

Prewencja i Rehabilitacja

kwartalnik

WYDANIE SPECJALNE

ISSN 1731-8971

Nr 2–3 (44–45) 2016

- Anna Wilmowska-Pietruszyńska
20-lecie programu rehabilitacji leczniczej
w ramach prewencji rentowej ZUS s. 1
- Małgorzata Nietopiel
20 lat rehabilitacji leczniczej
w ramach prewencji rentowej ZUS s. 3
- Piotr Artur Winciunas
Rola lekarza orzecznika w procesie orzekania
o potrzebie rehabilitacji leczniczej s. 14
- Ryszard Piotrowicz
Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna s. 19
- Agata Szkiełkowska
Program rehabilitacji narządu głosu
w ramach prewencji rentowej ZUS s. 25
- Marek Woźniewski
Rehabilitacja w onkologii –
zbędny luksus czy konieczność s. 29
- Mariola Kosowicz
Wybrane problemy psychiczne
osób z chorobą nowotworową s. 42

***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: Dorota Śrutowska z Wydziału Wydawnictw Gabinetu Prezesa

Projekt graficzny okładki: Olaf Rawski

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

Nakład 1000 egz. Zamówienie nr 2161/16

20-lecie programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

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

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

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

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

Rehabilitacja to według Światowej Organizacji Zdrowia kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych i zawodowych w celu usprawnienia osób z naruszoną – w następstwie choroby czy urazu – sprawnością organizmu w celu uzyskania możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego. Rozwój rehabilitacji w Polsce nastąpił po II wojnie światowej oraz w latach 50. poprzedniego stulecia w czasie epidemii poliomyelitis.

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

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

Według twórców polskiej szkoły rehabilitacji, rehabilitacja powinna być wcześniej rozpoczynana, kompleksowa (medyczna, społeczna, zawodowa), powszechna i ciągła. Rehabilitacja medyczna jest niezbędnym warunkiem przygotowania chorego do powrotu do pracy lub odpowiedniego zatrudnienia. Im lepsze jest bowiem usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej. Niedocenianie roli rehabilitacji w procesie leczenia powoduje wzrost liczby osób niezdolnych do pracy w następstwie choroby lub urazu, pobierających świadczenie rentowe, a co za tym idzie wzrost nakładów finansowych na te świadczenia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wzorując się na działaniach instytucji ubezpieczeń społecznych w innych krajach stosujących zasadę: prewencja → rehabilitacja → kompensacja, w latach 1990–1995 prowadził badania pilotażowe dotyczące wpływu rehabilitacji leczniczej na powrót do pracy osób ubezpieczonych zagrożonych długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy. W wyniku realizacji tego programu okazało się, że około 1/3 osób ubezpieczonych z chorobami

układu krążenia i narządu ruchu (najczęstsze przyczyny chorobowe niezdolności do pracy) odzyskało zdolność do kontynuowania pracy zarobkowej.

Wyniki pilotażowego programu rehabilitacji stały się podstawą utworzenia systemu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Zakład Ubezpieczeń Społecznych stał się więc instytucją nie tylko przyznającą i wypłacającą świadczenia, ale także starającą się w aktywny sposób wpłynąć na poprawę stanu funkcjonalnego osób ubezpieczonych i ich zdolność kontynuowania pracy zarobkowej. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS opiera się na oddziaływaniu na pacjentów procedurami rehabilitacyjno-leczniczymi i psychologicznymi, którymi dysponuje współczesna medycyna i rehabilitacja. Pozwalają one osobom ubezpieczonym włączyć się po rehabilitacji w normalne życie rodzinne, zawodowe i społeczne.

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

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

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

Z programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS skorzystało już ponad

milion sto tys. osób ubezpieczonych. W 2015 roku program prowadzony był w ramach 131 umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi (w trybie stacjonarnym – 93, ambulatoryjnym – 38), objęto nim 80 735 osób.

Rehabilitacja lecznicza uważana jest za skuteczną, jeżeli w ciągu roku od jej zakończenia osoba ubezpieczona nie pobiera żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub jedynym świadczeniem pobieranym w tym okresie był zasiłek chorobowy nieprzekraczający 20 dni. Z badań Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS wynika, że ponad 54% osób skierowanych na rehabilitację spełnia te warunki. Wskazuje to na wymierne korzyści programu dla osób ubezpieczonych, pod względem zarówno poprawy funkcjonowania organizmu, która umożliwia powrót do pracy zarobkowej, jak i poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej. Ponadto osoba ubezpieczona, powracając do pracy, staje się ponownie składkodawcą Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i płatnikiem podatków.

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

Warto również podkreślić, że prowadzone od 20 lat przez ZUS działania są zgodne ze standardowymi zasadami wyrównywania szans osób niepełnosprawnych ONZ, z zapisami Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowanej przez Polskę 6 września 2012 roku. W art. 26 stanowi ona, że „Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i programy: 1. były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału, 2. wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia

społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich”.

Działania te są też zgodne z globalnym planem działania Światowej Organizacji Zdrowia na lata 2014–2021. Dotyczy on wzmocnienia oraz rozwoju rehabilitacji i technologii wspomagających, pomocy i świadczeń wspierających osoby niepełnosprawne.

Z okazji 20-lecia programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS składam serdeczne podziękowania wszystkim lekarzom i pracownikom Zakładu Ubezpieczeń

Społecznych, którzy brali udział w opracowaniu założeń, realizacji programu pilotażowego, a także realizacji tego programu przez całe 20 lat.

Serdeczne podziękowanie kieruję również do kierownictw i personelu wszystkich ośrodków rehabilitacyjnych realizujących program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dla dobra osób ubezpieczonych i całego społeczeństwa.

prof. dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska
naczelną lekarz ZUS w latach 1989–2003
prezes Polskiego Towarzystwa
Orzecznictwa Lekarskiego

20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Wzrastająca liczba osób czynnych zawodowo, które z powodu chorób oraz ich następstw tracą zdolność do pracy i otrzymują z tego tytułu świadczenia rentowe, spowodowała konieczność podjęcia przez instytucje ubezpieczenia społecznego intensywnych działań. Ich celem jest zwiększenie lub przywrócenie u tych osób możliwości wykonywania pracy. W wielu państwach europejskich, m.in. w Austrii, Francji, Hiszpanii, Niemczech, Wielkiej Brytanii i we Włoszech, przed przyznaniem świadczenia rentowego ocenia się, czy istnieje szansa, że dzięki działaniom medycznym lub nauce nowego zawodu nastąpi wyeliminowanie zagrożenia powodującego utratę zdrowia i zdolności zarobkowych. Przyjęto zasadę, że rentę z tytułu niezdolności do pracy należy przyznawać dopiero po wykorzystaniu wszystkich metod diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych i gdy przeprowadzona rehabilitacja medyczna lub zawodowa nie zapewni ubezpieczonemu integracji zawodowej¹.

Badania pilotażowe

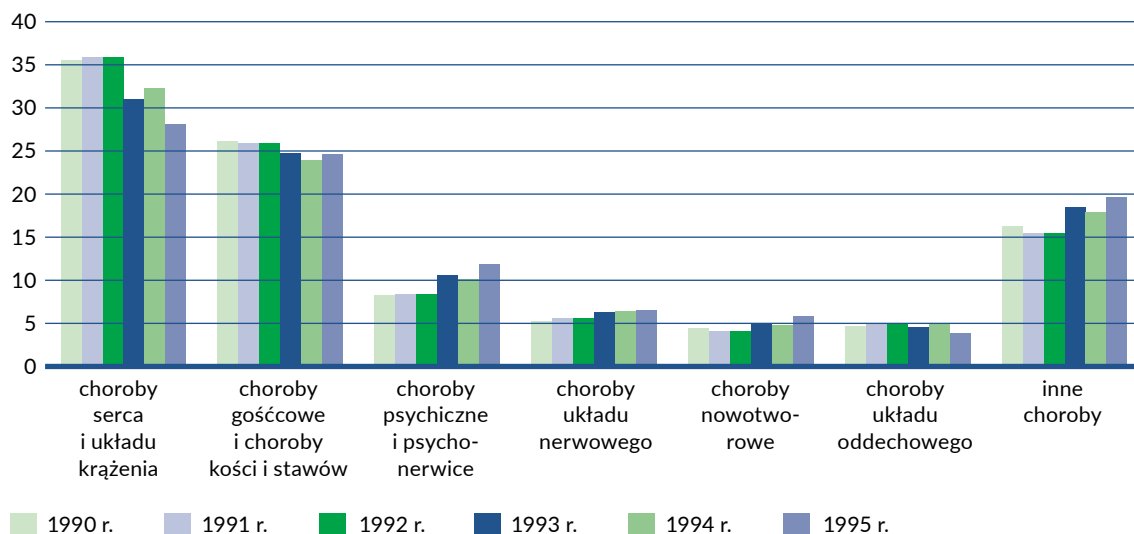
Na wzór innych krajów Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadził w Polsce w latach 1990–1995 badania pilotażowe doty-

czące wpływu rehabilitacji leczniczej na powrót do pracy osób ubezpieczonych. Badania brały pod uwagę tylko osoby ze schorzeniami układu krążenia i narządu ruchu, zagrożone długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy. Schorzenia te stanowiły wówczas najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy.

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

¹ A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Rehabilitacja lecznicza w prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [w:] Rehabilitacja medyczna*, red. A. Kwolka, Wrocław 2003, s. 102.

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



Źródło: Rocznik statystyczny ubezpieczeń społecznych 1990–1995: system pozarolniczy, ZUS, Warszawa 1997

Zebrane doświadczenia i wyniki programu pilotażowego wskazały na konieczność jak najwcześniejszego podejmowania kompleksowej rehabilitacji, prowadzonej na podstawie procedur diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych i uzupełnionej elementami edukacji zdrowotnej oraz psychologicznej.

- ciągłość – rehabilitacja lecznicza ZUS to jeden z elementów procesu usprawniania leczniczego, zapewniający ciągłość leczenia i prowadzący do odzyskania zdolności do pracy.

Założenia programu rehabilitacji

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

- wczesność – pacjent powinien być kierowany na rehabilitację jak najwcześniej, a czas oczekiwania na nią powinien być jak najkrótszy,
- powszechność – każdy ubezpieczony, który wymaga rehabilitacji, ma prawo do skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, o profilu zgodnym z rodzajem podstawowego schorzenia,
- kompleksowość – wszechstronne, podmiotowe podejście zespołu specjalistów do pacjenta, ukierunkowane na wszystkie sfery pacjenta (fizyczną, psychiczną i społeczną), realizowane przy użyciu różnych technik i form terapii,

Cel rehabilitacji leczniczej

Celem programu rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest położenie nacisku na kompleksowy charakter rehabilitacji oraz maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na jej rozpoczęcie, tak aby jak najwcześniej skierować do ośrodka osoby, które otrzymały orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej.

Formy i profile rehabilitacji

Mając na względzie główny cel rehabilitacji leczniczej oraz przyjęte założenie, że rehabilitacja lecznicza powinna być prowadzona w tych schorzeniach, które najczęściej wywołują niezdolność do pracy, a tym samym generują

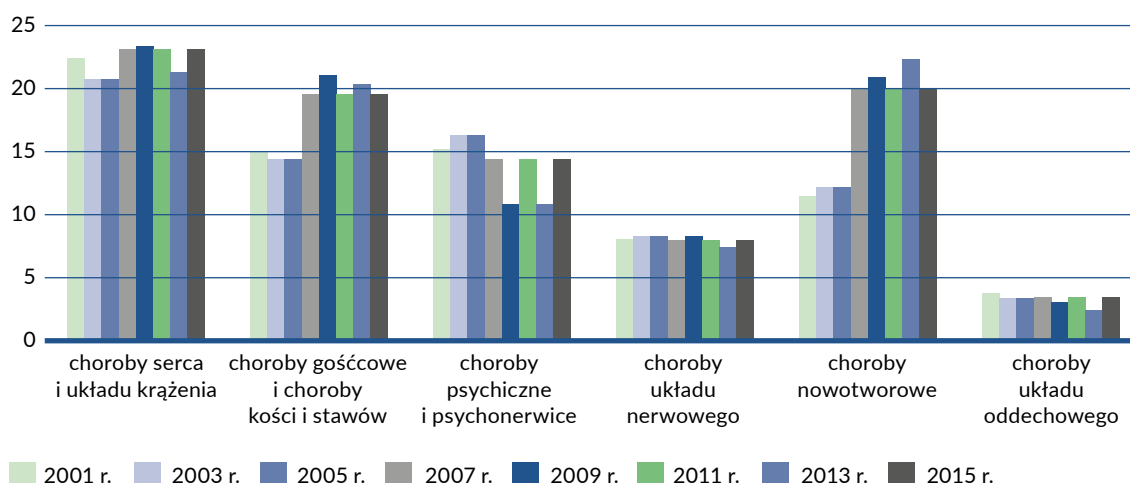
największe koszty dla systemu ubezpieczeń społecznych, początkowo uruchomiono program rehabilitacji tylko dla dwóch profili. W kolejnych latach, monitorując strukturę przyczyn niezdolności do pracy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozszerzał liczbę profili, w zakresie których prowadzona jest rehabilitacja lecznicza. Na wykresie 2 przedstawiono zestawienie schorzeń, które stanowiły najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy w latach od 2001 do 2015.

w systemie ambulatoryjnym. Pacjent może uczestniczyć w rehabilitacji, nie opuszczając miejsca zamieszkania.

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

Również w 2005 roku wprowadzono ambulatoryjną rehabilitację kardiologiczną, która w 2009 roku została rozszerzona o nową for-

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



Źródło: opracowanie własne na podstawie roczników ZUS: *Rocznik statystyczny ubezpieczeń społecznych 1999–2002: system pozarolniczy*, 2004; *Rocznik statystyczny ubezpieczeń społecznych 2003–2005: system pozarolniczy*, 2007; *Rocznik statystyczny ubezpieczeń społecznych 2006–2008: system pozarolniczy*, 2009; *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2009 roku*, 2010; *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2011 roku*, 2012; *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2013 roku*, 2014; *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2015 roku*, 2016

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

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

Wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu i oczekiwaniom ubezpieczonych, wprowadzono rehabilitację schorzeń narządu ruchu

– monitorowaną telemedycznie kardiologiczną rehabilitację w warunkach domowych.

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

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

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

Rysunek 1 przedstawia kolejność wdrażania programów rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym i trybie ambulatoryjnym.

Aktualnie Zakład kieruje na rehabilitację leczniczą:

- na pobyt stacjonarny:
 - w schorzeniach narządu ruchu,
 - w schorzeniach układu krążenia,
 - w schorzeniach układu oddechowego,
 - w schorzeniach psychosomatycznych,
 - po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego,
 - w schorzeniach narządu głosu,
 - osoby, które podczas wypadku, w szczególności wypadku przy pracy, doznały urazu narządu ruchu,
- na pobyt ambulatoryjny:
 - w schorzeniach narządu ruchu,
 - w schorzeniach układu krążenia, w tym monitorowanego telemedycznie.

