

ISSN 1731-8971

ZUS

PREWENCJA i REHABILITACJA

kwartalnik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

nr 1 (15)

2009

PREWENCJA i REHABILITACJA

Spis treści

- 1** Metody usprawniania leczniczego w zespołach bólów krzyża
— Alicja Barwicka
- 9** Utrata prawa do zasiłku chorobowego
— Hipolit Piętko
- 15** Skłonność do ryzyka – symptom odwagi, desperacji czy autodestrukcji
— Ryszard Studenski
- 24** Stanowisko Rady Ochrony Pracy w sprawie oceny stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w 2007 r.
- 26** Instytut Kardiologii w Aninie
— Anna Serafińska
- 27** Wydarzenia, opinie – 2008/2009
— Anna Sójka

Od wydawcy

Po dwuletniej przerwie wznawiamy wydawanie kwartalnika „Prewencja i Rehabilitacja”. Kwartalnik ten ukazywał się od 2003 do końca 2006 roku.

Rola prewencji w zapobieganiu wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym oraz niezdolności do pracy, która jest wynikiem m.in. schorzeń narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego czy schorzeń psychosomatycznych, jest ogromna. Koszty społeczne i ekonomiczne wypadków przy pracy i chorób zawodowych powstałych w związku z niebezpiecznymi, szkodliwymi i uciążliwymi warunkami pracy są bardzo wysokie. Wydawany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w ramach popularyzacji i promocji wiedzy z zakresu szeroko rozumianej prewencji rentowej i wypadkowej, kwartalnik „Prewencja i Rehabilitacja” może stać się forum wymiany informacji i dyskusji dla wszystkich, którym bliskie jest tworzenie bezpiecznego i zdrowego miejsca pracy.



Metody usprawniania leczniczego w zespołach bólów krzyża

Prowadzenie programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest jednym z ważnych zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Program ma na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby zagrożone są długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawę realizacji wymienionej działalności Zakładu stanowią: art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2007 r. nr 11, poz. 74 ze zm.) i rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecz-

nych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. nr 131, poz. 1457).

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej prowadzona jest przez ZUS od 1996 r. i dotychczas skorzystało z niej około 622 tys. osób (tabela 1).

Tabela 1

Osoby poddane rehabilitacji w podziale na grupy schorzeń w latach 1996-2007

Lata	Liczba osób ogółem	Z tego rehabilitacja w schorzeniach:						
		NR	NR.A	UK	UK.A	UO	PS	PS.A
1996	8 785	7 841		944				
1997	15 158	12 931		2 227				
1998	30 201	25 492		4 541				
1999	35 633	29 885		5 596				
2000	49 242	38 612		10 612				
2001	59 946	45 248	1 249	12 087		1 362		
2002	65 841	42 444	4 075	14 601		4 721		
2003	64 351	42 157	4 264	13 050		4 880		
2004	53 245	35 766	4 229	9 985		3 121	144	
2005	53 617	36 353	5 442	8 020	108	2 751	943	
2006	68 041	44 028	7 834	8 999	1 130	2 670	3 353	27
2007	70 445	46 853	7 920	8 373	890	2 372	4 037	

Uwaga: W pozostałych schorzeniach rehabilitacji poddano w latach: 1998 – 168 osób, 1999 – 152 osoby, 2000 – 18 osób.

Objaśnienia skrótów: NR – narząd ruchu, UK – układ krążenia, UO – układ oddechowy, PS – schorzenia psychosomatyczne, NR.A – narząd ruchu w trybie ambulatoryjnym, UK.A – układ krążenia w trybie ambulatoryjnym, PS.A – schorzenia psychosomatyczne w trybie ambulatoryjnym.

Źródło: Opracowano na podstawie informacji o realizacji spraw związanych z rehabilitacją leczniczą – druk ZUS Z-9.

Program tego rodzaju rehabilitacji obejmuje schorzenia: narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego oraz schorzenia psychosomatyczne, stanowią one bowiem najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy.

W schorzeniach narządu ruchu wymieniony program realizowany jest obecnie w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym, przy czym w populacji poddawanej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dominują osoby ze schorzeniami kręgosłupa. Schorzenia te, oznaczone symbolami M51, M47 i G54 w *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizja dziesiąta*, to: choroby krążka międzykręgowego, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych. W omawianym programie stanowią one blisko połowę ustalonych w ośrodkach rehabilitacyjnych rozpoznań klinicznych. Należy podkreślić, że u większości osób dotkniętych wymienionymi schorzeniami zmiany chorobowe dotyczą lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa, co jest przyczyną występowania określonych objawów, zwanych zespołem bólów krzyża (tabela 2).

wanie nowoczesnych metod i technik rehabilitacyjnych o udokumentowanej skuteczności, zgodnie ze standardami światowymi. Tradycyjne metody balneologii wspomagają tu jedynie leczenie podstawowe.

Rehabilitacja prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS oparta jest na założeniach kompleksowego oddziaływania procedurami diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnymi i psychologicznymi oraz szeroko prowadzonej edukacji zdrowotnej.

Aby ocenić, jakie metody usprawniania leczniczego są najczęściej stosowane u osób poddawanych rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, analizie poddano karty informacyjne (*Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*) 5541 osób (2408 kobiet i 3133 mężczyzn), które z powodu zmian chorobowych lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa przebywały w okresie od stycznia 2007 r. do 31 marca 2007 r. w ośrodkach rehabilitacyjnych na podstawie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydanego przez lekarza orzecznika Zakładu.

Tabela 2

Osoby poddane rehabilitacji z powodu schorzeń narządu ruchu w pierwszym kwartale 2007 r.

	Rehabilitacja z powodu schorzeń narządu ruchu			Z tego rehabilitacja w:					
				systemie stacjonarnym			systemie ambulatoryjnym		
	ogółem	kobiety	mężczyźni	ogółem	kobiety	mężczyźni	ogółem	kobiety	mężczyźni
Liczba	11 664	4 672	6 992	9 973	3 919	6 054	1 691	753	938
Procent	100,00	40,05	59,95	100,00	39,30	60,70	100,00	44,53	55,47

Dane epidemiologiczne Komisji Zdrowia Unii Europejskiej, opublikowane w raporcie Banku Światowego z 2001 r., oraz dane statystyczne GUS wskazują, że zespół bólów krzyża, będący następstwem zmian zwyrodnieniowych dolnego odcinka kręgosłupa, dotyka grupę osób w średnim wieku, zwłaszcza z nadwagą i wykonujących pracę siedzącą.

Przeciwdziałanie pojawieniu się tego rodzaju dolegliwości, a także ich ograniczenie stanowi więc poważne wyzwanie dla służb medycznych zajmujących się działaniami prewencyjnymi i medycyną naprawczą w powyższym zakresie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie dysponuje własnymi ośrodkami rehabilitacyjnymi, musi więc korzystać z usług krajowych placówek medycznych prowadzących rehabilitację leczniczą, z którymi zawiera umowy cywilnoprawne na prowadzenie tej działalności. Wybór placówek medycznych dokonywany jest wyłącznie w drodze postępowania konkursowego.

Należy zaznaczyć, że w celu uzyskania optymalnych wyników rehabilitacji, oprócz wykształcenia i profesjonalizmu kadry medycznej zatrudnionej w ośrodkach rehabilitacyjnych, brane są pod uwagę warunki prawidłowej realizacji programu, jak stoso-

Z przeprowadzonej analizy wynika, że w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji stosowane są przede wszystkim: kinezyterapia indywidualna, zbiorowa i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu: ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, światłolecznictwa, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii i elektroterapii. Wraz z rehabilitacją medyczną uzupełnioną edukacją zdrowotną, promocją zdrowia i nauką zasad prawidłowego żywienia prowadzone są oddziaływania psychologiczne, które umożliwiają chorym ponowne włączenie się do normalnego życia społecznego, rodzinnego i zawodowego.

Kinezyterapia

Terapia ruchem jest podstawową formą usprawniania leczniczego i zależnie od potrzeb zdrowotnych pacjenta może być stosowana jej forma indywidualna lub zbiorowa (ogólna).

Kinezyterapia indywidualna dotyczy bezpośrednio dysfunkcji narządu zmienionego chorobowo u danego pacjenta. Czas trwania ćwiczeń indy-

widualnych jest uzależniony od ich zakresu, a także od wydolności osoby poddawanej rehabilitacji.

Kinezyterapia zbiorowa (ogólna) ma na celu przede wszystkim podniesienie sprawności ogólnej. Powszechnie stosowane formy ćwiczeń zbiorowych to między innymi gimnastyka poranna, gimnastyka ogólnokondycyjna, ćwiczenia w wodzie, elementy sportu (rekreacja).

Głównym założeniem prowadzenia gimnastyki porannej jest uzyskanie pobudzenia organizmu do podjęcia aktywności w ciągu dnia. Ćwiczenia powinny być wykonywane przed śniadaniem przez 15-20 minut.

Gimnastyka ogólnokondycyjna, służąca podniesieniu ogólnej sprawności organizmu, powinna być prowadzona w jednorodnych grupach chorobowych zależnych od konkretnych dysfunkcji organizmu oraz wydolności ogólnej pacjenta; czas trwania ćwiczeń jest warunkowany wydolnością pacjentów w grupie, jednak nie powinien być krótszy niż 30 minut i nie powinien przekraczać 45 minut.

Ćwiczenia w wodzie – ich celem jest poprawa sprawności ogólnej oraz wydolności zarówno miejscowej, dotyczącej narządu z dysfunkcją, jak i ogólnej. Dzięki korzyściom wynikającym z prawa Archimedesesa możliwe jest prowadzenie ćwiczeń w odciążeniu. Poprzez wykonywanie ćwiczeń w wodzie można zatem uzyskać wzmocnienie nawet znacznie osłabionych grup mięśniowych, a także stosować dawkowane obciążenie regulowane szybkością wykonywanego ruchu. Czas trwania ćwiczeń powinien wynosić 30-45 minut, w szczególnych wskazaniach czas wykonywania ćwiczeń w wodzie może być dłuższy, jednakże nie powinien przekraczać 90 minut.

Należy podkreślić, że podstawową formą kinezyterapii, pozwalającą osiągnąć najlepsze wyniki w zakresie poprawy funkcji chorego narządu, jest kinezyterapia indywidualna.

