie
- niezdolność do obrony siebie

Świadczenie zachowań o charakterze molestowania seksualnego często odczuwają zarówno bezradność, jak i stres. Nie reagują na krzywdę w obawie, by samemu nie być skrzywdzonym. Ich również dotyczą negatywne emocjonalne konsekwencje tego zjawiska. Z kolei organizacje, które toczy rak molestowania seksualnego i dyskryminacji, muszą zmierzyć się z takimi problemami, jak: obniżenie produktywności i jakości świadczonych usług lub wytwarzanych dóbr, wysoki poziom stresu i częste konflikty w relacjach zawodowych, absencja i fluktuacja kadr. Incydenty molestowania seksualnego w firmie to także utrata reputacji i potencjału rozwojowego, co przekłada się na wymierne straty finansowe.

Jak bronić się przed molestowaniem

Na to pytanie nie ma jednej dobrej odpowiedzi. Każda sytuacja jest inna i wymaga indywidualnego podejścia. Można jednak wymienić kilka użytecznych wskazówek:

1. Pamiętaj, że **masz prawo do protestu**, jeśli ktoś zachowuje się w sposób, który Cię rani lub Ci nie odpowiada. To prawo przysługuje

Ci w każdym przypadku nawet wobec przełożonych.

2. Zaprotestuj, odsuwając się od danej osoby i mówiąc: „Proszę mnie nie dotykać”, „Proszę przestać”. Jeśli sprawca lub sprawczyni nie przestaje, zdecydowanie odsuń się i wyjdź z pomieszczenia.
3. Jeśli Twoje interwencje nie przynoszą pożądanego skutku, zgłoś skargę przełożonemu (nie musisz od razu odwoływać się do formalnych procedur, po prostu poproś o interwencję).
4. Jeśli i to nie wystarcza, rozważ zgłoszenie formalnej skargi do Komisji Antymobbingowej. Nie daj się zniechęcić ani zwieść – pracodawca ma obowiązek chronić Cię przed takim traktowaniem.
5. Nie zwlekaj z opowiedzeniem o sytuacji bliskim Ci osobom – przezwycięż wstyd, zażenowanie i podziel się swoim doświadczeniem. Bliscy są źródłem naturalnego wsparcia w trudnej sytuacji.
6. Skonsultuj się z prawnikiem, centrum praw kobiet, organizacją pozarządową zajmującą się pomocą osobom molestowanym, by uzyskać informację o swoich prawach i zweryfikować swoje odczucia.
7. Pamiętaj: im dłużej jesteś pod presją molestanta, tym większe ponosisz skutki i tym trudniej jest adekwatnie reagować na sytuację.

Co może zrobić Twoja firma, by ograniczyć ryzyko wystąpienia molestowania seksualnego?

W prewencji molestowania seksualnego w pracy w większości krajów dominują działania o charakterze edukacyjno-szkoleniowym. W wielu publikacjach wskazuje się także na ogromne znaczenie polityki firmy i przyjętych przez nią procedur mających na celu zmniejszenie ryzyka występowania molestowania, a także stworzenia możliwości rozpatrywania skarg na zaistniałe przypadki molestowania. Edukacja i gotowość firmy do zmierzenia się z problemem molestowania seksualnego, wyrażona w jej polityce i procedurach, to podstawowe działania. Nie gwarantują one jednak

całkowitego wyeliminowania tego zjawiska ze środowiska pracy. Pracodawca ma obowiązek reagować na przejawy molestowania seksualnego i w dyskretny, chroniący dobra osobiste pracowników sposób podejmować próby wyjaśnienia zaistniałych sytuacji. Rozstrzygnięcia dotyczące skarg na stosowanie molestowania seksualnego powinny uwzględniać odizolowanie osoby poszkodowanej od sprawcy poprzez przeniesienie sprawcy na inne stanowisko.

Dorota Merez-Kot
Zakład Psychologii Zdrowia i Pracy
Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

Piśmiennictwo

1. Bogatko K., Drabarz A., Śmiszek K., *Przeciwko dyskryminacji. Poradnik prawny*, Warszawa 2013, www.rownosc.info (12.07.2018).
2. Fitzgerald L.F., Hulin C.L., Drasgow F., *The antecedents and consequences of sexual harassment in*

organizations: An integrated model [w:] *Job stress in a changing workforce: Investigating gender, diversity, and family issues*, ed. G. Keita, J. Hurrell jr, Washington 1995.