Osoby uprawnione do skorzystania z rehabilitacji ZUS

Rehabilitacja lecznicza prowadzona przez ZUS skierowana jest do osób:

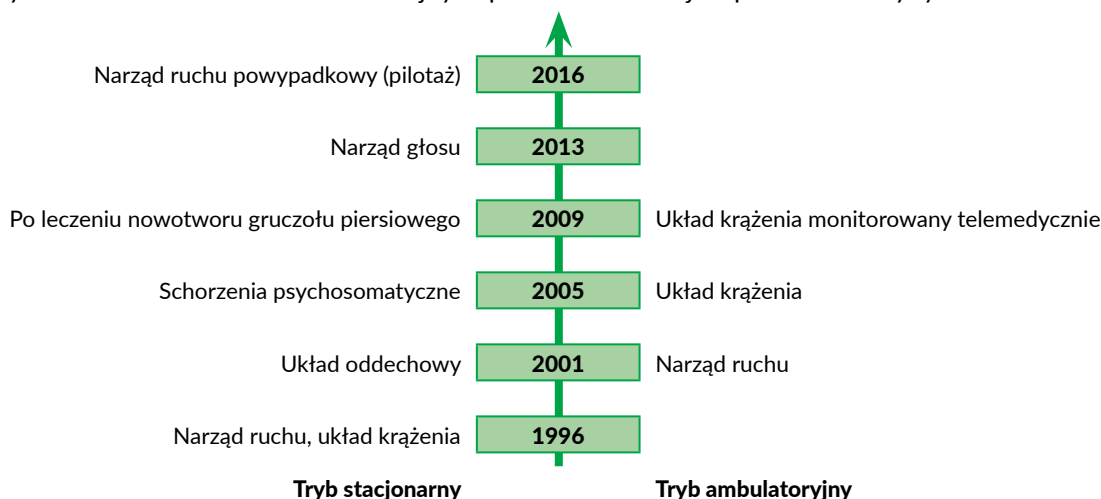
- ubezpieczonych, zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,
 - uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
 - pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy,
- którzy jednocześnie rokują odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Jak uzyskać skierowanie na rehabilitację

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

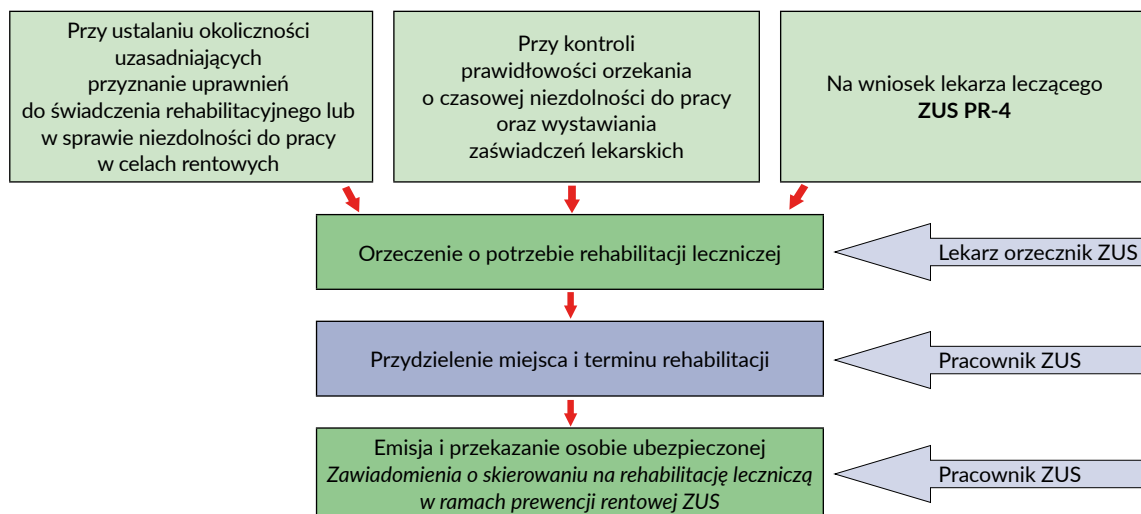
- wykonywaniem kontroli zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy,

Rysunek 1. Schemat wdrażania kolejnych profili rehabilitacji w podziale na tryby



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Rysunek 2. Schemat postępowania przy obsłudze skierowań na rehabilitację



Źródło: opracowanie własne

- orzekaniem o niezdolności do pracy w celach rentowych,
- orzekaniem w celu przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Po wydaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji przydzielane jest miejsce w ośrodku rehabilitacyjnym o profilu zgodnym ze schorzeniem osoby ubezpieczonej i wyznaczany jest termin rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego.

Czas trwania rehabilitacji

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

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

Koszty rehabilitacji

ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do

ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

Co obejmuje program rehabilitacji

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

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

- podstawowych informacji o prawach i obowiązkach pracodawcy oraz pracownika,
- instruktażu, w jaki sposób kontynuować rehabilitację w domu, po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego.

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

20 lat rehabilitacji leczniczej w liczbach

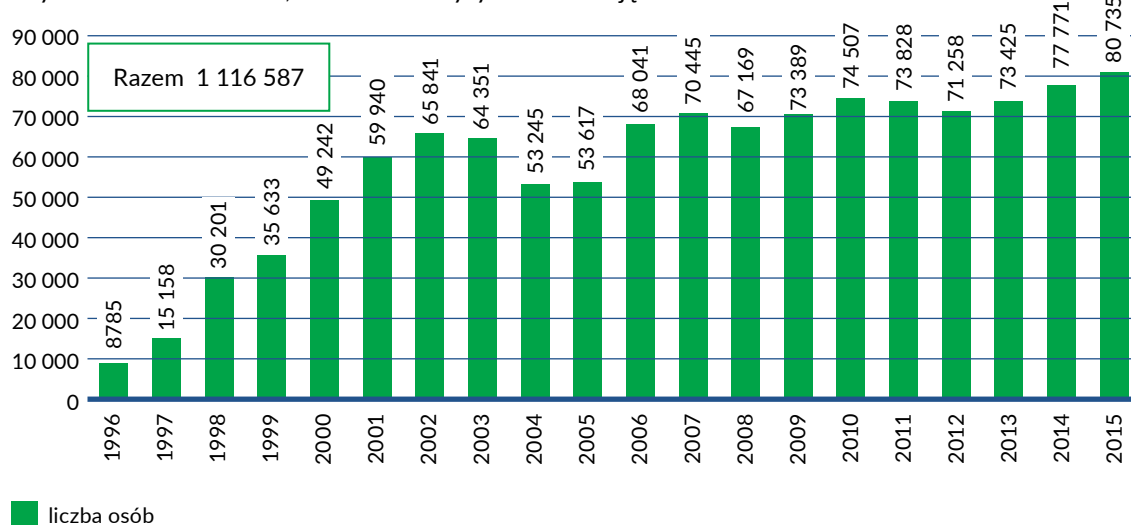
Z prowadzonego od 20 lat programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS skorzystało ponad milion osób. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą, systematycznie wzrasta. Rozpoczęty w 1996 roku program rehabilitacyjny ukończyło ponad 8 tys. osób, zaś w 2015 roku liczba ta wzrosła do ponad 80 tysięcy.

Planując prowadzenie rehabilitacji leczniczej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi

politykę, która ma na celu jak najwcześniejsze skierowanie do ośrodka rehabilitacyjnego osoby ubezpieczonej zagrożonej długotrwałą niezdolnością do pracy.

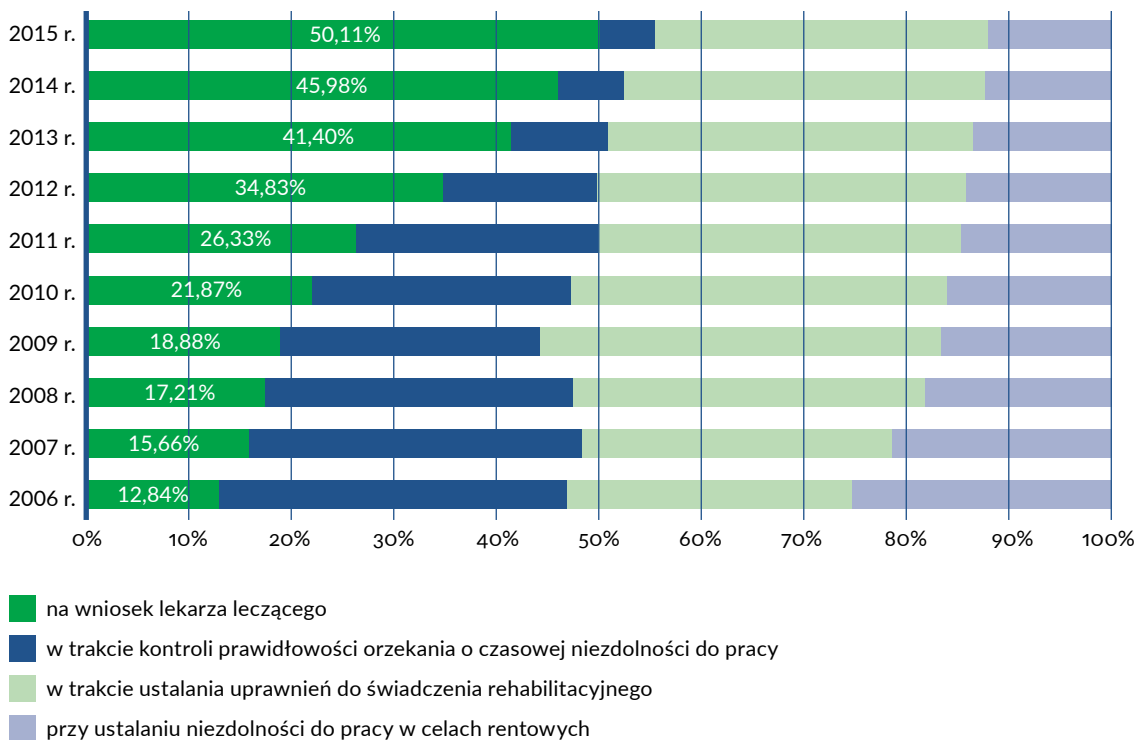
W pierwszych latach prowadzenia rehabilitacji dominowały orzeczenia wydawane podczas orzekania o niezdolności do pracy w celach rentowych, które stanowiły ponad 40% wszystkich orzeczeń. Wychodząc z założenia, że rehabilitacja lecznicza ma przede wszystkim zapobiegać niezdolności do pracy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych jako nadrzędny cel postawił sobie zwiększenie udziału osób, które skorzystają z rehabilitacji odpowiednio wcześniej, jeszcze przed pobieraniem świadczeń długookresowych. Im wcześniej podjęta rehabilitacja, tym jest ona efektywniejsza i rokuje szybszy powrót ubezpieczonego do pracy. Z tego względu przeprowadzono szeroko zakrojoną kampanię informującą o możliwości skorzystania z programu rehabilitacji – w mediach (prasa, radio, telewizja, Internet) oraz poprzez plakaty i ulotki skierowane m.in. do lekarzy prowadzących leczenie. Na stronie internetowej ZUS umieszczono informacje, w jakich profilach jest prowadzona rehabilitacja lecznicza i kto może z niej skorzystać oraz wzór wniosku o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji. Działania te zaowocowały sukcesywnym zwiększaniem liczby osób, które otrzymywały orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej na wniosek lekarza leczącego. Wykres 4 przedstawia strukturę procentową orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ostatnich 10 latach w podziale na źródła pochodzenia orzeczenia.

Wykres 3. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w latach 1996–2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Wykres 4. Struktura wydanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji według źródła pochodzenia orzeczenia



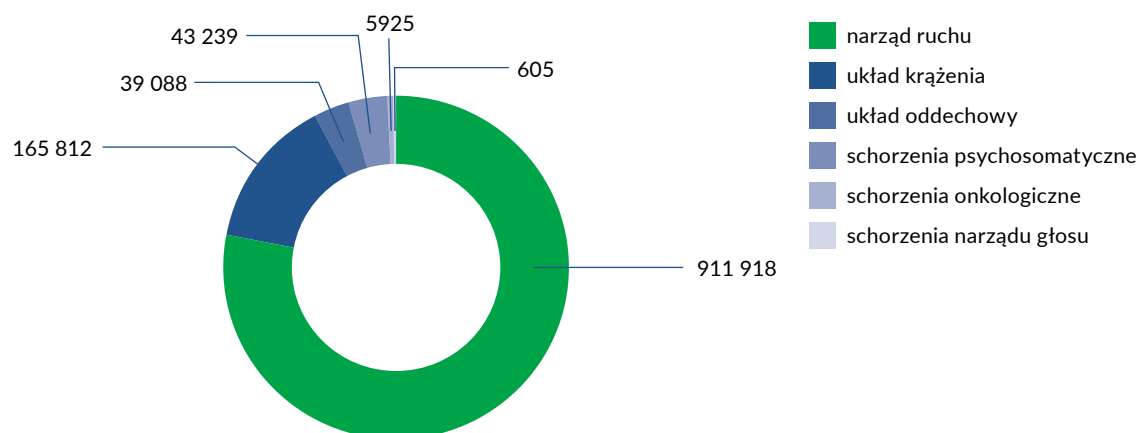
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

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

Wśród osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą, dominują osoby ze scho-

rzeniami narządu ruchu, drugie miejsce zajmują osoby z chorobami układu krążenia. Wykres 5 przedstawia liczbę osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą w latach 1996–2015 w podziale na profile schorzeń.

Wykres 5. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w latach 1996–2015 w podziale na profile schorzeń



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

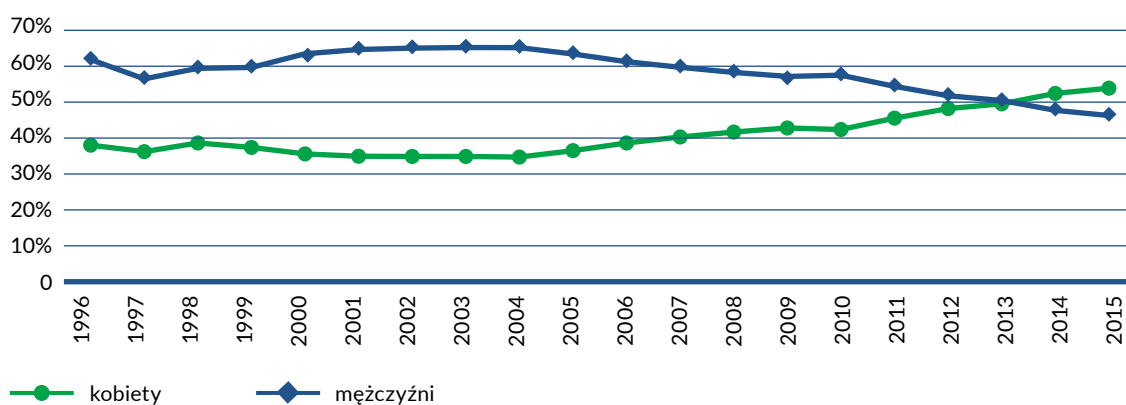
Początkowo wśród osób, które ukończyły rehabilitację, dominowali mężczyźni. Od 2014 roku udział kobiet jest wyższy niż mężczyzn (wykres 6).

Badając strukturę wiekową osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą, można zauważyć, że z rehabilitacji korzysta coraz więcej osób, które ukończyły 50 lat (wykres 7).

cymi określone przez ZUS wymagania prawne, lokalowe, kadrowe i medyczne. Ośrodki wybierane są na podstawie ogłoszonego przez Zakład konkursu ofert.

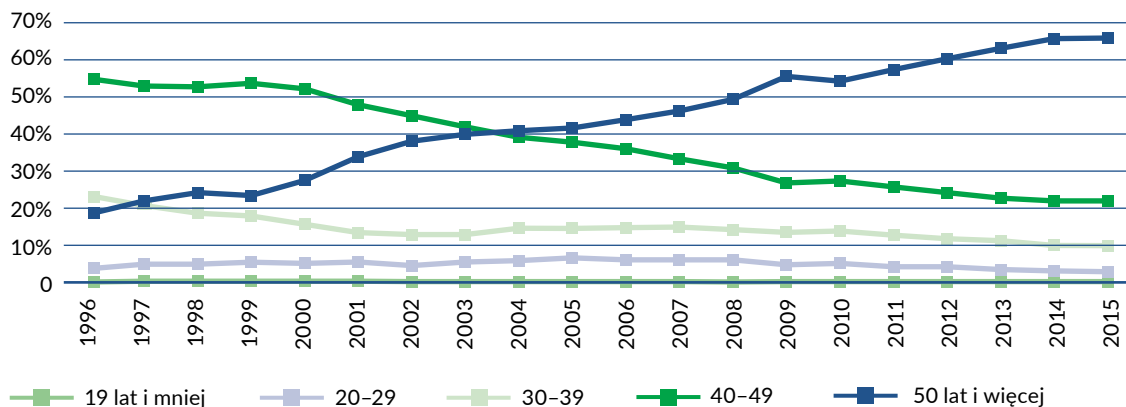
W 1996 roku ZUS zawarł 42 umowy na prowadzenie usług rehabilitacyjnych w 31 ośrodkach, natomiast 20 lat później rehabilitacja prowadzona była już w 98 ośrodkach na podstawie 131 umów (wykres 8).