Udowodniono, że u większości pacjentów dotkniętych zespołem przewlekłego bólu krzyża można tak złagodzić dysfunkcje kręgosłupa, niezależnie od ich zaawansowania i patologii leżącej u podłoża, by umożliwić prowadzenie prawie normalnego trybu życia i wykonywanie pracy zarobkowej.

Przy wykorzystaniu efektów zabiegów fizykoterapeutycznych i hydroterapeutycznych w bólach przewlekłych stopniowane ćwiczenia wzmacniające mięśnie (progresywne zwiększanie obciążeń, również przy zastosowaniu dodatkowych specjalistycznych urządzeń) mogą przynosić wymierne korzyści pod postacią złagodzenia bólu i zmniejszenia dysfunkcji kręgosłupa, co pozwala, między innymi, na ograniczenie przyjmowania leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych.

Fizykoterapia

Fizykoterapia jest metodą wykorzystującą efekty działania na organizm człowieka wszechobecnego promieniowania elektromagnetycznego utworzonego

z energii emitowanej podczas przemieszczania się elektronów z orbit dalszych na bliższe. Energia promieniowania elektromagnetycznego wyrażana jest w kwantach (porcja energii odpowiadająca każdemu przejściu elektronu). Promieniowanie elektromagnetyczne o większym kwancie niż promieniowanie nadfioletowe zalicza się do promieniowania jonizującego, a o energii mniejszej – do promieniowania termicznego. Zgodnie z prawem Grotthusa-Drapera, skutki biologiczne może wywołać w tkankach tylko energia pochłoniętego przez nie promienia. Przyniesienie przez daną cząstkę materii odpowiedniej ilości energii powoduje jej przejście na wyższy poziom energetyczny.

Właściwie stosowana fizykoterapia wywołuje pożądaną skuteczną leczenie, jeśli stanowi element uzupełniający całość leczenia tak w ostrym, jak i w przewlekłym bólu krzyża. Stosowana jako przygotowanie do prowadzenia ćwiczeń kinezyterapeutycznych umożliwia szybsze uzyskanie efektów terapeutycznych.

Ciepłolecznictwo – w fizykoterapii najczęściej stosuje się przegrzewanie częściowe, znacznie rzadziej zaś przegrzewanie ogólne. Przegrzanie częściowe doprowadza do miejscowego ogrzania skóry i tkanek bezpośrednio pod nią leżących, powodując zwiększenie przepływu krwi tętniczej i limfy. Napięcie ścian naczyń, napięcie mięśni szkieletowych i gładkich pod wpływem ciepła ulega obniżeniu lub objawia się zwolnieniem ich skurczu. Powoduje to zmniejszenie bólu, zmniejszenie stanów skurczowych mięśni, zwiększenie wchłaniania produktów zapalnych oraz pobudzenie wzrostu i regeneracji tkanek.

W praktyce najczęściej stosuje się różnego rodzaju okłady i kompresy przegrzewające, np. parafinoterapię, okłady fango-parafinowe czy chemiczne kompresy żelowe. Do okładów parafinowych używa się najczęściej parafiny stałej o dużej pojemności cieplnej i niskim przewodnictwie cieplnym (powoli oddaje ciepło). Okład powoduje głębokie przegrzanie, a poprzez działanie przeciwbólowe ułatwia w następstwie wykonywanie ćwiczeń kinezyterapeutycznych.

Leczenie zimnem (krioterapia) – pożyteczne działanie tego zabiegu polega na zmniejszeniu metabolizmu mięśni i powierzchniowych, przykręgosłupowych tkanek miękkich oraz łagodzeniu reakcji zapalnej i zmniejszaniu bólu w wyniku zwalniania przewodzenia przez włókna nerwowe. Efekt biologiczny oziębiania uzależniony jest od temperatury, jaka w wyniku zabiegu zaistnieje w tkankach i w jakim czasie to nastąpi oraz od czasu utrzymania się obniżonej temperatury w miejscu zadziałania krioterapii.

Krioterapia miejscowa ma zastosowanie w oziębianiu określonych części organizmu w celu wywołania zmian w obrębie tkanek w wyniku oddawania przez nie ciepła. W praktyce wykorzystuje się najczęściej krioaplikatory z zastosowaniem ciekłego azotu, dwutlenku węgla, a także kompresy żelowe i lód.

Krioterapię ogólnoustrojową wykonuje się w jedno- lub wieloosobowych komorach. W trakcie kilku-

minutowego zabiegu następuje oziębienie skóry tułowia o około 1 stopień, a na podudziach o około 10 stopni. Najważniejsze efekty krioterapii ogólnoustrojowej to wzrost stężenia ACTH, kortyzolu, adrenaliny, noradrenaliny i β -endorfin. We krwi obwodowej obserwuje się ponadto wzrost poziomu retikulocytów i kwaśnej fosfatazy oraz frakcji γ i β -globulin. Tego rodzaju krioterapia powoduje w rezultacie końcowym wzrost gry naczyniowej naczyń skórnych, spadek napięcia mięśniowego, działa przeciwbólowo, przeciwobrzękowo i przeciwzapalnie. W końcowym efekcie pozwala to na podjęcie większego wysiłku w czasie ćwiczeń, co skutkuje wzrostem siły mięśniowej oraz zwiększeniem zakresów ruchów w obrębie chorych stawów.

Wodolecznictwo (hydroterapia) – wodę w fizykoterapii można wykorzystywać na wiele sposobów i we wszystkich stanach skupienia. Jej rola jako rozpuszczalnika i transportera wielu substancji o działaniu leczniczym jest w medycynie fizykalnej nie do przecenienia. Ważną rolę w zabiegach wodoleczniczych, zwłaszcza wykorzystujących ruch wody, odgrywa, poza czynnikiem termicznym, ciśnienie statyczne i dynamiczne. Zależnie od metodyki zabiegu stosowane są kąpiele zimne, chłodne, letnie, ciepłe, o temperaturze stopniowanej według Hauffego, parowe i wirowe, a ponadto półkąpiele, wiele rodzajów natrysków, masaże podwodne, nacierania, okłady i zawijania. Należy zaznaczyć, że hydroterapia wykorzystuje równolegle inne rodzaje fizykoterapii, np. ciepłolecznictwo czy elektrolecznictwo (kąpiel elektryczno-wodna całkowita, kąpiel czterokomorowa galwaniczna częściowa, a także kąpiele jedno- lub dwukomorowe galwaniczne).

Światłolecznictwo – promieniowanie nadfioletowe nie wywiera działania cieplnego, ale ze względu na dużą energię kwantów, powodującą jonizację atomów, daje w rezultacie zmiany struktury białek oraz powoduje narastanie procesów immunosupresyjnych. Działanie promieni nadfioletowych, głównie poprzez wytwarzanie histaminy, powoduje poprawę ukrwienia skóry, pobudzenie wielu reakcji redukcyjno-oksydacyjnych, co w efekcie prowadzi do aktywacji wielu układów enzymatycznych i pobudzenia gruczołów dokrewnych. Następuje zwiększenie i normalizacja zawartości wapnia i fosforanów w surowicy krwi oraz poprawa zaopatrzenia tkanek w tlen, dzięki wzrostowi liczby erytrocytów. Naświetlania miejscowe stosuje się na pojedyncze, ściśle określone odcinki kręgosłupa.

Promieniowanie podczerwone jest tą częścią niewidzialnego promieniowania elektromagnetycznego, którego podstawową cechą są właściwości cieplne. W fizykoterapii stosuje się nieświatłne i światłne generatory podczerwieni, przy czym do naświetlań miejscowych mają zastosowanie filtry (np. czerwone, niebieskie, wodne) osłabiające działanie cieplne tych urządzeń. Podczas naświetlania następuje miejscowe rozszerzenie włóscinek, dro-

bnych tętniczek i naczyń żylnych, a następnie, za pośrednictwem układu nerwowego, dochodzi do rozszerzenia naczyń w tkankach i narządach oddalonych od miejsca naświetlania. Wytwarzane ciepło egzogenne powoduje zmniejszenie napięcia mięśniowego i podwyższenie progu odczuwania bólu. Użycie filtra niebieskiego dodatkowo uśmierza ból.

Leczenie polem elektromagnetycznym wielkiej częstotliwości – prądy wielkiej częstotliwości obejmują w fizykoterapii zastosowanie siły pól elektrycznych, magnetycznych i fal elektromagnetycznych prądów zmiennych do głębokiego przegrzewania tkanek. Wytwarzanie pola prądu elektrycznego wielkiej częstotliwości może zachodzić metodą kondensatorową, indukcyjną oraz metodą pola elektromagnetycznego. Każda z tych metod wykazuje różnice w zakresie intensywności i głębokości przegrzania. Tkanki pod względem elektrycznym są bardzo zróżnicowane między sobą, ponieważ posiadają różną zawartość elektrolitów i w związku z tym ogrzewają się w odmienny sposób. Tkanki bardziej unaczynione ulegają szybszemu przegrzaniu, ale jednocześnie krążąca krew szybciej przenosi ciepło do tkanek sąsiednich.

W praktyce zastosowanie mają w szczególności diatermia krótkofalowa impulsowa i mikrofalowa. Główne działanie lecznicze diatermii krótkofalowej polega na wytwarzaniu ciepła endogenego (wewnątrz tkanek), co powoduje obniżenie pobudliwości nerwowo-mięśniowej, rozszerzenie naczyń krwionośnych i zwiększenie szybkości przepływu krwi. Wynikiem jest ponadto zwiększenie komórkowej przemiany materii i poprawa procesów wchłaniania tkankowego, a także obniżenie napięcia mięśni i zmniejszenie odczucia bólu.

Diatermia impulsowa ma zastosowanie nie tylko w stanach zapalnych okolicy stawów, ale zwłaszcza w trudno gojących się krwiakach pourazowych.

Leczenie polem elektromagnetycznym niskiej częstotliwości – formy wpływu energii na organizm człowieka są podobne, a lecznicze działanie opiera się tu na działaniu impulsowego pola magnetycznego oraz stałego pola magnetycznego. W praktyce wykorzystuje się działanie trzech odmian pola magnetycznego: stałego pola magnetycznego, magnetoterapię (pole magnetyczne o wyższych wartościach indukcji) i magnetostymulację (pole magnetyczne o niskich wartościach indukcji). Uzyskiwane efekty to przyspieszanie powstawania zrostów kośnych, a przez to wzmocnienie i stabilizacja kośćca. Obserwuje się przyspieszone gojenie pourazowych owrzodzeń, dzięki uaktywnieniu procesów przemiany materii, wzmacnianie mechanizmów obronnych, regenerację komórek oraz łagodne rozszerzanie naczyń krwionośnych. Generalnie zastosowanie tej grupy zabiegów ma skutek przeciwbólowy, przeciwzapalny i regeneracyjny.