3. Merez-Kot D., *Mobbing, dyskryminacja i molestowanie seksualne. Poradnik dla pracowników ZUS*, Warszawa 2018.
4. Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO), *Equality in employment and occupation: Special survey on equality in employment and occupation in respect of Convention No. 111*, Geneva 1996.
5. O'Connell C., Korabik K., *Sexual Harassment: The Relationship of Personal Vulnerability, Work Context, Perpetrator Status, and Type of Harassment to Outcomes*, „Journal of Vocational Behavior” 2000, No. 56, s. 299–329.
6. *Psychology Applied to Modern Life. Adjustment in 21st Century*, red. W. Weiten, M. Lloyd, D. Dunn, E. Hammer, Belmont 2009.
7. Saunders K., Senn C.Y., *Should I Confront Him? Men's Reactions to Hypothetical Confrontations of Peer Sexual Harassment*, „Sex Roles” 2009, No. 61, s. 399–415.

Wydarzenia, opinie – 2018

■ **28 lutego–4 marca** w Zakopanem odbyła się XXIV Konferencja Szkoleniowa i XX Międzynarodowa Konferencja Wspólna Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicz-

nego (SENiT-PTK) oraz International Society of Holter and Noninvasive Electrocardiology (ISHNE) pt. „Elektrokardiologia – nauka trudna, ale potrzebna”. Przedsięwzięcie organizowane corocznie w Zakopanem ma wieloletnią tradycję



Sesja plakatowa podczas konferencji „Elektrokardiologia – nauka trudna, ale potrzebna”.

Fot. Archiwum Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

i ugruntowaną pozycję w kalendarzu wydarzeń kardiologicznych. Tegoroczne 24 spotkanie miało charakter naukowo-szkoleniowy i zostało poświęcone diagnostyce elektrokardiograficznej. Spotkanie było okazją do licznych dyskusji na temat tajników EKG, obejrzenia zapisów ciekawych i trudnych przypadków, zastanowienia się nad nowymi technologiami i zapoznania uczestników z ostatnimi nowinkami z tej dziedziny. Pod względem udziału zaproszonych gości, liczby prelegentów, sesji naukowych oraz warsztatów była to druga co do wielkości krajowa konferencja o tematyce kardiologicznej.

Do udziału w wydarzeniu zaproszonych zostało niemal 150 wykładowców i ponad 500 uczestników. W gronie przybyłych znaleźli się uznani profesorowie medycyny i doktorzy habilitowani z krajowych placówek medycznych oraz goście reprezentujący zagraniczne ośrodki naukowe. Program naukowy zawierał około 60 różnorodnych sesji i warsztatów, w tym sesje prac oryginalnych oraz sesje w języku angielskim. Podczas obrad przedstawione zostały trudne i kontrowersyjne zapisy elektrokardiograficzne w ujęciu klinicznym, do których odnieśli się uznani eksperci. Komitet naukowy wydarzenia, zwracając szczególną uwagę na praktyczne aspekty elektrokardiologii, zaproponował kilka rodzajów warsztatów dotyczących wykorzystania zapisów EKG i telemedycyny w codziennej opiece nad pacjentem kardiologicznym. Słuchaczami tych zajęć byli lekarze kardiologowie specjalizujący się w tej dziedzinie oraz pielęgniarki i technicy, którzy na co dzień zajmują się diagnostyką elektrokardiograficzną. Podczas warsztatów eksperci udzielali porad i konsultacji na temat niejednoznacznych zapisów elektrokardiograficznych.

W 2018 r. zaproszenia na XXIV konferencję szkoleniową i XX międzynarodową konferencję wspólną SENiT-PTK oraz ISHNE przyjęli specjaliści z krajowych i zagranicznych placówek medycznych, w tym między innymi: Emanuela Locati (Włochy), Mykhaylo Sorokivskyy (Ukraina), Sławomir Łobodziński (USA), Wojciech Zaręba (USA). Środowisko polskich kardiologów reprezentowali: Iwona Cygankiewicz, Katarzyna Bieganowska, Katarzyna Mizia-Stec, Maria Miszczak-Knecht, Małgorzata Kurpesa, Agnieszka Kuch-Wocial, Ewa Straburzyńska-Migaj, Beata Średniawa, Maria Trusz-Gluza, Anna Turska-Kmieć, Rafał Baranowski, Waldemar Bobkowski, Leszek Bryniarski, Oskar

Kowalski, Marek Jastrzębski, Przemysław Leszek, Zbigniew Kalarus, Piotr Kułakowski, Przemysław Kaźmierczak, Przemysław Mitkowski, Romuald Ochotny, Ryszard Piotrowicz, Paweł Ptaszyński, Jarosław Piskorski, Sebastian Stec, Maciej Sterliński, Krzysztof Szydło, Jerzy Krzysztof Wranicz.