Wykres 6. Odsetek osób poddanych rehabilitacji w latach 1996–2015 w podziale na płeć



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Wykres 7. Struktura osób poddanych rehabilitacji w latach 1996–2015 w podziale na grupy wiekowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

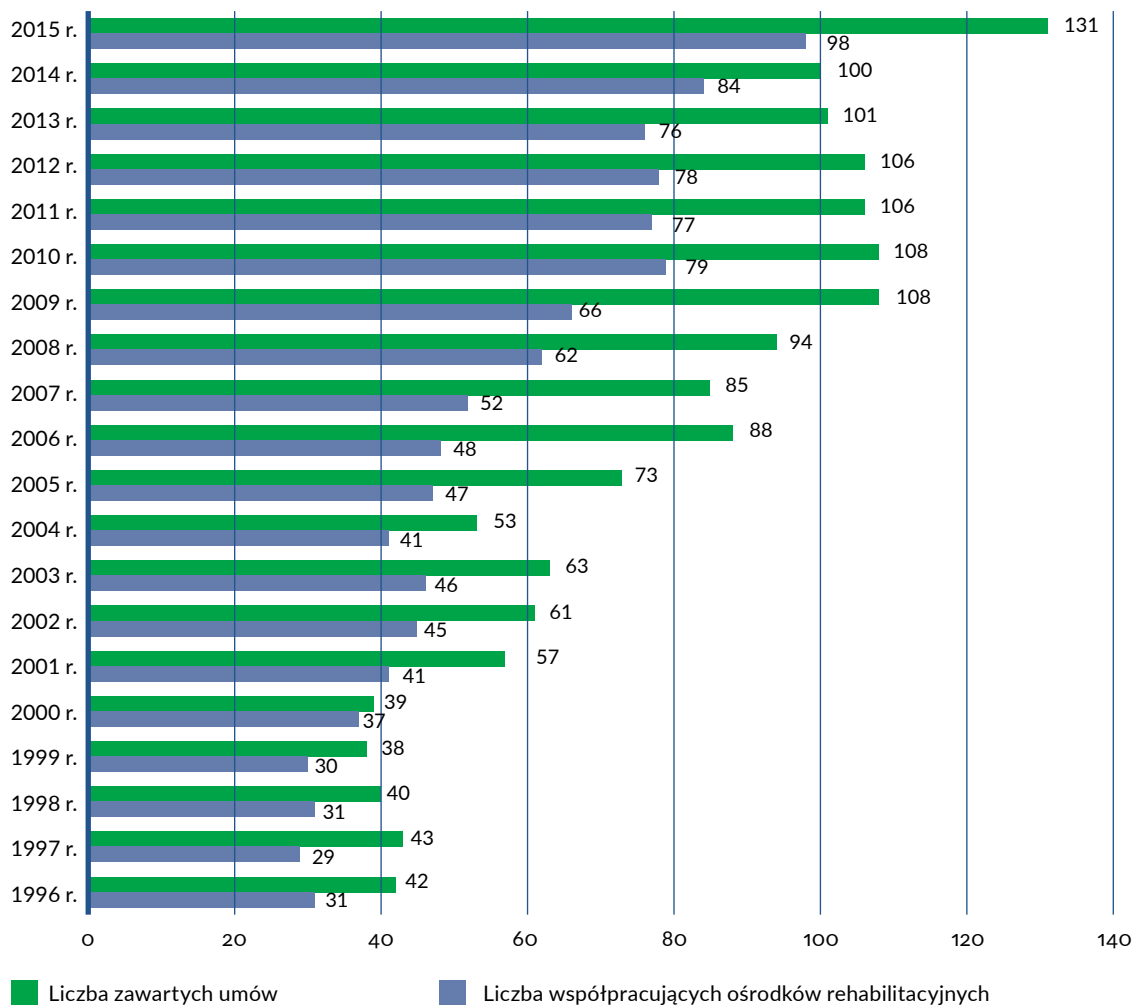
Ośrodki współpracujące z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rehabilitację leczniczą na podstawie umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi spełniającymi

Spośród wszystkich umów zawartych na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym ponad 80% realizowanych jest w ośrodkach położonych na terenie uzdrowiskowym. Podstawą rehabilitacji leczniczej są wymagania stawiane przez ZUS ośrodkom rehabilitacyjnym, które w ciągu 20 lat ulegały dużym zmianom.

Realizacja programu rehabilitacji, zgodnie z zawartymi umowami, jest systematycznie

Wykres 8. Liczba ośrodków współpracujących z ZUS w latach 1996–2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

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

oddziaływania psychologiczne, zakres tematyki edukacji zdrowotnej oraz zgłaszane przez ubezpieczonych uwagi i zastrzeżenia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadza także anonimową ankietę wśród ubezpieczonych po ukończeniu rehabilitacji leczniczej, aby pozyskać opinie dotyczące organizacji i sposobu realizacji programu rehabilitacji w poszczególnych ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS. Umożliwia ona poznanie subiektywnej oceny pacjentów na temat sprawowanej opieki medycznej, jakości zastosowanych procedur rehabilitacyjnych, warunków hotelowych i żywienia. Ankieta jest wykorzystywana także w planowaniu kontroli realizacji umów na prowadzenie usług rehabilitacyjnych zawartych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Analiza efektywności rehabilitacji

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

Przeniesienie założeń polskiej szkoły rehabilitacji do prowadzonych przez ZUS programów, w tym w szczególności nastawienie na wczesność, powszechność, kompleksowość i ciągłość, podnosi skuteczność i efektywność rehabilitacji, która obecnie wynosi ponad 54%.

ZUS bada, czy i jakie świadczenia ubezpieczony pobierał po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego. Przyjęto, że rehabilitację leczniczą uważa się za skuteczną, jeśli przez 12 miesięcy po jej zakończeniu ubezpieczony nie korzystał z żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub jedynym świadczeniem pobieranym po rehabilitacji jest zasiłek chorobowy nieprzekraczający 20 dni.

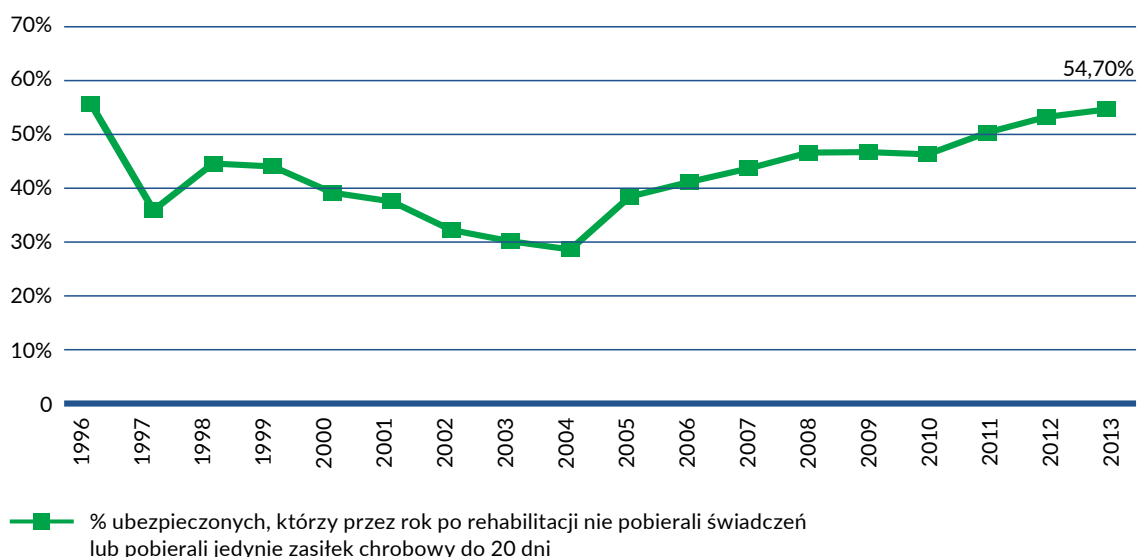
Zaprezentowane na wykresie 9 wyniki pokazują efektywność rehabilitacji leczniczej w latach 1997–2013.

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

Podsumowanie

Rehabilitacja lecznicza jest jednym ze sposobów usprawniania funkcjonalności organizmu naruszonej w wyniku choroby. W polskim systemie ubezpieczeń społecznych rehabilitacja lecznicza funkcjonuje od 20 lat. Ma ona charakter kompleksowy i jest prowadzona na podstawie określonych procedur diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych, uzupełnionych elementami edukacji zdrowotnej i psychologicznej. Jej celem jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rukują odzyskanie tej zdolności po jej przeprowadzeniu.

Wykres 9. Efektywność rehabilitacji leczniczej w latach 1997–2013 (w odsetkach)



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

Od 1996 roku ewolucji podlegało podejście do organizacji procesów związanych z prowadzoną przez ZUS rehabilitacją. Zwiększając

ISSA, ZUS otrzymał specjalne wyróżnienie za wdrożenie projektu „Optymalizacja procesu kierowania na rehabilitację leczniczą”.



udział osób, które korzystają z programu, oraz poszerzając sukcesywnie ofertę profili, w których jest prowadzona rehabilitacja lecznicza, Zakład Ubezpieczeń Społecznych doskonalił sposób realizacji programu. Efektem takiego podejścia było wprowadzenie zarządzania przez jakość i wykorzystanie nowoczesnych metod przy projektowaniu i organizacji procesów z obszaru rehabilitacji leczniczej.

Wyrazem uznania dla wysiłków podejmowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest przyznanie w 2011 roku wyróżnienia w uznaniu wybitnego wkładu w rozwój rehabilitacji kardiologicznej, a w szczególności w praktycznym wdrażaniu telerehabilitacji w Polsce. Kongres Uzdrowisk Polskich przyznał ZUS statuetkę Asklepiosa za zasługi dla lecznictwa uzdrowiskowego. W konkursie „Dobre Praktyki dla Europy 2013”, organizowanym przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego

Przeniesienie założeń polskiej szkoły rehabilitacji do prowadzonego przez ZUS programu, nastawienie na: wczesność, powszechność i kompleksowość, a także ciągłość poprawia efektywność tego programu. W perspektywie przynosi to nie tylko wymierne korzyści ekonomiczne dla instytucji ubezpieczenia społecznego, redukując koszty świadczeń wypłacanych z tytułu niezdolności do pracy, ale przede wszystkim ma wymiar społeczny. Pomaga bowiem w znoszeniu barier środowiskowych, ekonomicznych i zawodowych, jakie napotykają osoby o różnym stopniu dysfunkcji organizmu spowodowanych chorobą, dając im szansę na poprawę stanu zdrowia i pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym.

Małgorzata Nietopiel
dyrektor Departamentu
Prewencji i Rehabilitacji ZUS

Rola lekarza orzecznika w procesie orzekania o potrzebie rehabilitacji leczniczej

Do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) należy m.in. prewencja rentowa¹. Jest ona skierowana do osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu w ZUS. Muszą one być zagrożone ryzykiem ubezpieczeniowym, jakim jest niezdolność do pracy, lub już pobierać świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), takie jak: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne czy rentę z tytułu niezdolności do pracy. Przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS ma dać tym osobom realną szansę na odzyskanie zdolności do pracy i zminimalizować wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy ponoszone przez ubezpieczyciela, jakim jest ZUS. Wskazać należy, że jest to działalność restytucyjna.

Wprowadzenie

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

leczenia oraz zapobiega powstaniu lub utrwaleniu kalectwa².

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny warunek późniejszego przygotowania osoby ubezpieczonej do pracy i odpowiedniego jej zatrudnienia, przy czym, jak podnosi A. Wilmowska-Pietruszyńska, im lepsze jest usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy³. Niedocenienie tej formy rehabilitacji w procesie leczenia skutkuje wzrostem liczby osób pobierających świadczenia rentowe, a co za tym idzie – wzrostem wydatków instytucji ubezpieczeniowej.

W polskim powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych działania w obszarze restytucji zdolności do pracy, od początku jej wprowadzenia w 1996 r., koncentrowały się na rehabilitacji leczniczej. Od tego czasu zwiększała się liczba osób kierowanych do ośrodków rehabilitacji, powstawały nowe profile rehabilitacji.

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

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

- 1) rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy;
- 2) badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy;
- 3) inne działania prewencyjne”.

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

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

Istotna mobilizacja działań ZUS miała miejsce w momencie wejścia w życie 1 stycznia 1997 r. ustawy z 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 8 sierpnia 1997 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych. Te akty prawne, jako elementy reformy systemu ubezpieczeń społecznych, wprowadziły zasadnicze zmiany w zakresie ujmowania ryzyka określanego do 1997 r. jako inwalidztwo, a nazwanego w nich niezdolnością do pracy. Określiły także nowy tryb orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych⁴. Przyjęte w nich rozwiązania miały realizować ideę, zgodnie z którą orzeczenie o niezdolności do pracy powinno nastąpić dopiero wówczas, gdy nie ma możliwości odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji lub przekwalifikowaniu zawodowym⁵.

Tryb kierowania i zasady wydawania przez lekarzy orzeczników orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Orzecznictwo lekarskie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w obecnej formie funkcjonuje od 1 września 1997 r., kiedy to została przeprowadzona reforma systemu orzecznictwa. Celem reformy była racjonalizacja systemu, tak

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

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

aby renty z tytułu niezdolności do pracy były przyznawane osobom, które rzeczywiście utraciły zdolność do pracy i nie rokują jej odzyskania po rehabilitacji leczniczej czy przekwalifikowaniu zawodowym.

W ramach reformy:

- rozdzielono orzekanie o niezdolności do pracy dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego od orzekania o niepełnosprawności dla celów pozaubezpieczeniowych,
- orzecznictwo o niepełnosprawności zostało objęte nadzorem Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych i funkcjonuje poza ZUS,
- zmieniono zasady orzekania dla celów ubezpieczeniowych (niezdolność do pracy) i pozaubezpieczeniowych (niepełnosprawność),
- wprowadzono jednoosobowe i jednoinstancyjne orzekanie o niezdolności do pracy i jej stopniu przez lekarzy orzeczników w oddziałach ZUS.

W 2005 r. zmieniono organizację systemu w taki sposób, że wprowadzono II instancję w postaci komisji lekarskich ZUS (składających się z trzech lekarzy), które rozpatrują sprzeczności i zarzuty wadliwości wobec orzeczeń lekarzy orzeczników⁶.

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

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

działania, aby rozszerzyć te uprawnienia w drodze zmian legislacyjnych.

Lekarz orzecznik ZUS może wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej na wniosek lekarza prowadzącego leczenie. Trzeba podkreślić, że do obowiązków lekarza prowadzącego leczenie należy dokonanie oceny, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. Jeśli tak, to lekarz leczący powinien wystawić wniosek o rehabilitację leczniczą, który następnie osoba ubezpieczona powinna złożyć w jednostce organizacyjnej ZUS właściwej ze względu na swoje miejsce zamieszkania⁷.

Lekarze orzecznicy ZUS, wykonując kontrolę orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, mogą również z „urzędu”, nawet bez wniosku lekarza leczącego, wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, jeżeli stwierdzą, że istnieją wskazania do takiej rehabilitacji. Podobna zasada obowiązuje przy wydawaniu orzeczeń o okolicznościach uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego⁸ czy o niezdolności do pracy⁹.

Zasadniczym celem rehabilitacji w ramach prewencji rentowej jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej, a więc lekarz orzecznik

ustali tę potrzebę jedynie w przypadku, kiedy istnieje rokowanie odzyskania zdolności do pracy zarobkowej po przeprowadzeniu rehabilitacji. Lekarz orzecznik ZUS, który wydaje orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, przy ocenie rokowania bierze pod uwagę w szczególności:

- charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu,
- stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, kalectwa, skutków choroby,
- wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy¹⁰.

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

Zaznaczyć przy tym należy, że ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego lub rencisty (jest to więc świadczenie rzeczowe), łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem, do wysokości kosztu przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej ubezpieczonemu albo renciście ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje¹¹.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Merytoryczną pomocą w orzekaniu w ZUS są *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*¹², wydane po raz pierwszy w 2007 roku, a w 2013 roku

wydane po raz kolejny – uzupełnione i rozszerzone o nowe zagadnienia. W publikacji tej jest również rozdział poświęcony problematyce rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS, opisujący jej charakterystykę oraz wskazania i przeciwwskazania medyczne do jej przeprowadzenia w poszczególnych grupach schorzeń. *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS* są przewodnikiem pomocnym w uporządkowaniu wiedzy na temat orzecznictwa lekarskiego w tych grupach schorzeń, które w Polsce są najczęściej przyczyną niezdolności do pracy, i wskazującym metody badania, którymi lekarze orzekający powinni się posługiwać, aby zachować jednolitość wydawanych orzeczeń.

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

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

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

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

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

Szkolenia regionalne są organizowane przez lekarzy koordynujących pracę w 10 regio-

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

nach – w ramach cyklicznych (3 razy w roku) warsztatów. Prowadzone są przez lekarzy nadzorujących pracę lekarzy orzeczników w oddziałach:

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

Podsumowanie

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

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

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

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

Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza realizowana w ramach prewencji rentowej w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych nie jest alternatywą dla leczenia podstawowego, prowadzonego przez powołane w tym celu instytucje publicznego systemu opieki zdrowotnej i finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Jej rola ogranicza się do uzupełnienia procesu terapeutycznego o działania medyczne nastawione na poprawę sprawności organizmu, umożliwiające osobie ubezpieczonej lub renciście powrót do zatrudnienia. Stąd też zakres podmiotowy jej działania obejmuje ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową

niezdolnością do pracy i rokujących podjęcie pracy zarobkowej w następstwie jej odbycia¹³.

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

Piotr Artur Winciunas

Departament Orzecznictwa Lekarskiego

Piśmiennictwo

1. Hart G., *Orzekanie o niezdolności do pracy w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych – analiza systemu metodą SWOT* [w:] *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Warszawa 2014.
2. Jackowiak U., *Zmiana kryteriów i trybu orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2000, t. VI.
3. Jędrasik-Jankowska I., *Nowe ujęcie ryzyka niezdolności do zarobkowania*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1997, nr 1.
4. Koczur W., *Restytucja zdolności do pracy w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych – zarys problematyki* [w:] *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Warszawa 2014.
5. Koczur W., *Zmiany zasad i trybu orzekania o niezdolności do pracy i stopniu niepełnosprawności*,

„Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1997, nr 1.