Leczenia ultradźwiękami – działanie biologiczne ultradźwięków zależy od ilości pochłoniętej energii oraz od tkankowych efektów działań mechanicznych,

cieplnych i fizykochemicznych. W wyniku stosowania ultradźwięków w organizmie człowieka następuje wzmożona przepuszczalność błon komórkowych, zwiększenie wewnątrzkomórkowego stężenia jonów wapnia, przyspieszenie syntezy DNA, poprawa utleniania komórkowego wraz z pobudzeniem przemiany materii na poziomie komórkowym i uwalnianie histaminy. Dzięki temu poprawia się ukrwienie tkanek, następuje hamowanie procesów zapalnych i przyspieszenie wchłaniania tkankowego, zmniejsza się napięcie mięśniowe, zwiększa przewodnictwo nerwowe i stabilizuje układ współczulny, co w następstwie przyspiesza gojenie się tkanek miękkich i tkanki kostnej.

Laseroterapia – lasery medyczne klasyfikuje się głównie na podstawie mocy generowanego promieniowania. W fizykoterapii stosuje się lasery biostymulacyjne o mocy małej i średniej, które należą do laserów niskoenergetycznych. Są to najczęściej lasery helowo-neonowe oraz lasery półprzewodnikowe. Należy pamiętać, że głębokość penetracji promieniowania laserowego jest tym większa, im dłuższa jest fala tego promieniowania. Absorpcja promieniowania laserowego jest głównym elementem działania biologicznego. Wiązka promieniowania przenikając przez tkanki doznaje stopniowej utraty mocy, aby ostatecznie na pewnej głębokości ulec całkowitemu zanikowi.

Promieniowanie laserowe powoduje trzy efekty fotobiologiczne: fotobiochemiczny, fototermiczny i fotojonizacyjny. Można powiedzieć, że główne działanie biostymulacji laserowej ma charakter bodźcowy, występujący w różnym czasie od emisji. Reakcją organizmu na taki bodziec jest zwiększenie wydzielania histaminy i serotoniny, normalizacja potencjału elektrycznego błon komórkowych, stymulacja odżywienia i wzrostu komórek. Ponadto obserwuje się obniżenie przewodnictwa nerwowego we włóknach czuciowych, pobudzenie mitochondrialnych procesów metabolicznych w zakończeniach nerwowych oraz zmiany w zakresie przewodnictwa w synapsach cholinergicznym. Tak różnorodne efekty terapeutyczne na poziomie przewodnictwa nerwowo-mięśniowego stanowią o szerokim wykorzystaniu laseroterapii w leczeniu procesów zapalnych i zwyrodnieniowych kręgosłupa.

Elektroterapia – w fizjoterapii działanie prądu elektrycznego ma zastosowanie zarówno w procesach diagnostyki, jak i leczenia. *Prąd stały* w organizmie wywołuje szereg procesów natury fizykochemicznej i fizjologicznej. Najważniejsze z nich to procesy elektrochemiczne, elektrolityczne, elektrotermiczne, reakcja nerwów i mięśni na prąd stały oraz odczynny ze strony naczyń krwionośnych. Wzrost ukrwienia powierzchniowego i głębokiego oraz zwiększenie procesów dyfuzji i osmozy poprawia stan odżywienia tkanek i zwiększa resorpcję wysięków i obrzęków. W ten sposób przyspieszeniu ulegają procesy regeneracyjne tkanek. *Prąd zmienny* dla celów leczniczych musi być przetworzony,

bowiem jego napięcie przy zabiegach terapeutycznych nie może przekraczać 60-80 V.

Efekty lecznicze działania prądu elektrycznego są bardzo szeroko wykorzystywane. *Prąd stały* galwaniczny stosowany jest najczęściej w galwanizacji (wzmożone przemieszczanie się jonów w tkankach podczas zabiegu oraz zwiększona wymiana wody między komórkami a płynem tkankowym poprawiają funkcje odżywcze zmienionych chorobowo komórek), jonoforezie (bezpośrednie wprowadzenie do tkanek zdysocjowanych leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych siłami pola elektrycznego) i kąpielach galwanicznych (uzyskuje się zwiększenie pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego, natomiast w układzie naczyniowym dochodzi do zwiększonego przemieszczenia krwi polegającego na odpływie krwi żyłnej z kończyn dolnych i narządów wewnętrznych oraz dopływie krwi tętniczej do płuc i kończyn górnych przy jednoczesnym zwiększeniu dopływu krwi żyłnej z serca do płuc).

Prądy małej częstotliwości do 1000 Hz mają zastosowanie w zabiegach wykorzystujących prądy dynamiczne Bernarda (DD – działanie przeciwbólowe wynika tu z tłumiącego wpływu bodźców elektrycznych na bodźce bólowe przez podwyższenie progu bólowego), prądy impulsowe Träuberta (zabiegi znacznie obniżają lub całkowicie znoszą ból, powodują znaczne przekrwienie miejscowe oraz wywołują silne drżenie mięśniowe wpływające na rozluźnienie mięśni).

W celu pobudzenia układu nerwowo-mięśniowego stosowana jest elektrostymulacja, w której zabiegi oparte są na działaniu prądów impulsowych. Jej celem jest uzyskanie skurczu w obrębie osłabionych włókien mięśniowych. Dobre wyniki uzyskuje się łącząc elektrostymulację ze stosowaniem ciepła i zimna. W leczeniu przewlekłych zespołów bólowych kręgosłupa dobre wyniki przynosi stosowanie przezskórnej stymulacji nerwów (TENS – *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*).

Śródkórna, igłowa stymulacja elektryczna (PENS) łączy z kolei zalety przezskórnej stymulacji nerwów (TENS) z elektroakupunkturą. Stymulacji poddaje się nerwy czuciowe w obrębie dermatomu odpowiadającemu umiejscowieniu zmian patologicznych w stosownym korzeniu. Uzyskuje się w ten sposób długotrwałe złagodzenie bólu korzeniowego w obrębie kończyny dolnej. Prąd mikroamperowy (MES) jako forma elektrostymulacji ma natomiast na celu odtworzenie elektrofizjologicznych mechanizmów obronnych organizmu i jednocześnie uzyskanie silnego i szybkiego efektu przeciwbólowego.

Tonoliza to forma stymulacji wywołującej skurcz mięśnia spastycznego, po którym to skurczu następuje krótkie rozluźnienie tego mięśnia. Wówczas na mięsień antagonistyczny zostaje zastosowany drugi impuls elektryczny. Ciąg tego typu impulsów powoduje rytmiczne naprzemienne ruchy zginaczy i prostowników.

Prądy średniej częstotliwości od 1000 Hz do 10 000 Hz mają zastosowanie w zabiegach wykorzy-

stujących zjawisko interferencji (prądy interferencyjne Nemeca, prądy stereointerferencyjne i prądy Kotza). Działanie prądów interferencyjnych jest zbliżone do działania prądów małej częstotliwości, jednak mają one większy i głębszy zasięg oddziaływania na tkanki. Zastosowanie prądów interferencyjnych wykazuje następujące działania terapeutyczne: przeciwbólowe, pobudzające do skurczu mięśni szkieletowych, usprawniające krążenie obwodowe poprzez rozszerzenie naczyń krwionośnych, zmniejszające napięcie nerwów współczulnych, a także poprawiające odżywienie tkanek i tkankową przemianę materii.

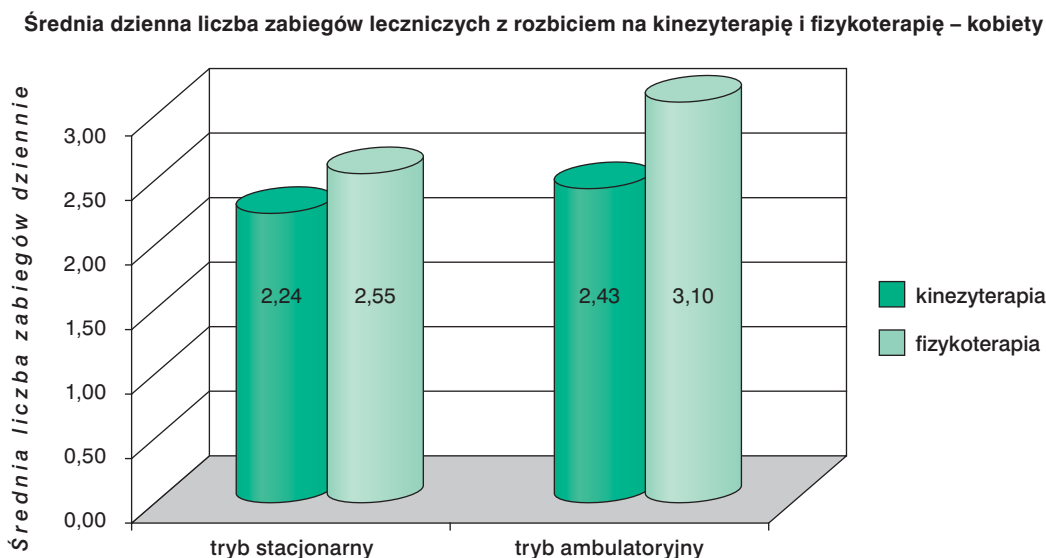
Analizując informacje zawarte w dokumentacji medycznej dotyczącej cytowanej wyżej zbiorowości ustalono, że jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, to podczas realizacji programu rehabilitacji leczniczej pacjenci z zespołem bólów krzyża otrzymywali w ośrodku rehabilitacyjnym (zgodnie z wymaganiami ZUS) średnio pięć zabiegów leczniczych dziennie, z tego około połowa przypadła na ćwiczenia kinezyterapeutyczne (wykresy 1 i 2 oraz 3 i 4).

W zakresie fizykoterapii – w realizacji programu rehabilitacji leczniczej stosowano głównie zabiegi elektroterapeutyczne i hydroterapeutyczne (wykresy 5 i 6).