Elektrokardiologia nieinwazyjna, a w szczególności diagnostyka elektrokardiograficzna (badanie EKG metodą Holtera, testy wysiłkowe), ma bardzo istotne znaczenie w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. W wielu przypadkach jest podstawą do kwalifikowania pacjentów do rehabilitacji, monitorowana jej przebiegu i efektów. Obecnie prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej bez nowoczesnej diagnostyki elektrokardiograficznej jest niemożliwe.

Wiodącą sesją XXIV Konferencji Szkoleniowej w Zakopanem był Maraton EKG poświęcony tematyce artefaktów, które są nieodłącznym elementem pracy każdej osoby zajmującej się szeroko rozumianą elektrokardiografią. W czasie badania elektrokardiograficznego występują czynniki, które mogą powodować istotne zakłócenia zapisu – mimo prawidłowego podłączenia pacjenta. Specjaliści wymieniają tutaj: długi czas rejestracji podczas 24-godzinnych zapisów EKG, aktywność pacjenta, zmienną wilgotność skóry, mikrouszkodzenia kabli czy złą jakość elektrod. Problemy artefaktów są niezwykle ważne w diagnostyce i leczeniu pacjenta kardiologicznego z uwagi na konsekwencje, które mogą wywołać. Do najważniejszych zalicza się podejmowanie niewłaściwych decyzji klinicznych, takich jak: podawanie leków przeciwyrtymicznych, wszczepianie kardiowerterów, wykonywanie badań elektrofizjologicznych czy po prostu niepotrzebne hospitalizacje.

Konferencja w Zakopanem była również okazją do przedstawienia innych ważnych tematów. Zebrani wysłuchali ostatnich doniesień dotyczących najczęściej stosowanych metod w nieinwazyjnej diagnostyce chorób serca. Były to zagadnienia dotyczące telemedycyny: telemonitoring EKG i urządzeń wszczepialnych, telerehabilitacja, teleopieka, telekonsultacje, aplikacje mobilne, a także wytyczne Komisji Informatyki i Telemedycyny PTK poświęcone telekardiologii.

Tematy wystąpień naukowych dotyczyły, m.in.: optymalizacji leczenia niewydolności serca, różnych form elektrokardiograficznych tej samej patologii, elektrokardiograficznych metod diagnozowania sportowców, SCD (nagły zgon

sercowy) w oczach amerykańskich i europejskich specjalistów, wykrywania niemeo migotania przedsionków, postępów w badaniach podstawowych nad podłożem zaburzeń rytmu serca, częstoskurczu torsade de pointes, trudnych decyzji w leczeniu zakrzepowym, urządzeń wszczepialnych w różnych sytuacjach klinicznych i życiowych, wrodzonych zaburzeń rytmu przedsionków, tematów związanych z EKG, ergospirometrii jako użytecznego narzędzia w monitorowaniu leczenia niewydolności serca, uszkodzenia elektrod, rozpoznania i leczenia arytmii nadkomorowych, bezdechu sennego w praktyce kardiologa, nietypowych sytuacji związanych z migotaniem przedsionków, poszukiwań czynników ryzyka nagłego zgonu sercowego poza niską frakcją wyrzutu lewej komory, tajemnic zespołu QRS, elektrokardiogramu pacjenta neurologicznego, niewydolności serca w wieku podeszłym, trudnych decyzji diagnostyczno-leczniczych związanych z arytmia komorową, rejestru rzadkich chorób arytmicznych oraz technik ich diagnostyki i leczenia, kardiologii, stymulacji pęczyka Hisa w elektroterapii 2018.

■ **15-17 marca** w Jachrance już po raz 22 zostało zorganizowane Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Wydarzenie jest coroczną konferencją krajową z cyklu spotkań naukowo-dydaktycznych. W tym roku odbyło się ono pod hasłem „Niewydolność serca – opieka kompleksowa”. Wzięli w nim udział najważniejsi przedstawiciele polskiej rehabilitacji kardiologicznej, lekarze kardiolodzy i przedstawiciele innych zawodów medycznych.