6. Muszewska H., *Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*, „Prewencja i Rehabilitacja” 2009, nr 2.
7. Pławucka H., *Niezdolność do pracy w przepisach prawa emerytalno-rentowego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1998, nr 1.
8. Pławucka H., *Świadczenia rzeczowe z ubezpieczenia rentowego i wypadkowego* [w:] *Problemy ubezpieczeń społecznych*, Wrocław 2004.
9. Wawrzyńczyk-Kaplińska G., *Rola orzecznictwa lekarskiego ZUS w realizacji zadań z zakresu rehabilitacji leczniczej*, „Ubezpieczenia Społeczne” 2002, nr 9.
10. Wilmowska-Pietruszyńska A., *Rola orzecznictwa lekarskiego i rehabilitacji w ramach prewencji rentowej w pozarolniczym ubezpieczeniu społecznym* [w:] *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych*, L. Frąckiewicz i W. Koczur (red.), Katowice 2010.
11. Wilmowska-Pietruszyńska A., *Znaczenie rehabilitacji w ubezpieczeniu społecznym*, „Aktywizacja Zawodowa Osób Niepełnosprawnych” 2005, nr 4.
12. *Wykaz wskazań i przeciwwskazań do prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*, „Zeszyty Szkoleniowe Orzecznictwa Lekarskiego” 2006, nr 5.
13. ZUS, *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*, Warszawa 2013, dostęp również na stronie www.zus.pl.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje następującą definicję rehabilitacji: „rehabilitacja jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania chorego do nowego życia i umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności”. W przypadku osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego mówimy o kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (KRK).

Podstawowe zasady

- Stałymi elementami KRK są:
- ocena klinicznego stanu chorego,
 - optymalizacja leczenia,

- rehabilitacja fizyczna – stopniowe i kontrolowane dawkowanie wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego,
- rehabilitacja psychospołeczna – pozwalająca opanowywać sytuacje stresogenne, trudne stany emocjonalne (lęk i/lub depresję), akcep-

- tować ograniczenia wynikające z następstw choroby,
- diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca,
 - modyfikacja stylu życia,
 - edukacja pacjentów i ich rodzin,
 - monitorowanie efektów KRK.
- KRK powinna być procesem:
- wdrażanym natychmiast,
 - kontynuowanym w sposób ciągły,
 - wieloetapowym,
 - zindywidualizowanym w zależności od całości stanu klinicznego chorego,
 - akceptowanym przez pacjenta i jego otoczenie.

Pleiotropowy efekt kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna powoduje wielokierunkowe (pleiotropowe) korzystne efekty w postaci:

- modyfikacji czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca:
 - zwiększenia aktywności fizycznej,
 - zaprzestania palenia tytoniu,
 - obniżenia ciśnienia tętniczego,
 - zmniejszenia ciężaru ciała,
 - korzystnej korekty profilu lipidowego,
 - korekty metabolizmu węglowodanów,

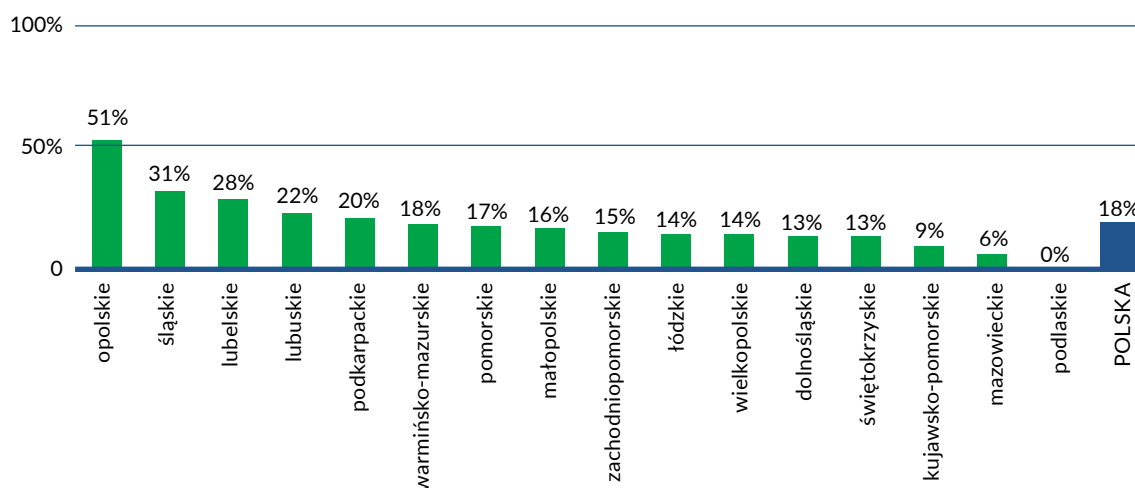
- zmniejszenia insulinooporności,
- poprawy funkcji śródbłonna,
- zahamowania rozwoju, a nawet regresji miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji,
- poprawy wydolności układu krążeniowo-oddechowego,
- poprawy wydolności narządu ruchu,
- poprawy sprawności psychofizycznej,
- mobilizacji pacjenta do współpracy w procesie KRK.

Powyższe skutki umożliwiają zmniejszenie ryzyka ostrych incydentów sercowych, opóźnienie rozwoju choroby oraz skrócenie czasu leczenia po ostrych incydentach sercowych i zaostrzeniach. Efektem jest realizacja dwóch podstawowych celów postępowania lekarskiego, którymi są: poprawa jakości życia oraz wydłużenie życia. **Sprawia to, że zaniechanie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej należy rozpatrywać w kategoriach błędu w sztuce lekarskiej.**

Dostępność kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej w Polsce

W Polsce nie istnieje nowoczesny i zintegrowany system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji. Wprawdzie działają ośrodki

Wykres 1. Liczba zakontraktowanych przez NFZ świadczeń (rehabilitacja stacjonarna + rehabilitacja w oddziale dziennym) jako odsetek sumy liczby ostrych zespołów wieńcowych oraz operacji kardiochirurgicznych w Polsce



prowadzące kardiologiczną rehabilitację szpitalną lub rehabilitację w oddziale dziennym, jednak w ostatnich latach przedstawiono kilka raportów wskazujących na brak dostępności do rehabilitacji kardiologicznej i programów prewencyjnych w wielu regionach kraju. Wyniki badań wykazały, że pacjenci z chorobą niedokrwinną serca, w tym po OZW oraz po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG), często nie są kierowani do ośrodków prowadzących kompleksową rehabilitację. Raport Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dowodzi, że obecnie liczba pacjentów kierowanych na rehabilitację kardiologiczną w trybie stacjonarnym w ciągu roku wynosi zaledwie 23 491, zaś w oddziale dziennym 4450, a łączna liczba tylko OZW i operacji kardiologicznych w Polsce to sto kilkadziesiąt tysięcy rocznie (wykres 1).

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna w ramach ZUS

Z punktu widzenia ZUS wdrożenie procedur rehabilitacji kardiologicznej ma na celu „minimalizację okresu niezdolności do pracy oraz ryzyka przejścia na rentę”. Dlatego tak ważne jest, zwłaszcza w przypadku osób w wieku produkcyjnym, wdrożenie kompleksowych działań, które przywrócą zdolność i chęć do pracy. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna – przez swoje holistyczne podejście i wyzwalanie efektów plejotropowych w sferze psychosocjofizycznej – umożliwi pacjentowi powrót do wykonywania pracy. Dotychczas proponowane modele rehabilitacji kardiologicznej (stacjonarna, ambulatoryjna) nie zawsze są jednak w pełni akceptowane i efektywne (tabela 1).

Tabela 1. Przyczyny niskiego odsetka osób rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych

- czas trwania (dojazd – rehabilitacja – powrót)
- trudność w pogodzeniu się ze zmienionym czasowo rozkładem aktywności rodzinnej, zawodowej itd.
- kłopoty z dojazdem, zwłaszcza chorych z niewydolnością serca
- koszt dojazdu
- brak motywacji w przypadku stanów depresyjnych (35–54% pacjentów kardiologicznych)
- niedostateczna wiedza o konieczności rehabilitacji i korzyściach z niej wynikających wśród pacjentów
- niedostateczne zaangażowanie lekarzy

Konieczne jest zatem poszukiwanie nowych form rehabilitacji. W ich wyniku powstał nowy model hybrydowej kompleksowej telerehabilitacji kardiologicznej (HKTK), który łączy klasyczną rehabilitację ambulatoryjną z domową telerehabilitacją. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych podjął kolejne działania wspierające powrót chorych do pracy – zajął się pionierskim wdrożeniem tego nowego modelu HKTK, opracowanego w Instytucie Kardiologii w Warszawie (Anin), w praktyce.**

Hybrydowa kompleksowa telerehabilitacja kardiologiczna

Skierowani przez lekarza ZUS chorzy realizują 24-dniowy cykl HKTK składający się z dziesięciu dni rehabilitacji ambulatoryjnej, a następnie dwunastu dni domowej telerehabilitacji. W pierwszym i ostatnim dniu turnusu wykonywane są odpowiednio badania wstępne i końcowe. Hybrydowa kompleksowa telerehabilitacja kardiologiczna obejmuje wszystkie działania mające na celu wtórną prewencję schorzeń układu krążenia, na które składają się:

- ocena stanu klinicznego,
- optymalizacja leczenia,
- trening fizyczny,
- wsparcie psychologiczne,
- edukacja: zalecenia dotyczące diety oraz stylu życia i poradnictwo zawodowe.

Trening fizyczny

Trening fizyczny realizowany jest według obowiązujących zaleceń w przypadku pacjentów ze schorzeniami układu krążenia. Obciążenia treningowe ustala się indywidualnie na podstawie tętna treningowego i odczucia obciążania wysiłkiem według zmodyfikowanej skali Borga. Tętno treningowe wylicza się każdemu choremu indywidualnie na podstawie

częstości rytmu serca uzyskiwanej podczas testu wysiłkowego. Tętno treningowe obliczane jest jako suma wartości tętna spoczynkowego i 50–80% rezerwy tętna (HRR, ang. *heart rate reserve*). Rezerwa tętna = maksymalne tętno wysiłkowe – tętno spoczynkowe.

Rehabilitacja ambulatoryjna

W czasie pobytu w ambulatorium wszyscy pacjenci objęci są opieką lekarską, pielęgniarską, psychologiczną i fizjoterapeutyczną. Rehabilitacja ambulatoryjna składa się z 5 sesji 30-minutowego treningu wytrzymałościowego, interwałowego (4 minuty wysiłku/2 minuty odpoczynku) na cykloergometrach, który prowadzony jest codziennie przez 5 dni. Dodatkowo w tych dniach pacjenci realizują treningi szkoleniowe z techniki nordic walkingu, a następnie przez kolejne 5 dni właściwe treningi nordic walkingu. Wszyscy chorzy odbywają szkolenie z obsługi sprzętu telemonitorującego. Ponadto pacjenci codziennie uczestniczą w zajęciach z psychologiem, podczas których prowadzona jest psychoterapia

i treningi relaksacyjne. Równolegle realizowany jest program edukacji zdrowotnej. Pacjenci słuchają wykładów dotyczących chorób układu krążenia, czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, zasad prawidłowego żywienia oraz praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, a także zagrożeń dla zdrowia w miejscu pracy.

Domowa telerehabilitacja

Kolejnym etapem HKTK jest 12-dniowa domowa telerehabilitacja oparta na treningu nordic walking. Każdy pacjent otrzymuje aparat EHO mini (zdjęcia 1 i 2) umożliwiający realizowanie i monitorowanie rehabilitacji kardiologicznej w domu. Aparat EHO mini zaopatrzony jest w 4 elektrody, co pozwala na uzyskanie zapisu EKG z trzech odprowadzeń przedsercowych. W aparacie zaprogramowana jest indywidualna dla każdego chorego sesja treningowa (określony czas ćwiczeń, przerwy, moment rejestrowania EKG). Dodatkowo chorzy otrzymują ciśnieniomierz, który jest kompatybilny z aparatem EHO mini.

Zdjęcie 1. Teletransmisja danych od pacjenta do centrum monitorującego



Zdjęcie 2. Aparat EHO-EKG mini połączony kablami z czterema elektrodami oraz aparatem do pomiaru ciśnienia tętniczego



Pacjent za każdym razem przed przystąpieniem do cyklu ćwiczeń przesyła spoczynkowy zapis EKG i wartość pomiaru ciśnienia tętniczego do centrum monitorującego oraz telefonicznie odpowiada na pytania dotyczące samopoczucia, masy ciała i przyjętych leków, po czym otrzymuje – w przypadku braku nieprawidłowości – zezwolenie na rozpoczęcie sesji treningowej. Zaplanowany cykl ćwiczeń wykonywany jest zgodnie z sygnałami dźwiękowymi i świetlnymi wysyłanymi przez aparat (zielone światło diody oznacza start ćwiczeń, czerwone sygnalizuje przerwę w treningu). Na szczycie wysiłku aparat samoczynnie rejestruje EKG. Jeśli trening przebiega zgodnie z planem, bezpośrednio po każdej sesji treningowej pacjent za pomocą sieci komórkowej przesyła zapisy EKG do centrum monitorującego, gdzie oceniane są: bezpieczeństwo, efektywność i poprawność realizowanej przez chorych domowej telerehabilitacji.

Na podstawie oceny odczuwanej przez chorego intensywności wysiłku według zmodyfikowanej skali Borga oraz EKG rejestrowanego podczas treningu podejmuje się decyzję o dalszym procesie rehabilitacji. Ponadto pacjent ma możliwość wykonywania i przesyłania EKG w każdym momencie, także poza

treningiem, na przykład w przypadku złego samopoczucia.

Wyniki realizacji hybrydowej telerehabilitacji w ramach programu prewencji rentowej ZUS

W naszym badaniu pacjenci po zakończonym cyklu rehabilitacji dodatkowo wypełniali ankietę oceniającą akceptację HKTK. Chorzy dobrze przyjęli nowy model hybrydowej telerehabilitacji. Pacjenci rozumieli i akceptowali potrzebę kontynuacji interaktywnej współpracy z zespołem realizującym domową telerehabilitację. Nie było istotnych problemów z obsługą sprzętu telemonitorującego. Większość pacjentów zaznaczała odniesione dzięki HKTK korzyści, ponad połowa chorych podkreślała zwiększone poczucie bezpieczeństwa podczas ćwiczeń, a trzy czwarte chorych uważało, że telemonitoring miał mobilizujący wpływ na realizowanie rehabilitacji w domu. Ponad połowa pacjentów podkreślała wpływ telerehabilitacji na wzrost aktywności fizycznej i mentalnej, a u 40,4% chorych odnotowano także poprawę życia intymnego. Warto podkreślić, że zarówno w naszym badaniu, jak i w opublikowanych doniesieniach, wszyscy pacjenci ukończyli cykl telerehabilitacji.

Istotnym wnioskiem płynącym z badań przeprowadzonych w Instytucie Kardiologii w Warszawie jest odnotowanie dobrej współpracy chorych podczas realizacji nowej formy rehabilitacji, jaką jest HKTK, co warunkowało znaczną poprawę wydolności fizycznej. Inni autorzy nie znaleźli różnic w zakresie współpracy chorych i poprawy wydolności fizycznej, wynikających z wykonywanego zawodu, oraz wykazali porównywalną poprawę wydolności fizycznej (którą oceniano w teście wysiłkowym) po rehabilitacji hybrydowej w populacji chorych z cukrzycą i bez cukrzycy. Trening hybrydowy prowadził do porównywalnej poprawy wydolności fizycznej u kobiet i mężczyzn po zawale serca, ale mężczyźni w porównaniu z kobietami znacznie częściej podejmowali pracę po cyklu rehabilitacji. W sumie po naszym badaniu prowadzonym w ramach prewencji rentowej 48,48% chorych wróciło do pracy po rehabilitacji.

Wnioski

1. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna jest procedurą, która poprawia jakość życia i przedłuża długość życia, i dlatego jej zaniechanie należy rozpatrywać w kategoriach błędu w sztuce lekarskiej.
2. Dostęp do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej w Polsce jest wysoce niewystarczający i zróżnicowany w różnych rejonach.
3. Telerehabilitacja hybrydowa jest skuteczną i bezpieczną formą realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.
4. Nowy model hybrydowej telerehabilitacji, realizowany w ramach prewencji rentowej ZUS, jest akceptowaną przez większość chorych formą rehabilitacji i odznacza się dobrą współpracą większości pacjentów.
5. Nowy model hybrydowej telerehabilitacji prowadzi do poprawy wydolności fizycznej w grupie pacjentów dobrze współpracujących.
6. Wdrożony przez ZUS model hybrydowej telerehabilitacji pozwolił na odzyskanie zdolności do pracy i jej podjęcie 48,48% chorych.