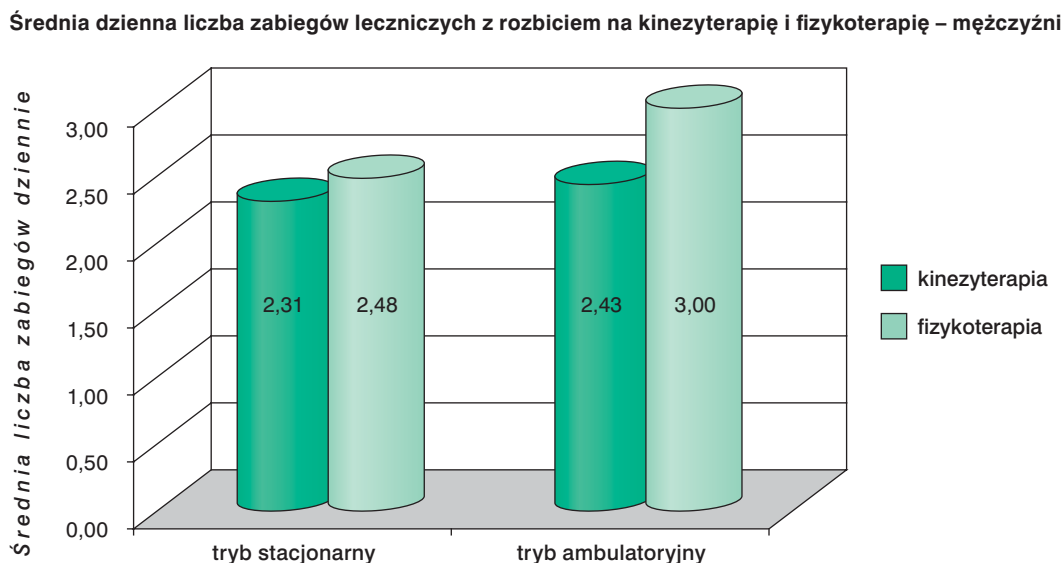
Biorąc pod uwagę fakt stosowania w rehabilitacji leczniczej zasady mówiącej o tym, że fizykoterapia powinna stanowić przede wszystkim przygotowanie organizmu do prowadzenia ćwiczeń kinezyterapeutycznych, można sformułować wniosek, że to właśnie stosowanie w realizacji programu rehabilitacji leczniczej kinezyterapii jako podstawowej formy usprawniania leczniczego w sposób istotny przyczyniło się do uzyskania poprawy funkcji organizmu w zakresie umożliwiającym osobom kierowanym na rehabilitację powrót do zatrudnienia.

Potwierdza to przeprowadzona analiza, z której wynika, że – w opinii ośrodków rehabilitacyjnych – po zakończeniu rehabilitacji zdolność do pracy odzyskało 4475 osób (80,77%), w tym 1954 kobiety i 2521 mężczyzn. Osoby w wieku poniżej 35 lat odzyskały zdolność do pracy w najwyższym odsetku (odpowiednio 81,18% kobiet i 81,13% mężczyzn).