W ocenie specjalistów niewydolność serca jest obecnie dużym problemem dla systemu opieki zdrowotnej. Ta przewlekła i postępująca choroba w znacznym stopniu obniża sprawność fizyczną chorego, który zmuszony jest do rezygnacji z dotychczasowego trybu życia. Jest przyczyną licznych problemów medycznych i społecznych, gdyż powoduje, m.in.: utratę zdolności do pracy, rosnące koszty leczenia i stosowanie dodatkowych procedur medycznych. Żeby rozwiązać te trudności, należy skupić uwagę na prewencji pierwotnej i wtórnej. Ważne jest zatem kompleksowe postępowanie ukierunkowane na pacjenta po przebytych leczeniu lub zabiegu operacyjnym. Kompleksowa opieka powinna zawierać – oprócz profilaktyki leczenia ostrego stanu

i dobrze zorganizowanej opieki ambulatoryjnej – także pełną rehabilitację kardiologiczną, która obejmowałaby trening fizyczny, edukację i psychoterapię.

Na 22 edycję Sympozjum Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku PTK zaproszenia przyjęli: Jarosław Pinkas – sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Marek Tombarkiewicz – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, Maciej Miłkowski – zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Tomasz Hryniewiecki – Dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie oraz profesorowie: Piotr Ponikowski – prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Jacek Różański – krajowy specjalista w dziedzinie kardiologii, Hanna Szwed – wojewódzki specjalista w dziedzinie kardiologii, Mariusz Kuśmierczyk – wojewódzki specjalista w dziedzinie kardiologii, Dominika Szalewska – wojewódzki specjalista w dziedzinie rehabilitacji, Krzysztof Szydło – przewodniczący Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny PTK, Ryszard Piotrowicz – przewodniczący Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku.

Podczas trzydniowych obrad odbyło się szereg sesji naukowych poświęconych rehabilitacji kardiologicznej, sesja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a także sesje wspólne z innymi sekcjami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w tym z Sekcją Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny, Niewydolności Serca, Epidemiologii i Prewencji, Kardiologii Sportowej oraz z Komitetem Badań Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, sesje plakatowe, sesja dydaktyczna i sesja przypadków klinicznych. Organizatorzy przygotowali również warsztaty dla fizjoterapeutów i techników medycznych na temat: ergospirometrii, testów wysiłkowych i badania EKG w rehabilitacji kardiologicznej, zastosowania ergospirometrii w monitorowaniu terapii nadciśnienia płucnego i w pracy anestezjologa. Wykłady i zajęcia warsztatowe prowadzone przez wybitnych specjalistów z dziedziny kardiologii i kardiologii oraz specjalistów reprezentujących inne zawody medyczne stanowiły niepodważalną wartość merytoryczną spotkania i dotyczyły wielu aspektów szeroko rozumianej rehabilitacji kardiologicznej.

Tematyka sesji naukowych była bardzo różnorodna. W tym roku wystąpienia obejmowały między innymi prezentację następujących zagadnień: opieka kompleksowa nad osobami

z niewydolnością serca, koordynowana opieka nad pacjentem z niewydolnością serca, dynamiczny rozwój kardiologii a pacjent z niewydolnością krążenia, czy tylko farmakoterapia może leczyć niewydolność, prewencja od pierwszego uderzenia serca, niewydolność serca – gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy, monitorowanie holterowskie w trakcie rehabilitacji kardiologicznej, wdrażanie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS), telerehabilitacja kardiologiczna u osób z niewydolnością serca – doświadczenia z projektu TELEREH-HF, aktywność fizyczna dzieci, ciekawe przypadki z ergospirometrii.

Podczas sesji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych swoją prezentację przedstawiła dr Bożena Wierzyńska – członek zespołu lekarskiego w Departamencie Prewencji i Rehabilitacji, która zapoznała zebranych z programem rehabilitacji kardiologicznej w ramach prewencji rentowej ZUS, realizowanym w ośrodkach rehabilitacyjnych. Zagadnienia dotyczące rehabilitacji kardiologicznej w kontekście powrotu do pracy przedstawiła dr Iwona Korzeniowska-Kubacka. Temat „Hybrydowa rehabilitacja kardiologiczna w prewencji rentowej ZUS – niewykorzystane możliwości, doświadczenia własne” omówiła dr Agnieszka Żebrowska.