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz
kierownik Kliniki Rehabilitacji Kardiologicznej
i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej
Instytutu Kardiologii
im. Prymasa Tysiąclecia
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

Piśmiennictwo

1. Jankowski P., Niewada M., Bochenek A. i in., *Optymalny model kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji*, „Kardiologia Polska” 2013, 71, s. 995–1003.
2. Korzeniowska-Kubacka I., Bilińska M., Dobraszkiewicz-Wasilewska B., Piotrowicz R., *Comparison between hybrid and standard centre-based cardiac rehabilitation in female patients after myocardial infarction: a pilot study*, „Kardiologia Polska” 2014, 72(3), s. 269–274.
3. Korzeniowska-Kubacka I., Dobraszkiewicz-Wasilewska B., Bilińska M., Rydzewska E., Piotrowicz R., *Two models of early cardiac rehabilitation in male patients after myocardial infarction with preserved left ventricular function: comparison of standard out-patient versus hybrid training programmes*, „Kardiologia Polska” 2011, 69(3), s. 220–226.
4. Korzeniowska-Kubacka I., Piotrowicz R., *Cardiological rehabilitation-a chance of returning to work*, „Medycyna Pracy” 2005, 56(4), s. 325.
5. Piotrowicz E. i in., *Efekty hybrydowej, kompleksowej telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, „Medycyna Pracy” (w druku).
6. Piotrowicz E., Baranowski R., Bilińska M., Stepnowska M., Piotrowska M., Wójcik A. i in., *A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: Effectiveness, quality of life, and adherence*, „European Journal of Heart Failure” 2010, 12, s. 164–71.
7. Piotrowicz E., Piotrowicz R., *Cardiac telerehabilitation: current situation and future challenges*, „European Journal of Preventive Cardiology” 2013, 20, s. 12–16.
8. Piotrowicz E., Stepnowska M., Leszczyńska-Iwanicka K., Piotrowska D., Kowalska M., Tylka J., Piotrowski W., Piotrowicz R., *Quality of life in heart failure patients undergoing home-based telerehabilitation versus outpatient rehabilitation – a randomized controlled study*, „European Journal of Cardiovascular Nursing” 2015, 14(3), s. 256–263.
9. Piotrowicz E., Zieliński T., Bodalski R., Rywik T., Dobraszkiewicz-Wasilewska B., Sobieszczarska-Małek M. i in., *Home-based telemonitored Nordic walking training is well accepted, safe, effective and has high adherence among heart failure patients, including those with cardiovascular implantable electronic devices – a randomized controlled study*, „European Journal of Preventive Cardiology” 2015, 22(11), s. 1368–1377.
10. Piotrowicz R., Piotrowicz E., *Telerehabilitacja*, Warszawa 2011.
11. Piotrowicz R. i in., *Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna. Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*, „Folia Cardiologica” 2004, 11, Supl. A, A1-A3.
12. Szalewska D. i in., *Influence of a hybrid form of cardiac rehabilitation on exercise tolerance in coronary artery disease patients with and without diabetes*, „Kardiologia Polska” 2015, 73(9), s. 753–760.
13. Szalewska D. i in., *The impact of professional status on the effects of and adherence to the outpatient rehabilitation in patients referred by a social insurance institution*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health” 2015, 28(4), s. 761–770.

Program rehabilitacji narządu głosu w ramach prewencji rentowej ZUS

Głos jest ważnym elementem i nośnikiem mowy fonicznej, umożliwiającym wymianę informacji w społeczeństwie. Dla wielu środowisk zawodowych głos ma wymiar znacznie szerszy, stanowi bowiem narzędzie w ich codziennej pracy. Powszechnie uważa się, że wydawanie głosu jest czynnością prostą i naturalną, tymczasem mechanizm ten jest niezwykle skomplikowany i precyzyjny. Prawidłowy głos uwarunkowany jest właściwą budową narządu fonacyjnego, odpowiednimi proporcjami anatomiczno-strukturalnymi w obrębie krtani, wydolnym narządem oddechowym i prawidłowo ukształtowanymi jamami rezonacyjnymi.

Wstęp

Człowiek powinien posługiwać się w mowie naturalnym głosem. Głos tworzony jest wówczas w sposób łatwy, bez wysiłku, przy zachowanej równowadze pomiędzy oddychaniem, fonacją i rezonansem. Wysokość głosu i jego barwa mają cechy charakterystyczne dla danej osoby, a natężenie głosu powinno być dostosowane do sytuacji i intencji wypowiedzi.

Głos i jego właściwe brzmienie łączyliśmy dotąd z takimi zawodami, jak: śpiewacy, aktorzy, spikerzy, nauczyciele, prawnicy, dziennikarze czy politycy. Dzisiaj do tej grupy dołączyły inne zawody, w których umiejętność komunikowania się z drugim człowiekiem jest warunkiem sukcesu i miernikiem przydatności w danym zawodzie. Zaburzenia głosu występujące w zawodach, w których spotyka się szczególne obciążenia tego narządu, zwane dysfoniami zawodowymi, mogą w istotnym stopniu zaburzać lub uniemożliwiać aktywność zawodową. Grupą najczęściej zgłaszającą się do lekarza foniatrii z powodu problemów głosowych są nauczyciele. W Polsce liczebność tej grupy zawodowej ocenia się na ponad 670 tys. osób.

Działania profilaktyczne

Zawodowe zaburzenia głosu są często spotykane w codziennej praktyce lekarza foniatrii i stanowią istotny problem medyczny oraz orzeczniczo-prawny (orzeczenie czasowej niezdolności, renty, choroby zawodowe). Brak działań profilaktycznych prowadzi do chorób zawodowych niosących za sobą określone skutki społeczno-ekonomiczne. Wprowadzenie natomiast odpowiednich działań profilaktycznych w obrębie grup zawodowych, dla których głos stanowi narzędzie ich codziennej pracy, jest skutecznym sposobem na zmniejszenie skali problemu.

Elementem zapobiegawczym może być nauczanie emisji i rehabilitacja głosu, z wykorzystaniem właściwej bazy terapeutyczno-rehabilitacyjnej. Program profilaktyki dla osób zawodowo posługujących się głosem powinien uwzględniać takie elementy, jak: **opracowanie i rozpropagowanie materiałów informacyjnych**, skierowanych przede wszystkim do aktywnych zawodowo nauczycieli i do studentów zamierzających podjąć naukę na wydziałach przygotowujących do pracy w zawodach stawiających duże wymagania

wobec narządu głosu, oraz **badania foniatryczne**, z oceną czynności fonacyjnej krtani i jakości głosu pod kątem przydatności do zawodu nauczyciela. Badania te dzisiaj mają charakter doradczy i umożliwiają podjęcie działań zapobiegawczych i rehabilitacyjnych, zwłaszcza w przypadku permanentnego przeciążenia narządu głosu u osób predysponowanych lub w przypadku już istniejących patologii w obrębie narządu głosu. Bardzo ważnym elementem profilaktyki głosowej jest również organizowanie warsztatów szkoleniowych z zakresu prawidłowej emisji głosu oraz wdrażanie w szkołach zasad higieny głosowej wśród nauczycieli i uczniów.

Objawy dysfonii

Najczęstszym problemem u osób pracujących głosem jest przeciążenie narządu głosu niewłaściwymi nawykami czynnościowymi. W połączeniu z obciążeniami wynikającymi z czasu i specyfiki używania głosu oraz czynnikami emocjonalnymi i zdrowotnymi często dochodzi do upośledzenia funkcji głosowej, w stopniu istotnie utrudniającym wykonywanie zawodu. W dysfonii zmianie ulega sposób emisji, charakter głosu, zakres, średnie położenie głosu oraz czas fonacji.

Zaburzenia głosu o typie dysfonii określa się jako **zmiany wielopostaciowe** w zakresie jego wszystkich składowych akustycznych (częstotliwości, natężenia, czasu trwania, barwy). Dysfonia jest zaburzeniem czynności narządu głosu. Pojawia się jako skutek istniejącej w obrębie narządu głosu zmiany patologicznej – i wówczas mówimy o **dysfonii organicznej**, lub może być efektem zaburzeń czynności skomplikowanych mechanizmów w procesie tworzenia głosu – i wtedy nazywamy ją **dysfonią czynnościową**.

Zaburzenia głosu o typie dysfonii zawsze spowodowane są niesprawnością narządu głosu i bardzo często towarzyszy im **chrypka**. Według definicji Unii Europejskich Foniatorów (UEF) chrypka jest zjawiskiem akustycznym, które powstaje jako efekt nieprawidłowej

wibracji fałdów głosowych połączonej ze szmerem powietrza nieregularnie przechodzącego przez głośnię. Nieprawidłowa wibracja fałdów głosowych może być spowodowana zmianami w strukturze, grubości, masie, sztywności i elastyczności fałdów głosowych lub też wynikiem nieprawidłowej techniki fonacyjnej. Nieregularność drgań fonacyjnych połączona z zaburzeniem fazy zamknięcia głośni prowadzi do zmiany jakości, zmiany barwy głosu określanej mianem chrypki.

Zaburzeniom głosu o typie dysfonii, bez względu na przyczynę ich powstawania, towarzyszy cały szereg niekorzystnych, odczuwanych przez pacjenta dolegliwości ze strony gardła i krtani, zwanych **parastezjami gardłowo-krtaniowymi**. Pacjenci często zgłaszają zaleganie i spływanie śluzu w gardle lub suchość, konieczność częstego przełykania, pochrząkiwanie, pokąsływanie, pobolewanie w gardle, uciski i dyskomfort w obrębie szyi, trudności w wydobywaniu głosu i zanikanie głosu podczas mówienia.

Metody rehabilitacji głosu

Zaburzenia funkcjonalne głosu, zwane dysfoniami czynnościowymi, najczęściej wynikają z niewłaściwego używania głosu i nieprawidłowych nawyków, z których często nie zdajemy sobie sprawy. W takich wypadkach leczenie farmakologiczne i fizyioterapia jest mało skuteczne, ponieważ usuwa jedynie skutki przeciążenia krtani, a nie jego przyczyny, dając poprawę głosu jedynie chwilową. Pacjent szybko wraca do dawnego trybu życia oraz starych nawyków i problem głosowy ponawia się. Przyczynowym leczeniem powyższych przypadków jest tak zwana **rehabilitacja czynnościowa**. Jednak ta forma terapii wymaga od pacjenta zaangażowania, a efekty zauważalne są po dłuższym okresie systematycznej pracy nad sobą.

Wśród metod terapii zaburzeń głosu niewątpliwie największą rolę odgrywa rehabilitacja głosu. Rehabilitacja zaburzeń głosu obejmuje **działania pośrednie**, które dotyczą edukacji w zakresie przestrzegania higieny

pracy głosem, właściwych nawyków głosowych i poprawy warunków zewnętrznych w miejscu pracy. Drugim ważnym kierunkiem są **działania bezpośrednie**, które zmierzają do wypracowania i utrwalenia technik prawidłowej emisji głosu.

W rehabilitacji głosu znane są różne podejścia metodologiczne, niemniej wszystkie mówią o konieczności świadomego wprowadzenia zmian w życie pacjenta. Rehabilitacja głosu wyróżnia pewne **kierunki oddziaływań**, które dotyczą higieny głosu, następnie sposobu, w jaki głos jest przez daną osobę tworzony.

Celem higieny głosu jest wykrycie i wyeliminowanie negatywnych nawyków sprzyjających rozwojowi zaburzeń głosu. Wśród tych czynników należy wymienić nadużywanie głosu, częste rozmowy w hałaśliwym czy zadymionym otoczeniu, brak snu, mała aktywność fizyczna, palenie papierosów, niedostateczne nawodnienie czy niewłaściwa dieta.

Drugi kierunek modyfikuje nieprawidłowe objawy głosowe, takie jak nieprawidłowa głośność w potocznej mowie, twardy atak, przydechy, niewłaściwa wysokość głosu.

Kolejne podejście ma charakter holistyczny i polega na modyfikacji całego mechanizmu tworzenia głosu, obejmującej wszystkie jego składowe. Przywracana jest zatem kontrola i równowaga pomiędzy oddychaniem, napięciem mięśni krtani i nadgłośniowymi modyfikacjami tonu krtaniowego.

Najlepsze efekty daje połączenie tych wszystkich podejść. Programy rehabilitacyjne mogą różnić się materiałem tekstowym ćwiczeń głosowych oraz instrukcjami wykonawczymi. Jedne koncentrują się bardziej na czynnościach oddechowych, inne na odczuciu rezonansu, a jeszcze inne włączają masaż i techniki manualne na szyi do przywrócenia równowagi mięśni krtani.

Cel rehabilitacji głosu

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) celem prowadzonych działań terapeutyczno-rehabilitacyjnych,

w tym programów prewencji rentowej, powinno być przywrócenie takiego stanu narządu głosu, aby spełniał zawodowe, socjalne i emocjonalne potrzeby pacjenta. Brak działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych doprowadza do powstania chorób zawodowych stanowiących problem medyczno-prawny i niesie za sobą określone skutki społeczno-ekonomiczne. Uzasadnione jest zatem tworzenie wartościowych narzędzi i programów w zakresie profilaktyki i rehabilitacji zaburzeń głosu.

Było to też inspiracją do opracowania założeń i wdrożenia w naszym kraju w 2012 roku ogólnopolskiego programu rehabilitacji narządu głosu w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Program rehabilitacyjny ZUS

Celem nadrzędnym terapii głosowej w ramach opracowanego i wprowadzonego przez ZUS programu rehabilitacyjnego jest poprawa głosu, który umożliwi swobodne komunikowanie się z otoczeniem w warunkach potocznej konwersacji oraz stworzy podstawę do kontynuacji pracy w zawodach wymagających większej od przeciętnej wydolności głosowej. Program został stworzony przede wszystkim dla nauczycieli, którzy stanowią najliczniejszą grupę zawodową, w której głos stanowi narzędzie ich codziennej pracy.

Kwalifikację pacjentów na rehabilitację przeprowadza lekarz dysponujący należytą dokumentacją informującą o przebiegu choroby pacjenta oraz formach dotychczasowego leczenia i rokowaniu w odniesieniu do aktywności zawodowej. Na pobyty terapeutyczno-rehabilitacyjne kwalifikowani zostają wyłącznie pacjenci rokujący powrót do zdrowia i kontynuację pracy zawodowej. Pobyt rehabilitacyjny trwa nieprzerwanie 24 dni. Odbywa się w placówkach sanatoryjno-leczniczych położonych zwykle w miejscowościach o wyjątkowych walorach balneoklimatycznych. Dotychczas turnusy rehabilitacyjne były przeprowadzane w Konstancinie i Ciechocinku.

Istotą programu było opracowanie wielospecjalistycznego modelu intensywnej rehabilitacji głosu w ramach 24-dniowego turnusu sanatoryjnego. Dobór procedur diagnostycznych i terapeutycznych podczas pobytu pacjenta jest modyfikowany w zależności od typu schorzenia i wyszczególniony w opracowanym indywidualnie dla każdego pacjenta planie hospitalizacji, po przeprowadzonym wstępnym badaniu lekarskim.

Program obejmuje część diagnostyczną oraz terapeutyczno-rehabilitacyjną. **Część diagnostyczna** zawiera badania mające na celu weryfikację rozpoznania wstępnego i ustanowienie rozpoznania ostatecznego. Podczas pobytu wykonuje się takie badania, które pozwalają bardzo szczegółowo zapoznać się z czynnością narządu głosu, m.in. badanie endoskopowe traktu głosowego przed i po terapii, badanie wideoskopowe krtani, badania akustyczne głosu i mowy, próbę męczliwości głosu i ocenę niepełnosprawności głosowej.

Część terapeutyczno-rehabilitacyjna dobierana jest indywidualnie w zakresie rodzaju ćwiczeń i czasu jego trwania. Ćwiczenia prowadzone są indywidualnie i grupowo. Zakres świadczeń obejmuje zajęcia relaksacyjne, fizjoterapię oddechową, ćwiczenia z zakresu emisji głosu, psychoterapię, zajęcia z logopedą, ćwiczenia głosowe, fizjoterapię z włączeniem takich zabiegów, jak vibroaeroterapia lekowa czy elektrostimulacje krtani.

Dotychczasowe doświadczenia w ramach prowadzonych programów rehabilitacji głosu wśród nauczycieli oraz **analiza wyników** prowadzonych świadczeń terapeutyczno-rehabilitacyjnych wskazują na istotną klinicznie poprawę jakości głosu u tych pacjentów, którzy skorzystali z programów rehabilitacji narządu głosu oferowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. U pacjentów uzyskano poprawę techniki emisyjnej i jakości głosu, co umożliwia im swobodne porozumiewanie się z otoczeniem podczas konwersacji, ale przede wszystkim, stwarza podstawę do kontynuacji ich pracy w zawodach wymagających większej od przeciętnej wydolności głosowej.

Turnusy rehabilitacyjne spotkały się z dużym zainteresowaniem przede wszystkim

w środowisku nauczycieli. Warto w tym miejscu podkreślić, że nauczyciele stanowią jedyną grupę zawodową w Polsce, która ma możliwość zadbania o swój narząd głosu w trakcie rocznego płatnego urlopu dla podratowania zdrowia. Ten czas można z powodzeniem wykorzystać na terapię i rehabilitację głosu w placówkach uzdrowiskowych realizujących program ZUS.