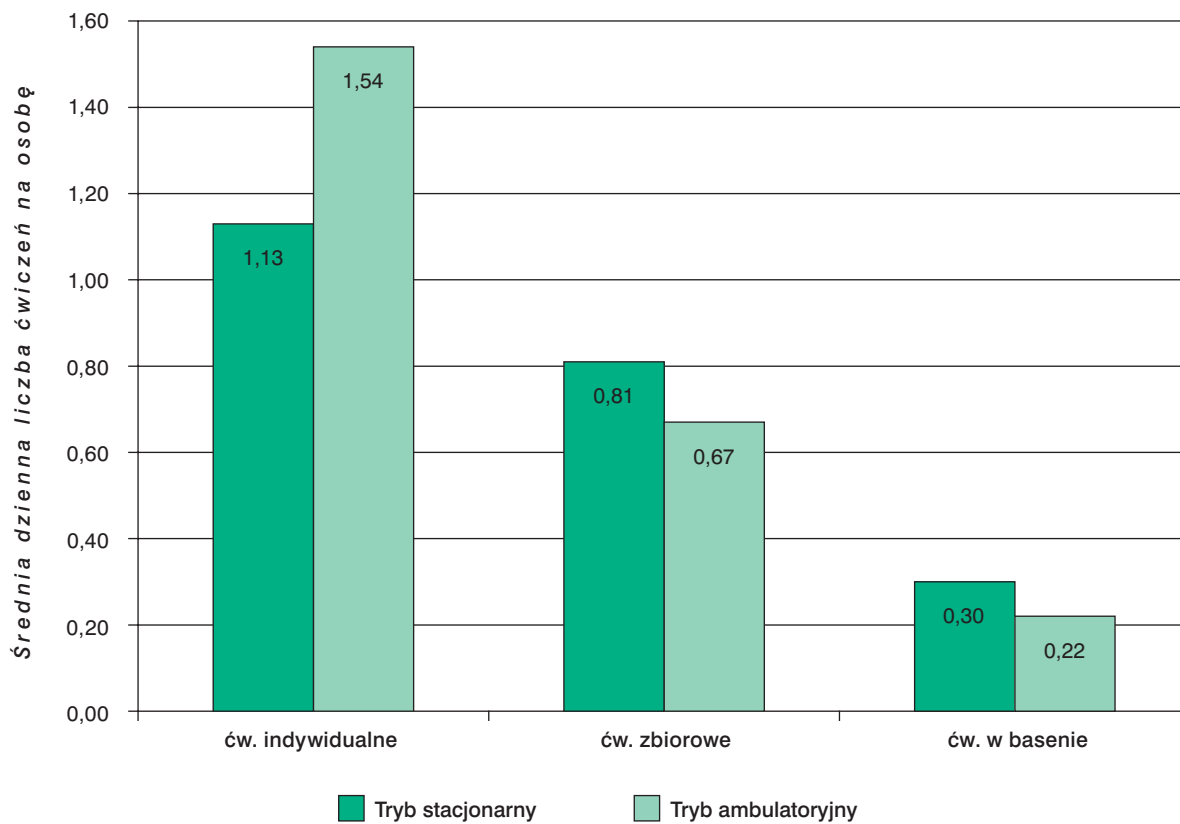
Wykres 1



Wykres 2

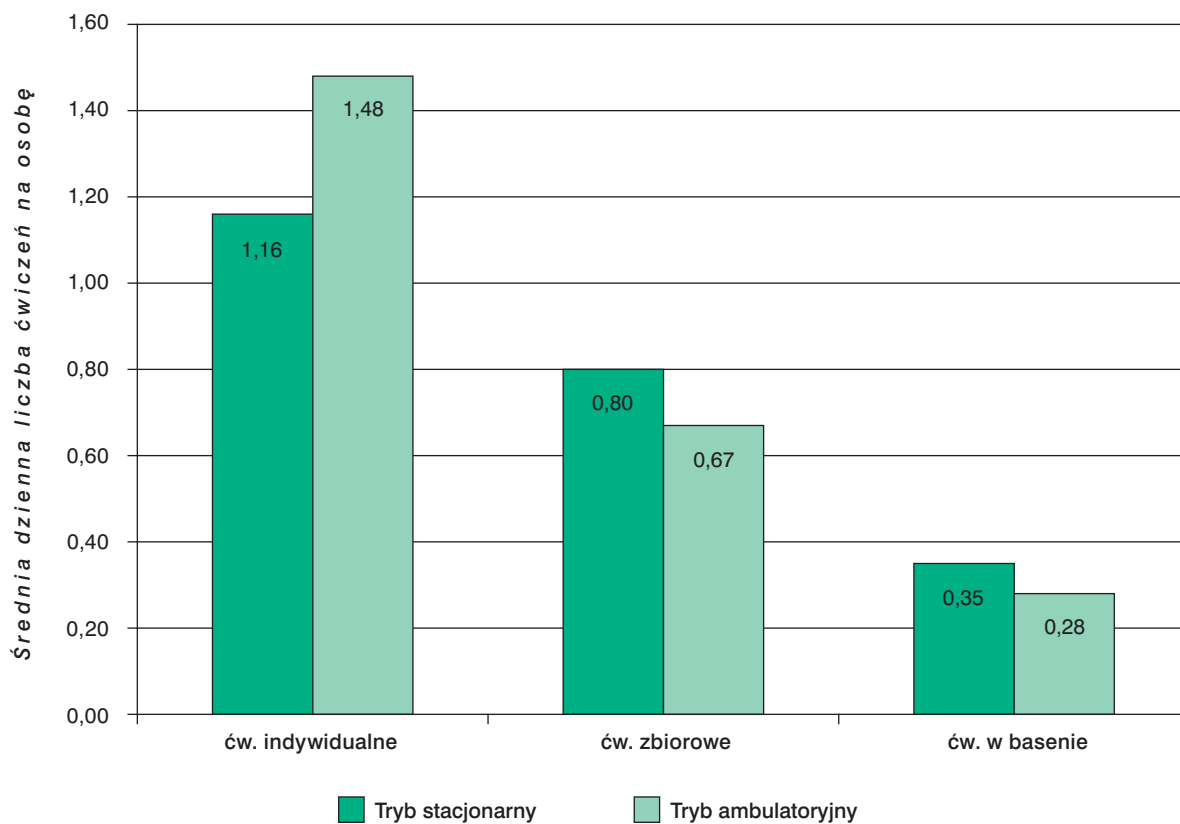


Rodzaje kinezyterapii stosowanej w obu trybach rehabilitacji – kobiety

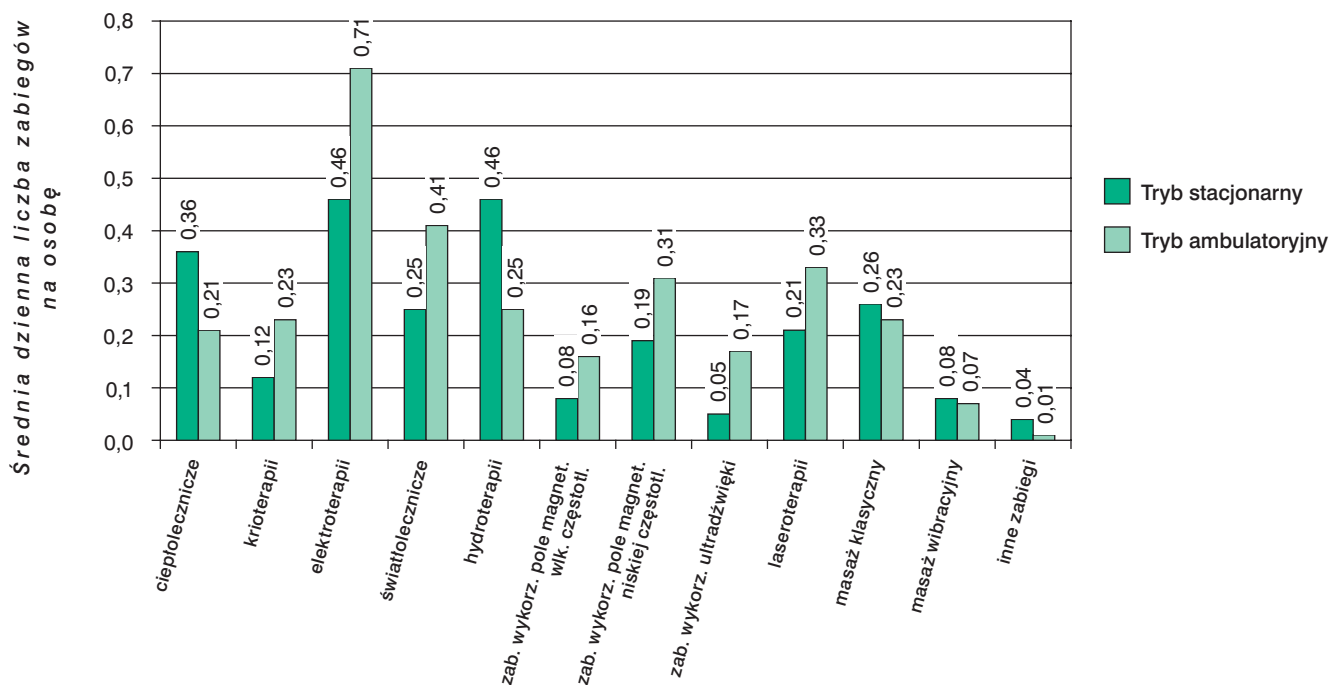


Wykres 4

Rodzaje kinezyterapii stosowanej w obu trybach rehabilitacji – mężczyźni

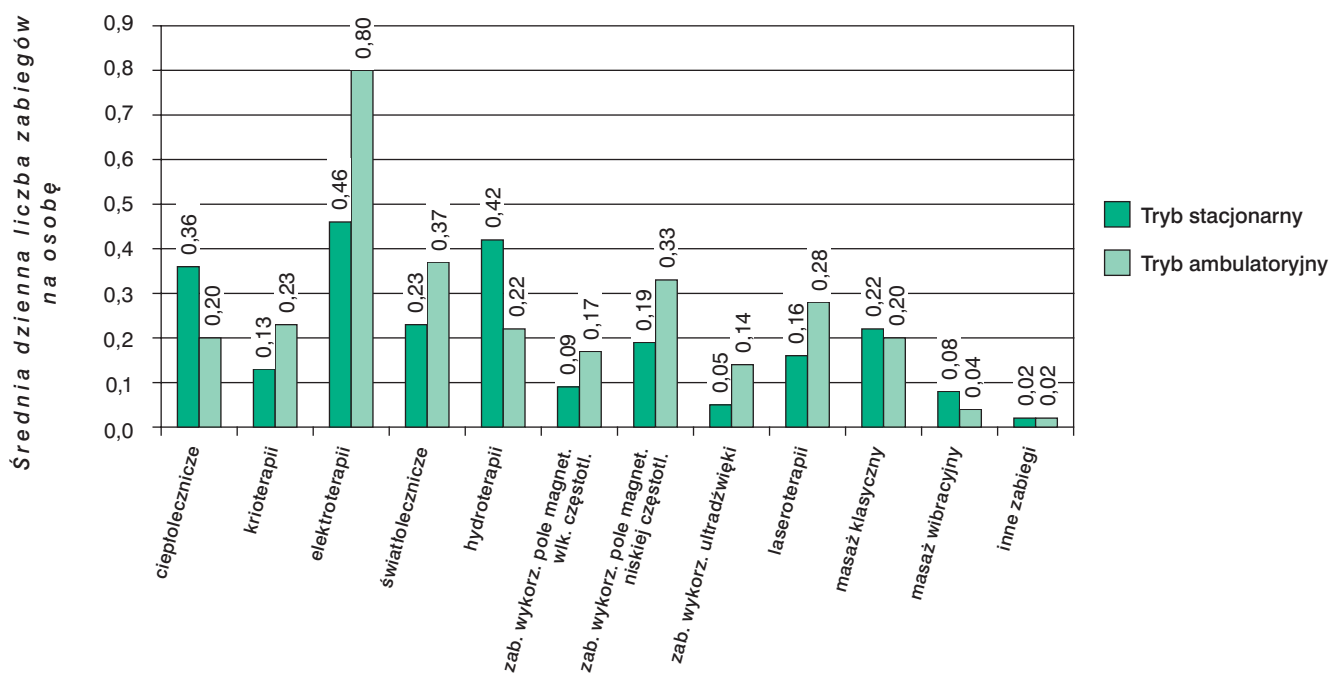


Rodzaje zabiegów fizykoterapeutycznych stosowanych w obu trybach rehabilitacji – kobiety



Wykres 6

Rodzaje zabiegów fizykoterapeutycznych stosowanych w obu trybach rehabilitacji – mężczyźni



Należy podkreślić, że po opuszczeniu ośrodka rehabilitacyjnego większość z tych osób, korzystając z wiedzy zdobytej podczas realizacji programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, zmienia swój dotychczasowy styl życia na bardziej prozdrowotny, a kontynuując rehabilitację

w warunkach domowych eliminuje lub opóźnia proces powstawania dysfunkcji narządu ruchu.

Przedstawiony materiał dowodzi, że dzięki programowi kompleksowej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, a zwłaszcza zastosowaniu w nim kinezyterapii i fizykoterapii

jako podstawowych metod usprawniania leczniczego – osoby ubezpieczone zyskują nie tylko poprawę stanu zdrowia i funkcji organizmu, ale otrzymują szansę odzyskania utraconej w wyniku procesu chorobowego (następstw urazu) zdolności do pracy. Tym samym mogą, mimo często koniecznej kontynuacji leczenia, utrzymywać się z pracy własnych rąk, co ma istotne znaczenie dla ich pozycji zawodowej, społeczno-ekonomicznej i rodzinnej.

Piśmiennictwo

1. Dziak A., *Bóle i dysfunkcje kręgosłupa*, Medicina Sportiva, Kraków 2007.
2. Kochański J.W., *Vademecum Fizykoterapii*, Wyższa Szkoła Fizjoterapii, Wrocław 2003.
3. Kwolek A. (red.), *Rehabilitacja medyczna*, Urban & Partner, Wrocław 2004.
4. Mika T., Kasprzak W., *Fizykoterapia*, PZWL, Warszawa 2004.

Alicja Barwicka
Departament Prewencji i Rehabilitacji

Utrata prawa do zasiłku chorobowego

Zasiłek chorobowy to świadczenie stanowiące ekwiwalent utraconego zarobku lub dochodu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności w związku z czasową niezdolnością do pracy. W przypadku powstania niezdolności do pracy, osoba podlegająca ubezpieczeniu chorobowemu – po spełnieniu warunków określonych w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz.U. z 2005 r. nr 31, poz. 267 ze zm.), zwanej dalej ustawą z 25 czerwca 1999 r. – nabywa prawo do zasiłku chorobowego. Zasady nabywania prawa do świadczeń przewidzianych w wymienionej ustawie oraz zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na drukach ZUS ZLA omówiono już wcześniej. W niniejszym artykule przedstawione zostaną przypadki, w których ubezpieczony traci prawo do tego świadczenia.

Podstawowe zasady nabywania uprawnień do zasiłku chorobowego

Prawo do zasiłku chorobowego przysługuje:

1) po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – w przypadku obowiązkowego podlegania temu ubezpieczeniu,

2) po upływie 90 dni (od 1 stycznia 2009 r.) nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – w przypadku ubezpieczenia dobrowolnego.

Do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa wyżej, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

W przypadku niezdolności do pracy będącej następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej zasiłek chorobowy, zgodnie z ustawą z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. nr 199, poz. 1673 ze zm.), przysługuje od pierwszego dnia niezdolności do pracy, bez okresu wyczekiwania, pod warunkiem

że ubezpieczony nie zalega z opłatą składek na ubezpieczenie społeczne w kwocie nieprzekraczającej 6,60 zł w dniu wypadku lub w dniu zgłoszenia wniosku o wypłatę zasiłku. Cytowana wyżej ustawa rozszerzyła krąg osób uprawnionych do zasiłku chorobowego, prawo bowiem do zasiłku chorobowego z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przysługuje osobom, które podlegają jedynie ubezpieczeniu wypadkowemu, nie muszą więc podlegać ubezpieczeniu chorobowemu.

Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby, nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy spowodowana została gruźlicą – nie dłużej niż przez 270 dni. Od 1 stycznia 2009 r. prawo do zasiłku chorobowego w wymiarze do 270 dni mają także ubezpieczeni, których niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży.

Zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stanie się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy trwa bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała:

1) nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego,

2) nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego – w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby. W tych przypadkach lekarz leczący na druku zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA wpisuje kod literowy „E”, a wypłaty zasiłku chorobowego w tych przypadkach dokonuje zawsze oddział ZUS właściwy dla miejsca zamieszkania ubezpieczonego.

Utrata prawa do zasiłku chorobowego

Ustawa z 25 czerwca 1999 r. przewiduje również sytuacje, w których ubezpieczony, mimo spełnienia wszystkich wymienionych wyżej warunków, nie nabywa prawa do zasiłku chorobowego albo też traci prawo do tego zasiłku w całości lub w części.

Zasiłek chorobowy, zgodnie art. 12 wymienionej ustawy, nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy, w których pracownik na podstawie przepisów o wynagradzaniu zachowuje prawo do wynagrodzenia w okresie choroby. Okresy pobierania wynagrodzenia w okresie czasowej niezdolności do pracy wliczane są do okresu zasiłkowego.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje również za okresy niezdolności do pracy przypadające w czasie:

- urlopu bezpłatnego,
- urlopu wychowawczego,
- tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków, w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania.