Zdaniem specjalistów rehabilitacja kardiologiczna dzięki temu, że odpowiada na potrzeby epidemiologiczne i społeczne, stanowi obecnie ważne ogniwo w łańcuchu opieki zdrowotnej. Aby jednak działania podejmowane przez zespół terapeutyczny przyniosły oczekiwane efekty, stosowane metody rehabilitacji

powinny być oparte na nowoczesnych i zgodnych z dowodami rzeczowymi standardach. Obserwowany w ostatnich latach znaczny rozwój w kardiologii, innowacje w zakresie technologii medycznych i sprzętu, metod operacyjnych oraz farmakologii pozwalają na coraz skuteczniejsze leczenie pacjentów ze schorzeniami układu krążenia. XXII Sympozjum Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Jachrance było ważnym forum dyskusyjnym. Wspólne obrady tak licznej grupy ekspertów z zakresu kardiologii i rehabilitacji kardiologicznej oraz przedstawicieli administracji rządowej były okazją do wzajemnego korzystania z bogatej wiedzy i doświadczenia uczestników.

■ **22-23 marca** w siedzibie Centrali Zakładu Ubezpieczeń Społecznych odbyła się II edycja Seminarium nt. „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako elementu systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Wrocławski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie oraz Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) od października 2017 r. realizują wspólny projekt w ramach programu operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój (POWER). Projekt jest dofinansowywany ze środków Unii Europejskiej. Jego celem jest wypracowanie modelu



Powitanie przez prof. Gertrudę Uścińską, prezes ZUS, uczestników seminarium poświęconego kształceniu specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.

Fot. Archiwum Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS

kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją oraz przetestowanie tego modelu na nowo utworzonym kierunku studiów podyplomowych. Na zaproszenie partnera niemieckiego – DGUV – eksperci z Polski odbyli w październiku 2017 r. wizytę studyjną w Berlinie. Tam zapoznali się z miejscem i rolą w niemieckim systemie zabezpieczenia wypadkowego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Pozyskana wiedza stała się punktem wyjścia do opracowania założeń do polskiego modelu kształcenia tego typu specjalisty. Podsumowaniem działań podjętych w 2017 r. w zakresie projektu STUDIA było zorganizowanie dwudniowego seminarium. Podczas spotkania eksperci zaprezentowali przygotowany model kształcenia, a zaproszeni partnerzy z DGUV przedstawili rolę specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w niemieckiej instytucji zabezpieczenia wypadkowego oraz wzięli udział w konsultacjach nad przygotowanym wstępnym modelem kształcenia.

Druga edycja seminarium była okazją do dyskusji nad kształtem opracowywanego modelu kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Konferencję otworzyła i przywitała zebranych prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych prof. Gertruda Uścińska. W imieniu partnerów społecznych głos zabrała prorektor ds. Współpracy z Zagranicą i Szkolenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. Hanna Trębacz. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych reprezentowali Krystyna Gurbel i Krzysztof Czechowski. Dyskusję podczas seminarium moderowała Anna Sójka – wicedyrektor w Departamencie Prewencji i Rehabilitacji ZUS. Spotkanie zgromadziło około 150 osób, wśród których znaleźli się eksperci reprezentujący wyższe uczelnie medyczne, przedstawiciele partnerów społeczno-gospodarczych, jednostek samorządowych, fundacji oraz niemieckiej instytucji zabezpieczenia społecznego DGUV.

Program konferencji obejmował tematy dotyczące m.in.: studiów podyplomowych z zakresu kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (modułów, celów i efektów kształcenia, rekrutacji i warunków ukończenia studiów), wprowadzenia projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako elementu systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”, diagnozy potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalisty

ds. zarządzania rehabilitacją, potrzeb edukacyjno-kompetencyjnych przyszłego specjalisty, modelu oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych, samokształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, formalno-prawnych aspektów działania specjalisty.

Najwięcej uwagi poświęcono zagadnieniom dotyczącym założeń modelu kształcenia specjalisty. Przedstawiciele różnych grup uczestników omówili profil kompetencyjny absolwenta, założenia i uwarunkowania pracy, metodykę kształcenia oraz wymagania, które powinni spełniać kandydaci na studia na tym kierunku. Nowy model kształcenia ma pomóc zapewnić wykwalifikowaną kadrę, która będzie potrafiła skutecznie i całościowo zadbać o potrzeby osób wymagających kompleksowej rehabilitacji.