Podsumowanie

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń i dostępnych danych statystycznych można stwierdzić, że program w ramach prewencji rentowej opracowany dla osób ze schorzeniami narządu głosu jest bardzo potrzebny, a jego realizacja przynosi wymierne skutki w aspekcie medycznym, społecznym i ekonomicznym.

W aspekcie medycznym, poprzez edukację zdrowotną i oddziaływanie terapeutyczne uzyskuje się zmniejszenie zachorowalności na choroby narządu głosu oraz poprawę świadomości w zakresie procesu tworzenia głosu, co w konsekwencji zapobiegnie wtórnym zmianom patologicznym wymagającym długiego, czasami skomplikowanego leczenia, w tym leczenia operacyjnego. Wzrost świadomości i spadek zachorowalności z kolei powoduje zmniejszenie kolejek pacjentów oczekujących na leczenie w ramach lecznictwa otwartego i zamkniętego.

Jeśli chodzi o **aspekt społeczny**, poprzez właściwą realizację programu uzyskuje się poprawę kondycji głosowej nauczycieli w szeroko rozumianym procesie komunikacji międzyludzkiej oraz poprawę świadomości społecznej na temat zapobiegania chorobom narządu głosu.

Realizacja założeń prewencji rentowej dla osób ze schorzeniami narządu głosu niesie za sobą również przewidywalny **skutek ekonomiczny** w postaci zmniejszenia wydatków na leczenie chorób narządu głosu oraz ograniczenie kosztów w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, rentowych i emerytalnych.

dr hab. n. med. Agata Szkiełkowska
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie

Rehabilitacja w onkologii – zbędny luksus czy konieczność?

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

Koszty leczenia

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

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

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

Z analizy przedstawionej w 2012 roku (*Lancet*), obejmującej 46 539 zabiegów operacyjnych

wykonanych w 498 szpitalach 28 krajów europejskich, wynika, że śmiertelność pooperacyjna w Polsce jest 4-krotnie wyższa niż średnia w krajach Unii Europejskiej. Częściowo taka sytuacja może być spowodowana brakiem rehabilitacji przed- i pooperacyjnej, a większość tych operacji wykonywana jest z powodu nowotworów złośliwych, gdyż 85% guzów litych leczonych jest operacyjnie.

Negatywne skutki leczenia nowotworów

Leczenie nowotworów złośliwych wymaga kompleksowego stosowania agresywnych metod, obejmujących przede wszystkim rozległe zabiegi operacyjne, radioterapię i chemioterapię. Są one odpowiedzialne m.in. za ból, zwłóknienia tkanek, blizny oraz ograniczenia aktywności fizycznej, które mogą prowadzić do rozwoju powikłań i psychofizycznych zaburzeń. Nawet wprowadzenie leczenia oszczędzającego nie wpłynęło istotnie na zmniejszenie częstości i nasilenia tych następstw.

Leczenie chorób nowotworowych może być przyczyną zaburzenia czynności wszystkich układów organizmu człowieka. Najczęściej występuje upośledzenie czynności płuc, powodujące duszność i ograniczające możliwość swobodnego oddychania, zwłaszcza podczas wysiłku fizycznego. Częstym i poważnym

Tabela 1. Najczęstsze zaburzenia czynnościowe leczenia nowotworów złośliwych

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

następstwem leczenia nowotworów złośliwych są obrzęki chłonne, wynikające z usunięcia i uszkodzenia części naczyń i węzłów chłonnych, które jest wymogiem leczenia onkologicznego. Jeżeli leczenie dotyczy okolicy stawów, może prowadzić do ograniczenia ich ruchomości, nieprawidłowego ustawienia, a w późniejszym czasie do zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych.

Dominującym objawem leczenia nowotworów złośliwych jest zmęczenie, które dotyczy od 40 do 100% pacjentów. Jego przyczyną jest obniżenie aktywności fizycznej, nawet o 50%, prowadzące do zmniejszenia wydolności fizycznej, co z kolei ogranicza możliwość wykonywania wysiłku fizycznego oraz powoduje prowadzenie oszczędzającego trybu życia i ograniczenie wykonywania codziennych czynności. Prowadzi to do unikania

większej aktywności i nadmiernego odpoczynku, a to po pewnym czasie nasila objawy zmęczenia, uruchamiając „błędne koło”.

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

Czynnościowe zaburzenia po leczeniu nowotworów złośliwych mogą prowadzić do

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

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

Cechy rehabilitacji

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

Kompleksowość rehabilitacji

Podstawowym celem rehabilitacji w onkologii jest zapobieganie utracie przez osoby leczone z powodu nowotworów złośliwych

sprawności psychofizycznej lub jej przywrócenie. Jako postępowanie kompleksowe obejmuje ona **rehabilitację medyczną**, która zajmuje się przywracaniem utraconego zdrowia, **społeczną**, polegającą na powrocie do pełnej aktywności społecznej i zapobieganiu izolacji społecznej, rozpadowi więzi rodzinnych i towarzyskich, oraz **zawodową**, ułatwiającą wykonywanie pracy zawodowej.

Cele rehabilitacji

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

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

wpływać na poprawę stanu psychicznego chorego.

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

z powodu nowotworów złośliwych budziła obawy i najczęściej była w ich przypadku przeciwwskazana. Wynikało to z przeświadczenia o immunosupresyjnym działaniu ćwiczeń, zwłaszcza tych o dużej intensywności, o ich wpływie na zwiększenie kardiotoksyczności będącej następstwem leczenia systemowego i radioterapii, a także o ich silnym oddziaływaniu bodźcowym, które może przyczynić się do rozwoju lub nawrotu choroby. Nie bez znaczenia była także obawa przed patologicznymi złamaniami kości, wynikającymi z ich osłabionej struktury z powodu choroby lub jej leczenia, nasileniem bólu, nudnościami i zmęczeniem, jak również niechęć chorych do jakichkolwiek form ruchu związana

Tabela 2. Metody rehabilitacji w zapobieganiu powikłań leczenia nowotworów złośliwych

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

Ćwiczenia fizyczne w chorobie nowotworowej

Podstawą rehabilitacji medycznej w onkologii są ćwiczenia fizyczne. Wynika to z czynnościowego charakteru zaburzeń, specyficznego wpływu ćwiczeń fizycznych na organizm człowieka oraz ciągłości i intensywności działania tego niezastąpionego bodźca. Do niedawna jednak aktywność fizyczna ludzi leczonych

ze złym stanem psychicznym pacjentów i ich osłabieniem.

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

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

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

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

Zależnie od potrzeb, u chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych można stosować wszystkie rodzaje ćwiczeń fizycznych: od biernych, przez wspomagane, do czynnych z oporem. Najbardziej wskazane są jednak naturalne formy ruchu, angażujące duże grupy mięśniowe, np. wszystkie rodzaje chodu, począwszy od spokojnego spaceru aż do szybkiego marszu, najlepiej na świeżym powietrzu, a także bieg lub jazda na rowerze. Bardzo dobrze tolerowane są także ćwiczenia w wodzie, gdyż środowisko wodne stwarza korzystne warunki dla prowadzenia rehabilitacji, a także atrakcyjne formy ruchu, np. nordic walking, w którym w bezpiecznych warunkach angażowana jest znacznie większa liczba mięśni niż w marszu bez kijów, co pozwala na zwiększenie skuteczności tego rodzaju ćwiczeń.

Tabela 4. Zależność poziomu aktywności fizycznej od dziennej liczby kroków

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

Ćwiczenia w wodzie

Znaczenie środowiska wodnego dla rehabilitacji wynika ze specyficznych właściwości wody: siłę wyporu, ciśnienie hydrostatyczne, opór, lepkość, falę oraz jej temperaturę. Wszystkie te właściwości są wykorzystywane w rehabilitacji

osób leczonych z powodu nowotworów. Dzięki ćwiczeniom w wodzie można uzyskać nawet 90-procentowe odciążenie stawów, co ma istotne znaczenie w przypadku osób z osłabioną strukturą kości, którym zagrażają złamania. Dzięki tej właściwości 45 minut ćwiczeń w wodzie obciąża stawy człowieka tak jak 10 minut ćwiczeń na lądzie. Zależnie od szybkości ruchu, woda może ułatwić jego wykonanie (wolny ruch), co jest istotne w zwiększaniu ruchomości w stawach, lub go utrudnić (szybki ruch), co jest wykorzystywane we wzmacnianiu mięśni. Zwiększając opór wody, np. przez wykorzystanie przyborów zwiększających powierzchnię, można bardzo skutecznie i bezpiecznie zwiększać siłę mięśni.

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

Intensywność ćwiczeń

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

interwałowa, w której określona ilość pracy podzielona jest na kilka części przedzielonych przerwami.

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

Tabela 5. Poziomy intensywności ćwiczeń siłowych

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

* 1 RM – jednokrotne maksymalne 1 RM – powtórzenie

Ograniczenia w stosowaniu ćwiczeń fizycznych

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

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

Fizykoterapia

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

Oczywiście wskazania do zabiegów fizycznych w przypadku osób leczonych z powodu nowotworów muszą być zawsze bardzo wnikliwie rozważone. Należy wziąć pod uwagę rodzaj

nowotworu i jego lokalizację oraz stopień jego zaawansowania i złośliwości. Dużą ostrożność należy zachować w przypadku nowotworów układowych, np. białaczek, chłoniaków, o dużej dynamice rozwoju, stopniu zaawansowania i złośliwości. Decyzja o zastosowaniu fizykoterapii musi także uwzględniać czas po zakończeniu leczenia nowotworu. Im jest on dłuższy, tym możliwości te są większe. Przyjmuje się zazwyczaj 5 lat jako względnie bezpieczny okres, po upływie którego czynniki fizyczne mogą być stosowane u osób po leczeniu nowotworów złośliwych. Ten czas wynika jednak raczej z zasad onkologicznych, według których przeżycie 5 lat bez cech nawrotu choroby lub jej rozszewu można uznać za wyleczenie chorego, a nie z wiarygodnych badań naukowych dotyczących wpływu fizykoterapii na nowotwór złośliwy.

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

Masaż

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

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

Rehabilitacja uzdrowiskowa

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

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

W programie rehabilitacji w onkologii należy uwzględnić rehabilitację uzdrowiskową, gdyż ma ona bardzo wiele zalet, które mogą istotnie wpłynąć na podniesienie jakości i efektywności rehabilitacji. Realizacja rehabilitacji w uzdrowisku pozwala na jej dużą intensywność oraz pełną koncentrację na realizacji jej celów, umożliwia stosowanie specyficznych metod oraz lepszą kontrolę

przebiegu rehabilitacji, co sprawia, że stanowi ona dawkę „uderzeniową”, podczas gdy rehabilitacja ambulatoryjna to dawka „podtrzymująca”. W ciągu 3 tygodni dobrze prowadzonej rehabilitacji uzdrowiskowej można uzyskać efekty kilku miesięcy rehabilitacji ambulatoryjnej.

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

Metody rehabilitacji w obrzękach chłonnych

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

W wyniku usunięcia węzłów chłonnych oraz zwłóknienia naczyń po radioterapii może dochodzić do utrudnienia w odprowadzaniu płynu tkankowego i rozwoju obrzęku chłonnego, który ma charakter postępującego zaburzenia. Leczenie farmakologiczne tych obrzęków jest nieskuteczne, chirurgiczne trudne, a wskazania do jego przeprowadzenia są ograniczone. Do najczęściej stosowanych metod redukcji obrzęku chłonnego

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

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

i przywracania równowagi krążenia chłonki zalicza się kompleksową terapię udrażniającą, która obejmuje specjalny rodzaj masażu (nazywany ręcznym drenażem chłonnym), bandażowanie, stosowanie rękawów lub pończoch elastycznych i ćwiczenia fizyczne. Ręczny drenaż chłonny to specjalny rodzaj masażu wykorzystujący delikatne chwytty, wykonywany w kierunku dośrodkowym od części bliższych do dalszych kończyny.

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

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

W redukcji obrzęku chłonnego wykorzystywane są także niektóre zabiegi fizykalne, takie jak elektroterapia, laser biostymulacyjny, ultradźwięki i masaż wirowy, chociaż ich skuteczność jest znacznie mniejsza. W ostatnim czasie coraz częściej w redukcji obrzęku chłonnego po leczeniu nowotworów złośliwych stosowany jest kinesiotaling. Jakkolwiek istnieją pewne przesłanki teoretyczne za używaniem taśm w rehabilitacji chorych z obrzękami chłonnymi,

to jednak nadal brak jest przekonujących dowodów naukowych potwierdzających skuteczność tej metody i wyjaśniających mechanizm jej działania.

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

Metody rehabilitacji w ograniczeniu ruchomości w stawach

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

W tym przypadku należy stosować podstawowe metody zwiększania ruchomości,

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

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

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

Metody rehabilitacji w zaburzeniach wentylacji płuc

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

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

Do obturacyjnych zaburzeń czynności układu oddechowego dochodzi najczęściej w wyniku reakcji tkanki płucnej na naświetlania promieniami jonizującymi i zmian histologicznych. Stwierdza się wówczas zmniejszenie pojemności życiowej płuc, upośledzenie dyfuzji oraz zwiększony opór w drogach oddechowych. U części chorych rozwijają się zaburzenia o charakterze restrykcyjnym.

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

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

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

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

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

który – zwiększając sprawność mięśni szkieletowych – poprawia tolerancję wysiłkową chorych.

Niska aktywność fizyczna jest czynnikiem ryzyka rozwoju raka jelita grubego, piersi, macicy i prostaty. Częstość występowania tych nowo-

Tabela 9. Rehabilitacja w terminalnym okresie choroby nowotworowej

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

Znaczenie rehabilitacji w onkologii

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

tworów jest od 30 do 50% większa u ludzi prowadzących siedzący tryb życia w porównaniu z aktywnymi fizycznie.

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

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

Z drugiej strony systematyczne ćwiczenia fizyczne o odpowiedniej intensywności znacząco zmniejszają ryzyko zachorowania na nowotwory raka jelita grubego, piersi, macicy i prostaty lub ich nawrotu. Działanie ochronne

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

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

Źródło: „Canadian Medical Association Journal” 2006

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

Rehabilitacja jest skuteczna w zapobieganiu następstwom leczenia oraz przywracaniu sprawności psychofizycznej osób chorych na nowotwory i obecnie jest uznana za integralną część postępowania w onkologii. Mniejsze znaczenie mają w tym przypadku metody farmakologiczne i chirurgiczne, gdyż większość zaburzeń ma charakter czynnościowy i wymaga zastosowania funkcjonalnych metod specyficznych dla rehabilitacji. Coraz więcej obserwacji potwierdza jej korzystny wpływ na ograniczenie powikłań i zaburzeń czynnościowych oraz na skrócenie czasu leczenia i przyspieszenie powrotu osób chorych na nowotwory do normalnego życia, przy jednoczesnym braku skutków ubocznych. Brak niepożądanych następstw rehabilitacji był poważnym argumentem powszechnego wprowadzenia jej w onkologii, gdyż obawa przed nimi była także przyczyną ograniczenia jej stosowania.

Większość zaburzeń czynnościowych po leczeniu nowotworów złośliwych ma charakter

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

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

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

Rehabilitacja łagodzi także objawy choroby nowotworowej i jej leczenia, takie jak ból,

nudności i wymioty oraz zaparcia i biegunki. Ma ona też istotne znaczenie w poprawie stanu psychicznego chorych na nowotwory, obniżając poziom depresji, lęku i obaw oraz zwiększając samoocenę, kontrolę uczuć i zachowań, co w konsekwencji prowadzi do wzrostu poziomu jakości życia.

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

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

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

Źródło: „Canadian Medical Association Journal” 2006

Podsumowanie

Obecnie nie ma wątpliwości, że rehabilitacja powinna być standardem postępowania w onkologii. Wynika to z ryzyka skutków ubocznych leczenia nowotworów złośliwych, istotnie ograniczających samodzielność i niezależność, a często zagrażających zdrowiu, a nawet życiu chorych. Wczesna rehabilitacja zmniejsza ryzyko powikłań, skraca czas pobytu w szpitalu i czas leczenia. Jednocześnie jest skuteczna w utrzymaniu i przywracaniu sprawności psychofi-

zycznej, umożliwiając szybki powrót do pełnej aktywności życiowej, co ma duże znaczenie medyczne, społeczne i ekonomiczne. Dzięki rehabilitacji można znacznie ograniczyć koszty chorób nowotworowych wynikające z utraty zdolności do pracy, zmniejszenia wydajności i przedwczesnej śmierci, które w Unii Europejskiej wynoszą około 80 mld euro rocznie.