Pracownikowi, który został odsunięty od pracy z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarazków choroby zakaźnej zasiłek chorobowy (zgodnie z art. 14 ustawy z 25 czerwca 1999 r.) nie przysługuje, jeżeli nie podjął proponowanej mu przez pracodawcę innej pracy, niezabronionej takim osobom, odpowiadającej jego kwalifikacjom zawodowym lub pracy, którą może wykonywać po uprzednim przeszkoleniu.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za cały okres niezdolności do pracy, zgodnie z art. 15 ustawy, jeżeli niezdolność ta powstała w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia popełnionego przez tego ubezpieczonego. Wymienione okoliczności stwierdza się na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu.

Pracownikowi, którego niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu, zgodnie z art. 16 ustawy, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności. W tych przypadkach na druku zaświadcze-

nia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, druk ZUS ZLA, lekarz leczący umieszcza kod literowy „C”.

Ustawa z 25 czerwca 1999 r. przewiduje również możliwość utraty przez ubezpieczonego prawa do zasiłku chorobowego w przypadku wykonywania pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności do pracy albo wykorzystywania zwolnienia od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia. Ubezpieczony w tych przypadkach traci prawo do zasiłku chorobowego, zgodnie z art. 17 cytowanej ustawy, za cały okres niezdolności do pracy objęty tym zwolnieniem.

Okoliczności te stwierdza się na podstawie kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy. Obowiązek kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich określony został w art. 68 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. Przepis tej ustawy upoważnia płatników składek, zgłaszających do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych, do kontrolowania ubezpieczonych co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy zgodnie z ich celem oraz upoważnia do formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich. Zakład Ubezpieczeń Społecznych obowiązki kontrolne w tym zakresie spełnia w stosunku do ubezpieczonych, którym bezpośrednio wypłaca zasiłki.

Szczegółowe zasady postępowania w zakresie prowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy w przypadku choroby lub konieczności sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz.U. nr 65, poz. 743).

Do obowiązków płatników składek należy także kontrola formalna zaświadczeń lekarskich stanowiących podstawę zwolnienia od pracy. Polega ona na sprawdzeniu, czy zaświadczenie nie zostało sfalszowane oraz czy zostało wydane zgodnie z obowiązującymi przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz wzorów zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. nr 65, poz. 741; zm. Dz.U. z 2006 r. nr 1, poz. 3).

Kontrola prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy z powodu choroby polega na ustaleniu, czy ubezpieczony w okresie orzeczonej niezdolności do pracy:

- nie wykonuje pracy zarobkowej,
- nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego od pracy w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem.

Kontrola prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy z powodu konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny polega na sprawdzeniu, czy:

- ubezpieczony nie wykonuje pracy zarobkowej,
- ubezpieczony nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego od pracy niezgodnie z jego przeznaczeniem,
- poza ubezpieczonym opiekującym się chorym członkiem rodziny nie ma innych domowników mogących zapewnić opiekę; nie dotyczy to jednak opieki sprawowanej nad chorym dzieckiem do lat 2.

W razie stwierdzenia wykorzystywania zwolnienia lekarskiego od pracy niezgodnie z jego przeznaczeniem lub wykonywania pracy zarobkowej, osoby kontrolujące sporządzają protokół, w którym podają, na czym polegało nieprawidłowe wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego od pracy. Protokół ten należy przedłożyć kontrolowanemu, w celu umożliwienia mu wniesienia swoich uwag. Tak sporządzony protokół stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty zasiłku chorobowego za cały okres objęty kontrolowanym zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy.

Oddziały Zakładu Ubezpieczeń Społecznych prowadzą kontrolę prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy w stosunku do osób, którym bezpośrednio wypłacają zasiłki chorobowe.

Wyniki tych kontroli na przestrzeni lat 1999-2007 oraz trzech kwartałów 2008 r. przedstawia tabela 1.

Jak wynika z powyższego zestawienia, liczba osób poddanych kontroli systematycznie wzrasta. Wzrost liczby przeprowadzonych przez oddziały ZUS kontroli jest wynikiem ustawowego obowiązku składania przez ubezpieczonych zaświadczeń lekarskich w ciągu 7 dni od ich otrzymania płatnikowi składek na ubezpieczenia społeczne.

Ustawa z 25 czerwca 1999 r. w art. 62 nałożyła na ubezpieczonego obowiązek dostarczenia zaświadczenia lekarskiego nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi zasiłków. W przypadku zaś ubezpieczonych, dla których płatnikiem zasiłku jest oddział ZUS, zaświadczenie lekarskie ubezpieczony składa płatnikowi składek, który przekazuje je niezwłocznie do oddziału ZUS, podając datę dostarczenia tego zaświadczenia przez ubezpieczonego. Niedopełnienie tego obowiązku powoduje obniżenie o 25% wysokości zasiłku przysługującego za okres od 8. dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, chyba że niedostarczenie zaświadczenia nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego. W takich przypadkach płatnik zasiłku przeprowadza postępowanie wyjaśniające i po wyjaśnieniu przyczyn podejmuje stosowną decyzję. Przepis ten, w szerszym zakresie niż przed 1999 r., pozwala na właściwe ukierunkowanie prowadzonych kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy. Szczególnie dotyczy to przypadków, gdy należne zasiłki wypłacane są przez oddział ZUS, bywało bowiem, że oddział ZUS dowiadywał się o niezdolności do

Tabela 1

Wyniki kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy w latach 1999-2007 oraz w okresie trzech kwartałów 2008 r.

Rok	Liczba osób		Liczba dni, za które pozbawiono prawa do zasiłku
	skontrolowanych	niewłaściwie wykorzystujących zwolnienia lekarskie	
1999	40 425	1 147	38 662
2000	43 248	1 359	51 834
2001	52 863	1 585	51 442
2002	61 993	2 056	60 706
2003	66 057	2 324	78 392
2004	71 434	2 391	77 991
2005	67 957	2 489	78 341
2006	67 797	2 482	81 596
2007	67 667	2 712	87 018
I-III kw. 2008	52 126	1 985	64 552

Źródło: Dane Departamentu Statystyki Centrali ZUS.

pracy już po upływie okresu orzeczonej niezdolności do pracy.

Skutki działania ustawy w zakresie obniżania o 25% wysokości należnego zasiłku chorobowego i opiekuńczego znane są jedynie w stosunku do wypłat realizowanych bezpośrednio przez oddziały ZUS.

Wyniki działania ustawy w zakresie obniżania o 25% wysokości zasiłków w okresie od 1 września 1999 r. do końca 2007 r. oraz trzech kwartałów 2008 r. przedstawia tabela 2.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres niezdolności do pracy przypadający po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego.

Zdarzają się też przypadki podejmowania przez pracowników zatrudnienia u innego pracodawcy na podstawie umowy o pracę na czas określony w okresie korzystania z urlopu bezpłatnego, a po ustaniu tego zatrudnienia pracownik staje się niezdolny do pracy z powodu choroby.

Tabela 2

**Obniżenie o 25% wysokości zasiłku chorobowego lub opiekuńczego
w okresie od 1 września 1999 r. do 31 grudnia 2007 r.
oraz trzech kwartałów 2008 r.**

Rok	Liczba wypłat	Liczba dni, za które obniżono zasiłek	Kwota brutto, o którą obniżono należne zasiłki (w zł)
1999	22 949	163 279	1 076 722
2000	141 389	878 970	5 582 882
2001	160 453	915 076	6 305 090
2002	167 742	906 339	6 744 213
2003	179 261	925 736	7 090 666
2004	177 829	899 036	7 054 227
2005	175 067	869 180	6 620 882
2006	159 257	780 933	5 961 246
2007	144 927	759 520	5 910 139
I-III kw. 2008	115 498	624 467	5 265 743

Źródło: Dane Departamentu Statystyki Centrali ZUS.

Z powyższego zestawienia wynika, że liczba zaświadczeń lekarskich składanych w okresie dłuższym niż 7 dni od ich otrzymania systematycznie wzrasta, a co za tym idzie, wzrasta też kwota, o którą obniżono należne zasiłki chorobowe.

Zasiłek chorobowy, zgodnie z art. 7 ustawy, nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy:

— ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy,

— kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową,

— nie nabyła prawa do zasiłku w czasie ubezpieczenia,

— jest uprawniona do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego.

Prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu dodatkowego zatrudnienia nie przysługuje, jeśli zatrudnienie to było podjęte u innego pracodawcy wyłącznie w okresie urlopu bezpłatnego udzielonego przez pierwszego pracodawcę. Po zakończeniu urlopu bezpłatnego zasiłek chorobowy przysługuje wyłącznie z tytułu zatrudnienia u pierwszego pracodawcy, który udzielił urlopu bezpłatnego. Warunek powstania niezdolności do pracy w czasie ubezpieczenia jest spełniony, ponieważ nieprzerwana niezdolność powstała w czasie ubezpieczenia chorobowego (dodatkowego zatrudnienia).

Jeżeli jednak dodatkowe zatrudnienie podjęte u innego pracodawcy, w czasie urlopu bezpłatnego udzielonego przez pierwszego pracodawcę, ustało przed zakończeniem urlopu bezpłatnego, a pracownik jest niezdolny do pracy po ustaniu tego dodatko-

wego zatrudnienia, przysługuje mu zasiłek chorobowy po ustaniu zatrudnienia, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia urlopu bezpłatnego. Po zakończeniu urlopu bezpłatnego zasiłek chorobowy przysługuje wyłącznie z tytułu zatrudnienia u pierwszego pracodawcy, który udzielił urlopu bezpłatnego.

Zgodnie z art. 46 ustawy z 25 czerwca 1999 r., podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu ubezpieczenia chorobowego nie mogła być wyższa niż 200%, a od 1 lipca 2004 r. 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwota ta jest ustalana miesięcznie na okres 3 miesięcy, poczynając od trzeciego miesiąca kalendarzowego każdego kwartału i nie jest pomniejszana o kwotę opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne przez ubezpieczonego. Kwota ta jest ustalana na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłoszonego przez GUS dla celów emerytalnych. Przepis ten ma także zastosowanie do świadczenia rehabilitacyjnego.