Podczas studiów podyplomowych specjalista ds. rehabilitacji pozyska wiedzę dotyczącą specyfiki zarządzania rehabilitacją osób z niepełnosprawnością. Zdobędzie również praktyczne umiejętności dotyczące prowadzenia tych osób przez kolejne etapy rehabilitacji. Zadaniem specjalisty będzie wspieranie osoby z niepełnosprawnością w procesie rehabilitacji, zarówno medycznej, jak i psychologicznej, zawodowej oraz społecznej. Będzie kompleksowo koordynował wszystkie działania rehabilitacyjne. Ważne jest, że uwzględni przy tym indywidualne potrzeby osoby rehabilitowanej oraz będzie wykorzystywał wszystkie dostępne instrumenty, które mają wspomagać jej aktywizację społeczną i zawodową.

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją będzie swego rodzaju łącznikiem pomiędzy wszystkimi osobami zaangażowanymi w reintegrację osoby korzystającej z rehabilitacji. Jego zadaniem będzie organizowanie współpracy między tą osobą a pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi, lekarzami, ośrodkami rehabilitacyjnymi i szeroko rozumianym otoczeniem, w tym z rodziną. W swoim postępowaniu powinien kierować się dobrem osoby rehabilitowanej i podejmować działania zgodne z jej wolą. Specjalista będzie miał obowiązek aktualizować swoją wiedzę w zakresie rynku pracy i funkcjonowania polskiego systemu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, aby móc podejmować decyzje optymalne dla swoich podopiecznych.

Irena Sajkowska
Departament Prewencji i Rehabilitacji

Lekarzu, aby ułatwić Ci kierowanie pacjentów na rehabilitację, przygotowaliśmy dla Ciebie ulotkę *Rehabilitacja finansowana przez ZUS*.

Znajdziesz tam m.in. informacje:

- kogo możesz skierować na rehabilitację
- jak wystawić wniosek o rehabilitację
- co powinien zawierać wniosek



REHABILITACJA FINANSOWANA PRZEZ ZUS

dla lekarza

ZUS | ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Na rehabilitację możesz kierować:

- osoby pobierające zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne albo rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, o ile po rehabilitacji mogą stać się na powrót zdolne do pracy,
- osoby ubezpieczone w ZUS, które w wyniku choroby lub urazu są zagrożone utratą zdolności do pracy, ale rehabilitacja może temu zapobiec.

Wniosek możesz wystawić:

- w formie papierowej (pacjent może go złożyć osobiście w każdej naszej placówce lub przesłać do nas pocztą),
- elektronicznie (w trakcie wystawiania e-ZLA na PUE ZUS).

Wniosek musi zawierać:

- imię i nazwisko pacjenta,
- jego PESEL,
- jego adres zamieszkania,
- jego numer telefonu,
- rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących – w języku polskim,
- informację, że pacjent może odzyskać zdolność do pracy po rehabilitacji.

Ulotkę znajdziesz na naszej stronie www.zus.pl
w zakładce [Biblioteka ZUS/Baza wiedzy].



www.zus.pl

Kwartalnik „Prewencja i Rehabilitacja” jest dostępny także w formacie PDF na stronie www.zus.pl.

Należy otworzyć zakładkę „Baza wiedzy”

wejść w „Bibliotekę / Wydawnictwa ZUS” i wybrać „Czasopisma”.

Można tam znaleźć wszystkie numery

„Prewencji i Rehabilitacji” wydane od 2009 roku.

W „Bibliotece” na stronie www.zus.pl udostępniamy również inne czasopisma wydawane przez ZUS, takie jak:

- „ZUS dla Seniora” – kwartalnik dla starszych osób,
- „ZUS dla Studenta” – czasopismo dla młodych ludzi,
- „ZUS dla Ciebie” – dwumiesięcznik dla ubezpieczonych i świadczeniobiorców,
- „ZUS dla Biznesu” – dwumiesięcznik dla przedsiębiorców,
- „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” – kwartalnik naukowy

oraz publikacje książkowe związane z zabezpieczeniem społecznym, różnorodne poradniki i ulotki dla naszych klientów, a także materiały multimedialne.