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

prof. dr hab. Marek Woźniewski

Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Wydział Fizjoterapii

Piśmiennictwo

1. Courneya K.S., Mackey J.R., Jones L.W., *Coping with cancer. Can exercise help?* „Physician and Sportsmedicine” 2000, 28, 49–73.
2. Douglas E., *Exercise in cancer patients*, „Physical Therapy Reviews” 2005, 10, 71–88.
3. Moseley A.L., Carati C.J., Piller N.B., *A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment*, „Annals of Oncology”, 2007, 18, 639–646.
4. Murawska-Ciałowicz E., Zatoń M. (red.), *Znaczenie aktywności ruchowej dla zdrowia*, Wrocław 2005.
5. Pearse R.M., Moreno R.P., Bauer P., Pelosi P., Metnitz P., Spies C., Vallet B., Vincent J. L., Hoefft A., Rhodes A., *Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study*, „The Lancet” 2012, 380(9847), 1059–1065.
6. Warburton D., Nicol C., Bredin S., *Health benefits of physical activity: the evidence*, „Canadian Medical Association Journal” 2006, 174(6), 801–809.
7. Warburton D., Nicol C., Bredin S., *Prescribing exercise as preventive therapy*, „Canadian Medical Association Journal” 2006, 17(7), 961–974.
8. Wójcik A., Pyszora A., *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, Warszawa 2013.
9. Woźniewski M. (red.), *Fizjoterapia w onkologii*, Warszawa 2012.
10. Woźniewski M., Kornafel J. (red.), *Rehabilitacja w onkologii*, Wrocław 2010.
11. Zatoński W. (red.), *Europejski kodeks walki z rakiem*, Warszawa 2007.

Wybrane problemy psychiczne osób z chorobą nowotworową

Diagnoza choroby nowotworowej to poważne wyzwanie psychofizyczne dla każdej osoby chorej. Świadomość istnienia choroby przewlekłej, o niepewnym rokowaniu, zmusza człowieka do refleksji nad życiem oraz wprowadza zmiany i ograniczenia na wielu poziomach życia. Nierzadko konieczność podporządkowania się procedurom medycznym wywołuje poczucie degradacji i uprzedmiotowienia. Długi czas trwania, trudne leczenie, remisje i zaostrzenia choroby oraz ciągła niepewność dalszego losu powodują u większości osób chorych silny i przewlekły stres psychologiczny, który charakteryzuje się nieprzyjemnymi przeżyciami o podłożu psychologicznym, społecznym i/lub duchowym. Emocje związane ze stresem mają różne nasilenie i zależą od stopnia zaawansowania choroby, niepełnosprawności, skutków ubocznych leczenia, jak również od indywidualnych cech chorych¹.

Wstęp

Spośród wszystkich chorób somatycznych choroby nowotworowe nadal wywierają najsilniejszy wpływ na psychikę człowieka. W przeciwieństwie do innych obszarów wiedzy, obraz choroby nowotworowej zawiera silnie lękowe – z punktu widzenia egzystencji człowieka – informacje, które dotyczą tak podstawowych wartości, jak życie i śmierć. Już samo określenie „rak” odsyła do specyficznego mitu, który naznacza tę chorobę cierpieniem, uprzedmiotowieniem jednostki i śmiercią w bólu².

Choroba nowotworowa powoduje zagrożenia zdrowia i życia, ale wywołuje również silne reakcje emocjonalne, takie jak: lęk, niepokój, gniew, złość. Zmusza chorego do refleksji nad własnym istnieniem, wprowadza w jego życiu wiele zmian i ograniczeń, weryfikuje zasoby zaradcze i ogranicza lub pozbawia ról społecznych. Choroba nowotworowa okalecza,

co może mieć wpływ na samoocenę, ujawnia prawdę o życiu osobistym i zawodowym. Powoduje poczucie degradacji i uprzedmiotowienia, wpływa negatywnie na kondycję fizyczną (ból, słabość), psychiczną (silne negatywne emocje, które mogą prowadzić do depresji), sprzyja poczuciu naznaczenia – stygmatyzacji chorobą, wymusza potrzebę opieki osób drugich nad chorym, wpływa na izolację i nasila egocentryzm pacjenta³.

Kryzys psychologiczny

Kryzys psychologiczny w chorobie nowotworowej występuje na różnych jej etapach i z różnym nasileniem. Początek kryzysu może mieć miejsce od chwili pojawienia się niepokojących objawów, świadczących o poważnym zaburzeniu homeostazy w organizmie danego człowieka, i może trwać do końca leczenia.

W literaturze tematu wśród czynników, które mogą determinować silnie stresową reakcję na chorobę nowotworową, wymienia się:

- zrozumienie istoty choroby i jej prognozy na przyszłość,

¹ M. Kosowicz, *Psychoonkologia* [w:] M. Krzakowski, K. Warzocha, P. Wysocki, *Onkologia kliniczna*, t. 1, Gdańsk 2014, s. 337.

² J.C. Holland, *Stage-specific psychological issues. Clinical course of cancer* [w:] J.C. Holland, J.H. Rowland, *Handbook of psychooncology*, part III, New York 1989.

³ T. Gordon, W.S. Edwards, *Rozmawiać z pacjentem*, Warszawa 2009.

- wiek, płeć i środowisko pacjenta,
- przyczynę choroby („zawiniona” przez chorego lub przez „innych”),
- objawy choroby i umiejscowienie zmian chorobowych,
- bezpośredni wpływ choroby i jej leczenia na funkcje mózgu,
- czynniki psychosocjalne, jako konsekwencja zastosowanych metod leczenia (okaleczające operacje, utrata włosów, przedłużona przerwa w pracy, nudności i wymioty),
- piętno choroby,
- relacje pacjenta z zespołem lekarskim i pielęgniarskim,
- osobę pacjenta (jego doświadczenia życiowe, osobowość, stosunki rodzinne, religię oraz obecne położenie społeczne),
- poważne zagrożenie życia,
- przewidywanie dolegliwości i cierpienia,
- utratę kontroli nad swoim życiem⁴.

Z perspektywy choroby przewlekłej i wynikających z niej strat wiele spraw życiowych nabiera innego wymiaru. Rzeczy, które przed chorobą były ważne, często przestają mieć jakiegokolwiek znaczenie, a te, które wydawały się nieważne, wysuwają się na pierwszy plan rozważań i troski. Często świat staje się wrogi i nieprzewidywalny, a stres związany z chorobą, leczeniem i niewiadomą przyszłością okazuje się stanem przewlekłym. Wielu pacjentów przeżywa poważny kryzys psychologiczny, który wiąże się z zakłóceniem normalnego biegu zdarzeń w życiu człowieka. Towarzyszy mu poczucie niekontrolowalności (bezzradności) i konieczności poddawania się biegowi wydarzeń lub podejmowania licznych nieudanych prób rozwiązań.

Kryzys psychologiczny powinien zostać oparty w ciągu 6 tygodni. U pacjentów chorych na nowotwór ma on postać kryzysu przewlekłego, co w konsekwencji wiąże się z wieloma psychologicznymi skutkami ubocznymi – od utraty chęci do życia, złości, agresji do depresji i prób samobójczych⁵. Osoby przewlekle chore przez cały okres choroby wypracowują indywidualny dla siebie styl radzenia sobie z kryzysem choroby, który stanowi wypadkową wielu zmiennych, m.in. zewnętrznych – relacji z lekarzem, długości trwania leczenia, skutków ubocznych leczenia, jak również wewnętrznych – preferowanych

⁴ J. Barraclough, *Rak i emocje*, Warszawa 1997, s. 78.

⁵ H. Skłodowski (red. nauk.), *Człowiek w kryzysie – psychosocjalne aspekty kryzysu*, Łódź 2010, s. 90–94.

przez daną osobę sposobów radzenia sobie ze stresem (tabela 1), reakcji emocjonalnych, funkcji poznawczych oraz zachowań stereotypowych.

Tabela 1. Style radzenia sobie w chorobie nowotworowej*

Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl ten charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych mają tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenie lub próbę zmiany sytuacji; główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.
Styl skoncentrowany na emocjach	Styl ten jest charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych mają tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak: złość, poczucie winy, napięcie; osoby te mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania; działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową, czasami jednak mogą powiększać poczucie stresu, wzrost napięcia lub przygnębienie.
Styl skoncentrowany na unikaniu	Osoby charakteryzujące się tym stylem w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tych sytuacji.

* R.S. Lazarus, *Emotion and adaptation*, „American Psychologist” 1991, 39, 124–129.

Lęk w chorobie nowotworowej

Dominującą emocją w chorobie o niepewnym rokowaniu jest lęk, który u pacjentów z chorobą nowotworową jest związany m.in. z:

- poczuciem braku bezpieczeństwa (lęk biologiczny),
- poczuciem izolacji i odrzucenia społecznego (lęk społeczny),
- lękiem przed śmiercią (egzystencjalny),
- lękiem przed umieraniem (ból, duszność, cierpienie),
- lękiem przed utratą kontroli nad sobą,

- samotnością, nieistnieniem, odrzuceniem przez ludzi,
- lękiem o bliskich⁶.

W literaturze przedmiotu można znaleźć klasyfikację przyczyn reakcji lękowych u chorych z chorobami nowotworowymi, która dzieli je na trzy grupy:

- wszystko, co się kojarzy i łączy z nowotworem (postrzeganie choroby nowotworowej jako nieuleczalnej, lęk przed cierpieniem związanym z chorobą i jej leczeniem, lęk przed bólem, przertzutami oraz lęk przed przedwczesną śmiercią),
- wszystko, co wiąże się z procesem leczniczym (lęk przed chemioterapią, radioterapią, leczeniem chirurgicznym, lęk przed negatywnymi skutkami leczenia jak wymioty, osłabienie, wypadanie włosów, okaleczenie i oszpecceniem),
- wszystko, co wiąże się z funkcjonowaniem społecznym i relacjami z otoczeniem (lęk przed pogorszeniem relacji z rodziną, lęk przed utratą pozycji zawodowej i statusu społecznego, obawa przed izolacją, lęk przed brakiem akceptacji i odrzuceniem społecznym⁷).

Wielu badaczy podkreśla, że lęk zaburza proces myślenia, co często prowadzi do niewłaściwej oceny okoliczności oraz uporczywego powracania do sytuacji, która wywala niepokój. Stresujące myśli mogą występować w formie nękających, niekontrolowanych niepokojów, refleksji, pytań itp. Pod wpływem lęku skraca się dystans do wielu sytuacji życiowych, a także do samego siebie, co generuje jeszcze większy niepokój i poczucie osaczenia⁸.

W wielu badaniach dotyczących lęku u osób chorych na nowotwór podkreśla się, że wśród pacjentów już w pierwszym dniu leczenia duży odsetek chorych (85%) wymagał udzielenia kompleksowej pomocy, ze względu na objawy nadmiernego zmęczenia, depresji, bólu

czy lęku. Objawy te wpływały niekorzystnie na wolę walki chorego i podważały wiarę w możliwości leczenia, stając się tym samym źródłem cierpienia. Niepokojąco duża liczba pacjentów zgłaszała zmęczenie, czasami określane, jako „najgorsze, jakie można sobie wyobrazić”⁹.

Reakcje lękowe na leczenie zależą w dużej mierze od cech osobniczych chorego, jego wieku (młody wiek w chwili zachorowania skutkuje wyższym poziomem lęku), płci, wcześniejszych epizodów depresyjnych, lękowych, innych współtowarzyszących problemów (choroba bliskiej osoby, opieka nad chorym, śmierć kogoś bliskiego), nadania subiektywnego znaczenia utraconemu narządowi, stopnia okaleczenia i wszystkich zmiennych chorobowych, które dostarczają niepokojących informacji (stadium zaawansowania, liczba hospitalizacji, zmiany nieskutecznej terapii¹⁰).

Rozważając problem lęku pacjentów onkologicznych, nie można pominąć faktu, że ma on, w przebiegu choroby nowotworowej, także podłoże organiczne, m.in. w postaci: zaburzeń gospodarki metabolicznej (hipoglikemia, hiperkalcemia, skrócenie oddechu, duszność oraz powikłania, czyli: zapalenie płuc, zatorowość płucna, sepsa, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia świadomości), uwalniania z komórek nowotworowych substancji hormonalnie czynnych (np. pheochromocytoma, guzy trzustki, gruczolaki tarczycy, gruczolak przytarczyc, guzy wydzielające hormon adrenokortykotropowy oraz insulinoma) i lokalizacji guza (ośrodkowy układ nerwowy)¹¹.

Lęk jest również odpowiedzią na ból, który w przypadku nowotworów jest bardzo zróżnicowany i nierzadko ma charakter przewlekły. Częstą reakcją na ból jest antycypowany lęk, ogniskujący myślenie chorego wokół tego, jak bardzo będzie bolało i jak w związku z tym

⁶ A. Kopczyńska-Tyszko, *Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór* [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak, *Zmaganie się z chorobą nowotworową*, Kraków 1999, s. 125–143

⁷ I. Trzebiatowska, (2000). *Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej* [w:] K. de Walden-Gatuszko (red.), *Psychoonkologia*, Kraków 2000, s. 71–81.

⁸ S.M. Vickberg, D.H. Bovbjerg, K.N. DuHamel, V. Currie, W.H. Redd, *Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: global meaning as a possible protective factor*, „Behav Medicine” 2000, 25, s. 152–160.

⁹ M. Pyk, M. Michno, M. Nowak-Szymańska, *Ból, lęk, depresja u pacjentów onkologicznych*, t. 1, Kielce 2003, s. 157.

¹⁰ K. Hjerl, E.W. Andersen, N. Keiding, P.B. Mortensen, T. Jorgensen, *Increased incidence of affective disorders, anxiety disorders, and non-natural mortality in women after breast cancer diagnosis: a nation-wide cohort study in Denmark*, „Acta Psychiatrica Scand Journal” 2002, 105, s. 258–264.

¹¹ M.J. Massie, *Depression* [w:] J.C. Holland, J.H. Rowland (red.), *Handbook of psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, New York 1989, s. 283–291.

będzie wyglądało jego życie. W miarę narastania bólu następuje „inkubacja lęku”, rozwijająca reakcje lękowe¹².

Ponieważ lęk i ból wykazują wiele podobieństw w symptomatologii, powoduje to duże problemy w ocenie wpływu tych objawów na funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne i społeczne osoby chorej. Dodatkową trudnością w diagnostyce różnicowej lęku i bólu jest fakt, że lęk rzadko jest uświadomiany i werbalizowany wprost przez osobę chorą. Najczęściej chorzy wyrażają swój lęk przez werbalizację pośrednią, symatyzując lęk i zgłaszając różnego rodzaju dolegliwości bólowe związane z chorobami nowotworowymi¹³.

Zaburzenia reaktywne

W przypadku patologicznego przystosowania się do choroby obserwuje się zaburzenia reaktywne pod postacią somatyczną oraz ostre i przewlekłe zaburzenia psychiczne. U chorych prezentujących zaburzenia reaktywne stres związany z chorobą i leczeniem przekracza możliwości psychicznej adaptacji do choroby i przejawia się w formie zespołu dezadaptacyjnego. Zespół ten objawia się silnym i stale obecnym lękiem, wahaniami nastroju, przygnębieniem lub frustracją, zaburzeniami snu bądź odwróceniem rytmu snu i czuwania, a także licznymi zaburzeniami wegetatywnymi i somatycznymi pod postacią konwersji¹⁴.

Ostre zaburzenia psychiczne przebiegają najczęściej z jakościowymi zaburzeniami świadomości (zespoły majaczeniowe lub majaczenio-zamroczeniowe, względnie psychotyczne zespoły depresyjne, rzadziej urojeniowe). Etiologię ostrych zaburzeń psychicznych bardzo często stanowi toksyczny wpływ cytostatyków

i immunosupresji na ośrodkowy układ nerwowy. Do przewlekłych zaburzeń psychicznych, wynikających ze złego przystosowania się do choroby, zaliczamy zespoły charakteropatyczne, otępienne lub mieszane, będące m.in. następstwem zabiegów neurochirurgicznych¹⁵.

Zespół dezadaptacyjny

Zespół dezadaptacyjny określany jest również zespołem psychoterminalnym¹⁶. Charakteryzuje się zawężeniem funkcji poznawczych i behawioralnych, co przekłada się na istotne ograniczenie zainteresowań oraz patologicznie zwiększoną koncentrację na aspektach związanych z chorobą, diagnostyką i leczeniem. Zespół ten objawia się większą intensywnością objawów w stosunku do tzw. normalnej reakcji emocjonalnej na sytuacje zagrożenia, która wynika z choroby.

Objawy związane z zespołem dezadaptacyjnym utrudniają lub wręcz uniemożliwiają wykonywanie codziennych czynności oraz negatywnie wpływają na relacje z innymi osobami. Chorzy z zespołem dezadaptacyjnym żyją teraźniejszością, nie myślą perspektywnie, często idealizują przeszłość. Mają negatywny obraz siebie i swojego położenia. Często rozważają o śmierci i umieraniu. Myślenie w kontekście choroby i umierania często charakteryzuje się myśleniem magicznym (wiara w uzdrowienie poprzez religijne nawrócenie się i gorliwą pobożność, wiara w leczniczą moc medycyny niekonwencjonalnej, bioenergoterapii, ziołolecznictwa itp.) i/lub myśleniem życzeniowym (muszę dożyć do jakiegoś ważnego wydarzenia rodzinnego itp.). Na poziomie emocjonalnym zespół dezadaptacyjny przejawia się: przygnębieniem, lękiem, drażliwością, wybuchowością, wahaniami nastroju, poczuciem winy. Chorzy wykazują zaburzone poczucie czasu w postaci wewnętrznej dezorganizacji i pośpiechu oraz chaosu myśli.