Wyniki stosowania tego przepisu na przestrzeni lat 1999-2007 oraz trzech kwartałów 2008 r. przedstawia tabela 3.

i macierzyństwa upoważnia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do kontroli zasadności wydawanych orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy, a w uzasadnionych przypadkach – do skrócenia okresu niezdolności do pracy orzeczonej przez lekarza leczącego.

Zgodnie z art. 59 ustawy z 25 czerwca 1999 r., prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli, którą wykonują lekarze orzecznicy ZUS.

W celu przeprowadzenia kontroli zasadności wydanego orzeczenia, lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może:

- 1) przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego w wyznaczonym miejscu lub w miejscu jego pobytu,
- 2) skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- 3) zażądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej ubezpieczonego stanowiącej podstawę wydania

Tabela 3

**Absencja chorobowa po ustaniu tytułu ubezpieczenia (zatrudnienia)
i wypłata z tego tytułu zasiłków chorobowych,
w których ograniczono wysokość podstawy wymiaru zasiłku,
w latach 1999-2007 oraz w okresie trzech kwartałów 2008 r.**

Rok	Liczba wypłat	Liczba dni, za które obniżono podstawę wymiaru zasiłku	Kwota brutto, o którą obniżono należne zasiłki (w zł)
1999	563	14 528	1 019 048
2000	11 931	237 163	18 512 447
2001	18 293	344 277	26 683 955
2002	27 012	487 248	39 504 390
2003	32 457	580 243	46 071 066
2004	48 554	820 657	46 483 627
2005	100 107	1 712 948	69 181 092
2006	81 621	1 525 160	59 085 967
2007	73 962	1 293 267	61 771 896
I-III kw. 2008	56 263	971 395	45 574 174

Źródło: Dane Departamentu Statystyki Centrali ZUS.

Z powyższego zestawienia wynika, że absencja chorobowa po ustaniu tytułu ubezpieczenia (zatrudnienia) i wypłaty z tego tytułu zasiłków chorobowych, w których ograniczono wysokość podstawy wymiaru zasiłku, systematycznie wzrasta.

Po raz pierwszy ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby

zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie,

- 4) zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

W przypadku uniemożliwienia przez ubezpieczonego przeprowadzenia badania lub niedostarczenia posiadanych wyników badań w terminie

określonym w wezwaniu na badanie, zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy traci ważność od dnia następującego po tym terminie.

W wyniku przeprowadzonych bezpośrednich badań ubezpieczonych skrócony został okres orzeczonej niezdolności do pracy w stosunku do (% kontrolowanych zaświadczeń):

- 7489 zaświadczeń w 1999 r. (19,4%),

wezwanie ubezpieczonego na badanie przez lekarza orzecznika ZUS.

Kwoty niewypłaconych zasiłków chorobowych oraz liczby dni, za które nie zostało wypłacone wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, w wyniku skróconych przez lekarzy orzeczników okresów orzeczonej niezdolności do pracy w latach 1999-2007 r. oraz trzech kwartałach 2008 r. przedstawia tabela 4.

Tabela 4

Kwoty niewypłaconych zasiłków chorobowych oraz liczby dni, za które nie wypłacono wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy w związku ze zmianą orzeczenia lekarskiego, w latach 1999-2007 oraz w okresie trzech kwartałów 2008 r.

Rok	Liczba skorygowanych zaświadczeń lekarskich	Liczba dni, za które nie wypłacono wynagrodzenia	Liczba dni, za które nie wypłacono zasiłków	Kwota niewypłaconych zasiłków (w zł)
1999	7 489	702	57 967	1 915 804
2000	37 267	8 974	215 038	6 264 037
2001	40 214	10 751	227 686	7 039 604
2002	36 153	9 628	200 421	6 626 573
2003	37 741	7 517	202 187	6 896 471
2004	33 434	8 584	184 345	6 335 854
2005	26 248	6 774	147 235	4 618 970
2006	23 206	7 638	131 194	3 968 994
2007	20 886	8 045	115 413	3 691 736
I-III kw. 2008	15 997	5 752	83 761	2 954 675

Źródło: Dane Departamentu Statystyki Centrali ZUS.

- 37 267 zaświadczeń w 2000 r. (13,9%),
- 40 214 zaświadczeń w 2001 r. (11,5%),
- 36 153 zaświadczeń w 2002 r. (9,7%),
- 37 741 zaświadczeń w 2003 r. (11,5%),
- 33 434 zaświadczeń w 2004 r. (9,37%),
- 26 248 zaświadczeń w 2005 r. (8,82%),
- 23 206 zaświadczeń w 2006 r. (7,44%),
- 20 886 zaświadczeń w 2007 r. (6,97%),
- 15 997 zaświadczeń za okres trzech kwartałów 2008 r. (7,39%).

Na przestrzeni lat wskaźnik zmienionych orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy ulega systematycznemu zmniejszaniu. Okres orzeczonej niezdolności do pracy w składanych do wypłaty zasiłków zaświadczeniach lekarskich uległ znacznemu skróceniu. Obecnie zwolnienia lekarskie wydawane są najczęściej jednorazowo na okres od 10 do 14 dni, co w konsekwencji nie pozwala na

W zestawieniu tym nie podano kwoty niewypłaconego wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z funduszu plac zakładów pracy, ponieważ ZUS nie dysponuje w tym zakresie statystyką.

Na podstawie przedstawionych danych statystycznych dotyczących wypłat zasiłków chorobowych realizowanych bezpośrednio przez oddziały ZUS wynika, że przewidziane w ustawie sankcje w postaci utraty w całości lub w części zasiłku chorobowego na przestrzeni lat 1999-2008 wykazują stałą tendencję wzrostową. Zagadnienie to wymaga przeprowadzenia szczegółowej analizy pozwalającej na podjęcie zmian legislacyjnych w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Hipolit Piętka
Departament Zasiłków



Skłonność do ryzyka – symptom odwagi, desperacji czy autodestrukcji

Wprowadzenie

Długość życia człowieka zostaje wyznaczona w momencie kontaktu plemnika z jajeczkiem. Ten dziedzicznie określony wymiar życia jednostki jest potem korygowany warunkami i stylem życia, odmiennością ekspozycji na zagrożenia oraz dostępem do świadczeń medycznych. W środowisku człowieka obecne są liczne czynniki wpływające na skrócenie życia. Są nimi przekazywane dziedzicznie wady wrodzone, teratogeny uszkadzające płód w łonie matki oraz doświadczane po urodzeniu choroby i urazy. Poszczególne społeczeństwa są bardzo zróżnicowane pod względem obecności czynników mających wpływ na długość trwania życia. Obecnie mężczyźni dożywają przeciętnie 64 lat. Kobiety żyją średnio o 4 lata dłużej. Najwyższą średnią długość życia pokazują statystyki Japonii (79 lat dla mężczyzn i 86 lat dla kobiet w 2005 r.). W niektórych państwach afrykańskich średnie trwanie życia nie przekracza 40 lat. W Polsce, według danych z 2005 r., mężczyźni żyją średnio 71 lat, a kobiety 79 lat.

Jedną z przyczyn przedwczesnych zgonów są wypadki. Publikowane przez Międzynarodową Organizację Zdrowia statystyki pokazują, że wypadki są przyczyną około 30% zgonów w grupie wiekowej 15-44 lat i zajmują w tym przedziale wieku trzecie miejsce wśród przyczyn zgonów, po chorobach serca i układu krążenia oraz chorobach nowotworowych. Trwające 10 lat badania przyczyn wypadków w firmie DuPont wykazały, że 96% wypadków i chorób zawodowych jest skutkiem podejmowania ryzykownych i niebezpiecznych zachowań, pozostałe zaś 4% powodują przyczyny niezależne od wykonawców zadań. Podobnych wyników dostarczyły również inne badania (Kraule i in., 1990; Terry i in., 1997 – za Pęciłło-Pacek, Karpiesiuk, 2008).

Z danych statystycznych publikowanych przez Międzynarodową Organizację Zdrowia i Międzynarodowe Biuro Pracy wynika, że społeczeństwa, w których przeciętny czas trwania życia jest krótki robią wiele, aby życie nie trwało długo. Powodują często wypadki w pracy i poza pracą, nie troszczą się należycie o bezpieczeństwo dzieci, rozwiązują swoje trudne problemy przez samobójczą rezygnację z życia (Studenski, 2003).

Określenie problemu badawczego

Powiązanie zachowań ryzykownych z powodowaniem wypadków oraz częstości wypadków z częstością samobójstw wskazuje, że zmienne te są albo bezpośrednio z sobą skorelowane, albo też istnieje jakaś pośrednicząca zmienna wpływająca na wartość przypisywaną życiu i zdrowiu oraz wyznaczająca poziom skłonności samobójczych i gotowości do podejmowania ryzyka, a w konsekwencji do powodowania wypadków. Przyjęto, że taką pośredniczącą funkcję może pełnić depresja, definiowana jako ujawniające się z różnym nasileniem zaburzenie nastroju (Försterling, 1988). Najczęściej obserwowanymi objawami depresji są: przygnębienie, zwolnienie aktywności ruchowej i myślowej, poczucie smutku, pesymizmu, beznadziejności i nieszczęścia. Depresja jest przyczyną przekonania o niskiej wartości własnej, bezsensowności własnego życia oraz utraty zdolności do cieszenia się przyjemnościami dostarczonymi przez sytuację i rzeczy. Symptomy te są określane terminem *anhedonia* (Reber, 2000), która jest uznawana za istotną przyczynę samobójstw popełnianych w stanie depresji oraz za główny czynnik ryzyka podjęcia zamachu samobójczego.

Jest możliwe, że warunki, w jakich ludzie żyją i realizują swoje aspiracje w różnych państwach są czynnikiem kształtującym dominujący typ nastroju i powodują, że jedne społeczeństwa stają się zbiorem jednostek wewnątrzsterownych, zadowolonych z życia i patrzących z optymizmem w przyszłość, a inne nie mogą się wyzwolić z depresyjnego, pesymistycznego doświadczania świata i żyją w nim z poczuciem bezsensu i niemożności poradzenia sobie z utrudnieniami, z pamięcią doznanych w przeszłości krzywd oraz z brakiem nadziei na pojawienie się satysfakcjonujących zmian. Prawdopodobnie ryzyko podejmowane jest niezależnie od nastroju. Można jednak przypuszczać, że jednostki wysoko ceniące swoje życie ryzykują inaczej niż osoby ceniące je nisko. Nie można także wykluczyć, że depresyjni ryzykanci są intencjonalnie mniej ostrożni od ryzykantów niskodepresyjnych, ponieważ nieostrożność pomaga im realizować destrukcyjne, nie w pełni świadome cele.