Zespół dezadaptacyjny może przebiegać dwojako: z dominacją gniewu i agresji lub z dominacją regresji. W pierwszym przypadku charakteryzuje się on permanentnym

¹² S. Epstein, *The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy* [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak, *Zmagając się w chorobie nowotworowej*, Kraków 1999, s. 151.

¹³ M. Kosowicz, J. Pupek-Pyziół, M. Kulpa, *Depresja i stany lękowe u chorych na nowotwór* [w:] A. Szawłowski; G. Wallner (red.), *Stany nagłe w onkologii. Występowanie i leczenie*, t. 1, Poznań 2015, s. 283–307.

¹⁴ K. de Walden-Gałuszko, *Psychoonkologia*, Kraków 2000, s. 156.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ S. Greer, T. Morris, K.W. Pettingale, *Psychological response to breast cancer: effect on outcome*, „Lancet” 1979, II, s. 785–787.

buntem, negowaniem wszelkich form leczenia i pomocy. Zespół z przewagą regresji charakteryzuje egocentryzm, hedonistyczne nastawienie, wrogość i pretensjonalne zachowanie wobec otoczenia, przy jednoczesnym oczekiwaniu od niego bezwarunkowej pomocy. Pogłębiające się przygnębienie przybiera czasem formę rozpaczki lub depresji i myśli samobójczych¹⁷.

Depresja

Depresja należy do najczęstszych powikłań psychicznych w przebiegu nowotworów – występuje u 23–60% chorych (częściej zaawansowane stadium). Wśród dorosłych chorych na nowotwory w wieku do 54 roku życia choroba przyczynia się do wzrostu wskaźnika występowania głębokiej depresji, ataków paniki oraz innych zaburzeń psychicznych. Mogą również pojawiać się myśli samobójcze (szczególnie – wiek 55–74). Duży wpływ na tego rodzaju myśli ma nie tylko sama choroba, ale również czynniki socjodemograficzne i brak wsparcia społecznego oraz wcześniejsze choroby psychiczne. Do samobójstwa dochodzi w sytuacji, kiedy choroba stanowi swoiste podsumowanie osobistych klęsk i porażek¹⁸.

W przebiegu chorób nowotworowych pacjentem depresyjnym towarzyszy wybiórcze abstrahowanie i koncentrowanie się na negatywnych aspektach choroby, na przykład na statystyce umieralności czy skutkach ubocznych leczenia. Osoby chore na depresję mają tendencję do nadmiernego uogólniania, dychotomicznego myślenia, a przez to wyolbrzymiania pewnych aspektów choroby, przy jednoczesnym umniejszaniu znaczenia innych. Nierzadką reakcją jest nadmierne odnoszenie zewnętrznych faktów do swojej osoby, gdzie każda przeszkoda, często wynikająca z przyczyn obiektywnych, jest odbierana jako wykluczająca, odrzucająca¹⁹.

Depresja negatywnie wpływa na przebieg choroby, leczenie, proces zdrowienia, współdziałanie pacjenta w procesie leczenia i wybór strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Ponadto pogarsza funkcjonowanie społeczne osoby chorej, a w efekcie także jakość jej relacji z ludźmi i zmniejsza otrzymywane wsparcie społeczne. Przede wszystkim jednak znacząco pogarsza jakość życia.

Przy połączeniu trudności wynikających z choroby, jaką jest nowotwór, i z niezdiagnozowanej depresji znacznie wzrasta ryzyko samobójstw²⁰. Myśli o samobójstwie występują powszechnie u osób z chorobą nowotworową, a ich przyczyną jest zazwyczaj poczucie utraty kontroli i bezradność. Na szczęście większość chorych mówiących o samobójstwie nie podejmuje takiej próby. Świadomość, że można zakończyć życie, często stanowi pewną formę radzenia sobie z cierpieniem²¹.

²⁰ M. Majkovicz, *Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychicznych. Praca poglądowa*, t. 1, Gdańsk 2008, s. t. 1, 57–66.

²¹ H. Skłodowski (red. nauk.), *op. cit.*

dr n. med. Mariola Kosowicz

Poradnia Psychoonkologii

Centrum Onkologii –

Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Piśmiennictwo

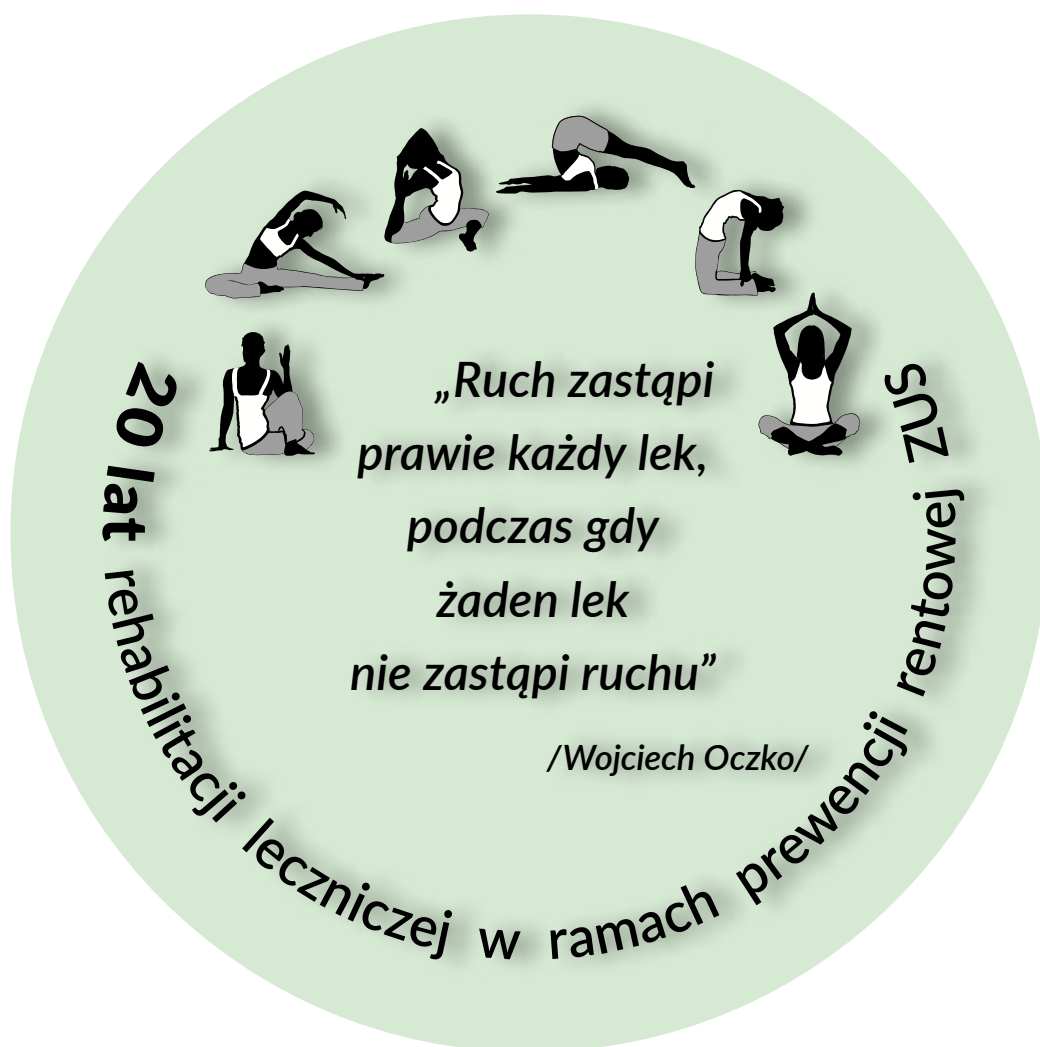
1. Barraclough J., *Rak i emocje*, Warszawa 1997, s. 78.
2. Epstein S., *The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy* [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak, *Zmagając się w chorobie nowotworowej*, Kraków 1999, s. 151.
3. Gordon T., Edwards W.S., *Rozmawiać z pacjentem*, Warszawa 2009.
4. Greer S., Morris T., Pettingale K.W., *Psychological response to breast cancer: effect on outcome*, „Lancet” 1979, II, s. 785–787.
5. Hjerl K., Andersen E.W., Keiding N., Mortensen P.B., Jorgensen T., *Increased incidence of affective disorders, anxiety disorders, and non-natural mortality in women after breast cancer diagnosis: a nation-wide cohort study in Denmark*, „Acta Psychiatrica Scand Journal” 2002, 105, s. 258–264.
6. Holland J.C., *Stage-specific psychological issues. Clinical course of cancer* [w:] J.C. Holland, J.H. Rowland, *Handbook of psychooncology*, part III, New York 1989.
7. Kopczyńska-Tyszko A., *Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór* [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak, *Zmaganie się z chorobą nowotworową*, Kraków 1999, s. 125–143.

¹⁷ K. de Walden-Gałaszko, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotantologii*, Gdańsk 1992.

¹⁸ M. Kosowicz, *Psychoonkologia*, *op. cit.*

¹⁹ M. Kosowicz, J. Pupek-Pyziot, M. Kulpa, *Depresja i stany lękowe...*, *op. cit.*

8. Kosowicz M., *Psychoonkologia* [w:] M. Krzakowski, K. Warzocha, P. Wysocki, *Onkologia kliniczna*, t. 1, Gdańsk 2014, s. 337.
9. Kosowicz M., Pupek-Pyziół J., Kulpa M., *Depresja i stany lękowe u chorych na nowotwór* [w:] A. Szawłowski, G. Wallner (red.), *Stany nagłe w onkologii. Występowanie i leczenie*, t. 1, Poznań 2015, s. 283–307.
10. Lazarus R.S., *Emotion and adaptation*, „American Psychologist” 1991, 39, 124–129.
11. Majkowicz M., *Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychicznych. Praca poglądowa*, t. 1, Gdańsk 2008, s. t. 1, 57–66.
12. Massie M.J., *Depression* [w:] J.C. Holland, J.H. Rowland (red.), *Handbook of psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, New York 1989, s. 283–291.
13. Pyk M., Michno M., Nowak-Szymańska M., *Ból, lęk, depresja u pacjentów onkologicznych*, t. 1, Kielce 2003, s. 157.
14. Skłodowski H. (red. nauk.), *Człowiek w kryzysie – psychospołeczne aspekty kryzysu*, Łódź 2010, s. 90–94.
15. Trzebiatowska I., (2000). *Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej* [w:] K. Walden-Gałaszko (red.), *Psychoonkologia*, Kraków 2000, s. 71–81.
16. Vickberg S.M., Bovbjerg D.H., DuHamel K.N., Currie V., Redd W.H., *Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: global meaning as a possible protective factor*, „Behav Medicine” 2000, 25, s. 152–160.
17. Walden-Gałaszko K. de, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotantologii*, Gdańsk 1992.
18. Walden-Gałaszko K. de, *Psychoonkologia*, Kraków 2000, s. 156.



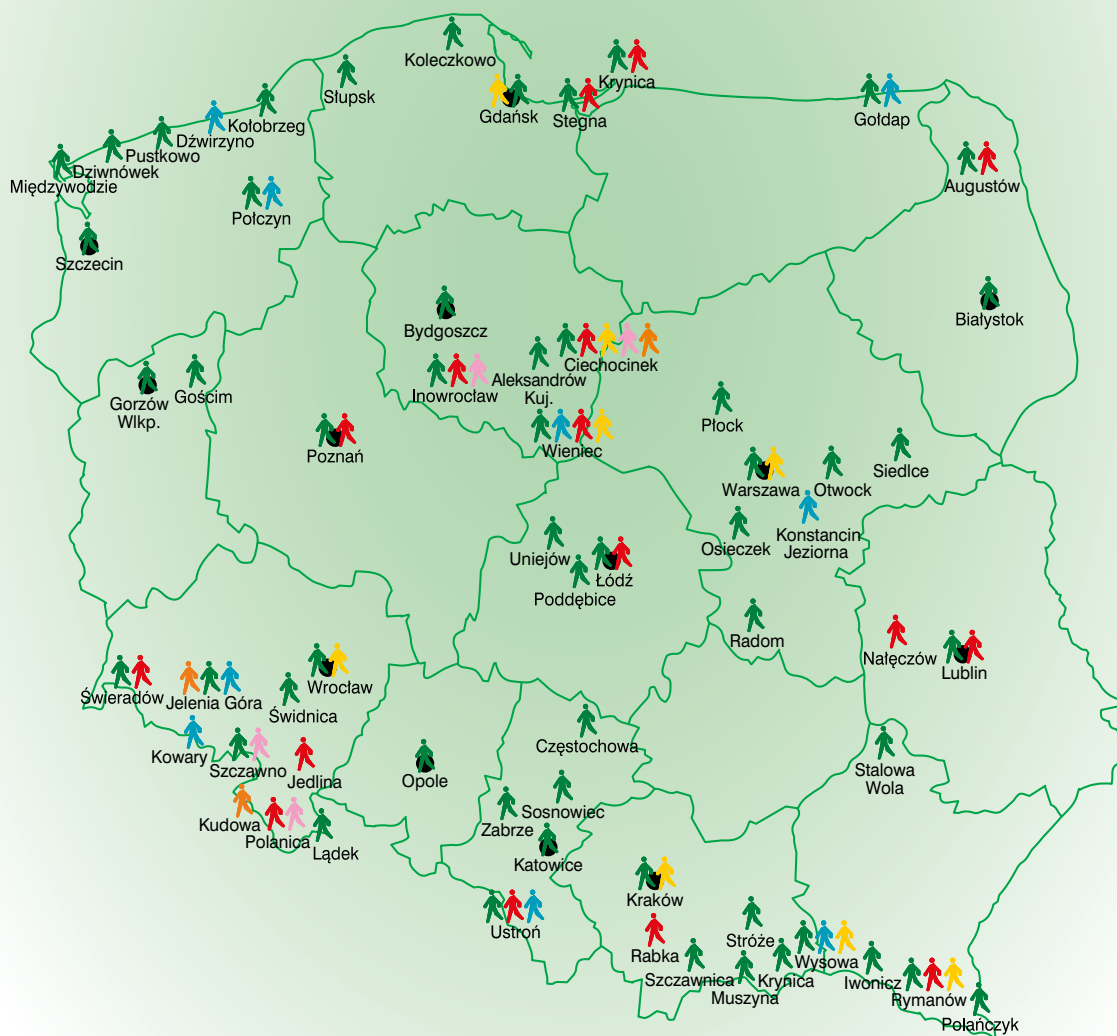


KONFERENCJA

20 lat

rehabilitacji leczniczej

w ramach prewencji rentowej ZUS



Warszawa, 29 listopada 2016 r.

Z okazji 20-lecia rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych prof. Gertruda Uścińska, prezes ZUS, podziękowała pracownikom za ich zaangażowanie w codzienną pracę, za poświęcenie i lojalność oraz wkład w budowanie wizerunku ZUS jako instytucji w sposób szczególny dbającej o jakość obsługi klientów korzystających z jej usług. W imieniu prezes ZUS nagrody i wyróżnienia wręczyła Elżbieta Łopacińska, członek Zarządu nadzorujący Pion Świadczeń i Orzecznictwa.



Na zdjęciu nagrodzeni i wyróżnieni pracownicy oddziałów ZUS: Marzena Multan z oddziału w Koszalinie, Elżbieta Grzywińska z oddziału w Olsztynie, Teresa Skrzypiec z oddziału w Nowym Sączu, Joanna Wodo z oddziału w Sosnowcu, pracownicy Departamentu Prewencji i Rehabilitacji (DPR): Joanna Karczewska, Hanna Bryx, Iwona Szabra, Dorota Skalska, Artur Jasiński, oraz Elżbieta Łopacińska, członek Zarządu nadzorujący Pion Świadczeń i Orzecznictwa, Małgorzata Nietopiel, dyrektor DPR, Anna Sójka, wicedyrektor DPR i Dorota Pniewska, wicedyrektor DPR.

Fot. Archiwum Departamentu Prewencji i Rehabilitacji



Uczestnicy spotkania z okazji 20-lecia rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS.

Fot. Archiwum Departamentu Prewencji i Rehabilitacji



Nagrody i wyróżnienia dla pracowników ZUS.

Fot. Archiwum Departamentu Prewencji i Rehabilitacji



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 Ciebie” – miesięcznik dla ubezpieczonych i świadczeniobiorców,
- „ZUS dla Biznesu” – miesięcznik 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.