Ryzykowanie i powodowanie wypadków są przedmiotem licznych analiz dostarczających interesującej informacji o ludziach i ich zachowaniu.

Celem tego artykułu jest przedstawienie wyników badań ukierunkowanych na poznanie związku między skłonnością do ryzyka i depresją oraz wpływu tych zmiennych na bezpieczne i niebezpieczne ryzykowanie.

Między chęcią a niechęcią do życia

Podjęcie ryzyka otwiera drzwi do sukcesu, ale zwiększa również prawdopodobieństwo uzyskania negatywnego wyniku (Zuckerman, 1994) lub poniesienia straty (Wilde, 1994). W przypadku podejmowania ryzyka fizycznego stratą może być utrata zdrowia lub życia. Paradoksem jest, że większość ludzi, mimo niezwykle silnej woli życia, dobrowolnie uczestniczy w różnych, nieraz bardzo ryzykownych i zagrażających życiu przedsięwzięciach (Hansen i Breivik, 2001; Romer, 2003). Paradoks ten jest wyjaśniany przez dwa stanowiska różniące się pod względem poglądów na intencjonalność i przyczyny strat ponoszonych wskutek ryzykowania. Stanowisko pierwsze zakłada, że ryzykowanie pełni funkcję adaptacyjną – uczy znosić lęk i niepewność, stwarza dostęp do dóbr nieosiągalnych bez ryzykowania i zapewnia osiągnięcie korzystnych wyników, a straty traktuje jako wynik popełnionych błędów. Z punktu widzenia teorii ewolucji adaptacją jest każda strukturalna zmiana organizmu lub zachowania zwiększająca szansę przeżycia lub reprodukcji (Wilson, 2002). Określone zachowanie jest adaptacyjne, jeśli zostało podjęte w celu chronienia zdrowia, ratowania życia, poprawienia warunków ułatwiających przeżycie, a także zwiększenia zdolności jednostki do radzenia sobie w sytuacji zagrożenia. Niektórzy autorzy traktują ryzykowanie jako warunek rozwoju, testowanie własnej sprawności i gotowości do podejmowania trudnych zadań oraz okazję do uczenia się (Kindler, 1990; Lightfoot, 1997).

Według drugiego stanowiska ryzykowanie i straty ponoszone wskutek ryzykowania są konsekwencją wewnętrznej tendencji do działań autodestrukcyjnych (Kelley, 1985; Lee, 1985). Ludzie podejmują niebezpieczne dla zdrowia i życia ryzykowne czynności pod wpływem nieświadomej, suicydalnej (samobójczej) motywacji, rozumianej jako autodestrukcja pośrednia (Suchańska, 1998). Motywacja autodestrukcyjna generowana jest przez zdeformowany popęd samozachowawczy, utożsamiany z instynktem śmierci (Freud, 1976, s. 188). Pogląd ten sugeruje, że pod wpływem zmian zaistniałych w funkcjonowaniu popędu samozachowawczego wypadki i urazy mogą być celem zachowania, a podejmowanie ryzyka może stanowić środek umożliwiający jego osiągnięcie.

Wydaje się, że podjęcie ryzyka może pełnić, w zależności od stanu organizmu i psychiki, w jednym przypadku funkcję adaptacyjną, a w innym – autodestrukcyjną. Ludzie od początku swego istnienia,

aby przeżyć, musieli podejmować nieraz znaczne ryzyko. Polowali, bronili swoich osad i rodzin, zdobywali nowe terytoria i wprowadzali zmiany. Jednostki unikające ryzyka przegrywały z ryzykantami wyścig do pożywienia, prestiżu i reprodukcji, jednak nadmiernie ryzykujący przedwcześnie ginęli. Można sądzić, że najwięcej szans na przeżycie i powielenie swoich cech w przyszłych pokoleniach mieli asekuracyjni ryzykanci, tj. jednostki skłonne do ryzyka oraz wyposażone w zdolność do reagowania w sytuacji zagrożenia lękiem, motywującym do chronienia zdrowia i życia. Jest możliwe, że tendencja do podejmowania ryzyka z dominującą biofilną motywacją została utrwalona w procesie ewolucji i stała się adaptacyjnym wzorcem behawioralnym, stosowanym w sytuacji ryzyka.

Większość ludzi ryzykuje, ale według swoich subiektywnych ocen ryzykujący nie przekraczają granicy bezpieczeństwa, tj. nie podejmują większego ryzyka niż to, z którym mogą sobie poradzić. Motywacja do osiągania ryzykownych celów została podporządkowana potrzebie bezpieczeństwa i generowanej pod jej wpływem motywacji biofilnej, nadającej chronieniu zdrowia i życia właściwości celu nadrzędnego. Przedstawiony model ryzykowania z asekuracją prawdopodobnie ulega modyfikacji pod wpływem depresji. Można przypuszczać, że wskutek depresyjnej anhedonii najpierw osłabieniu ulega biofilna motywacja do chronienia zdrowia i życia, a następnie jej deficyt zostaje skompensowany motywacją autodestrukcyjną. Ryzykowanie z zamiarem chronienia życia zostaje wskutek depresji zamienione na ryzykowanie ze zgodą na wypadek, a potem, pod wpływem nasilających się symptomów depresji, na ryzykowanie z zamiarem uczestnictwa w wypadku.

Przeprowadzone badania nie dostarczyły rozstrzygających dowodów prawdziwości któregoś z dwóch przedstawionych stanowisk. Stwierdzono jednak wiele argumentów wspierających oba stanowiska.

■ Argumenty wspierające adaptacyjną funkcję zachowań ryzykownych

Ryzyko jest postrzegane jako właściwość sytuacji, w której wystawienie się na możliwą stratę stwarza okazję do uzyskania korzystnego wyniku (Kindler, 1990). Zazwyczaj w takich sytuacjach osoby podejmujące ryzyko pragną uniknąć straty i uzyskać korzystny wynik (Millstein, 2003). W przypadku gdy zadanie jest postrzegane jako zbyt trudne, a skutki niepowodzenia mogą się okazać wielce prawdopodobne, to ryzyko nie jest podejmowane. W takim ujęciu skłonność do ryzyka i motywacja do realizacji ryzykownych celów pełni funkcję adaptacyjną, podporządkowaną potrzebie zachowania życia (Wilson, 2002) i bezpieczeństwa (Maslow, 1970).

Większość ludzi, jeśli decyduje się na podjęcie ryzyka, to robi to z zamiarem nieponiesienia straty, kierując się oceną wielkości ryzyka i nagrody oraz posiadanymi kompetencjami do radzenia sobie z ryzykiem (March, 1994). Potrzeba i motywacja do zachowania życia podlegają w sytuacji zagrożenia kontroli biologicznej, realizowanej przez mechanizm:

— generujący niewyuczony lęk adaptacyjny w sytuacji realnego zagrożenia; na widok np. węży, pająków, gryzoni, wysokości czy krwi większość ludzi, mimo braku negatywnych doświadczeń i wiedzy o zaistniałym zagrożeniu, reaguje lękiem (Buss, 2001),

— wrażliwości na ryzyko (Kacelnik i Bateson, 1996; Bechara i in., 1996; Bateson, 2002), sygnalizujący obecność zagrożeń i powstrzymujący przed podjęciem decyzji o uczestnictwie w nadmiernym ryzyku odczuwanym przez podmiot ogólnym wzrostem emocji,

— przełączania się z gotowości do ryzyka na awersję do ryzyka (Studenski, 2004) sprawiający, że ryzyko jest podejmowane chętnie i bardzo często w zadaniach łatwych, o małych potencjalnych negatywnych skutkach, nawet gdy dostarcza niewielkich korzyści, natomiast w czynnościach trudnych, w których niepowodzenie może spowodować kalectwo lub utratę życia, ryzyko nie jest podejmowane lub podejmowane jest rzadko i niechętnie, nawet wówczas, gdy pozwala oczekiwać znacznych korzyści.

Konsekwencją przyjęcia założenia o adaptacyjności ryzykowania jest interpretacja wypadków i ich skutków jako zdarzeń niepożądanych i nieintencjonalnych, będących wynikiem błędów.

■ Argumenty podkreślające autodestrukcyjność ryzykowania

Autodestrukcyjność jest utożsamiana z „tendencją do podejmowania zachowań zwiększających prawdopodobieństwo negatywnych, a zmniejszających szansę pozytywnych konsekwencji dla podmiotu” (Kelley, 1985 – za Suchańska, 1998, s. 32). Zdaniem D. Lee (1985) ryzykowanie jest zachowaniem autodestrukcyjnym, ponieważ charakteryzuje się dobrowolnością oraz stwarza zagrożenie dla życia lub jego jakości. Autodestrukcyjność może się ujawniać w postaci gotowości do zachowań niebezpiecznych lub odczuwania potrzeby podjęcia takich działań, mimo wcześniejszych strat poniesionych w podobnych czynnościach oraz mimo możliwości uzyskania celu bez ryzyka.

O istnieniu gotowości do autodestrukcyjnego postępowania informują wyniki badań, jakie przeprowadzili R. Kastenbaum i L. Briscoe (1975). Zebrali oni dane wskazujące, że związek między skłonnością do ryzyka a powodowaniem wypadków jest względnie trwałe oraz że ryzykanci, mimo

wypadków, nie korygują niebezpiecznego dla siebie zachowania.

W badaniach tych obserwowano osoby przechodzące przez ulicę w czasie normalnego ruchu i oceniano stopień bezpieczeństwa wykonanego przejścia. Każdy obserwowany przechodzień został, na podstawie przyjętego klucza, zaklasyfikowany do jednej z pięciu kategorii A, B, C, D, E – od bardzo bezpiecznego przejścia (A) do przejścia bardzo niebezpiecznego – zagrażającego życiu (E).

Bezpośrednio po przejściu przeprowadzono z osobami obserwowanymi krótki wywiad, w którym pytano, między innymi, o wiek, samoocenę ryzykowności przejścia (w skali pięciopunktowej), procent czasu (przeciętnie w tygodniu) przebywania w sytuacji zagrożenia życia, stopień bezpieczeństwa w prowadzeniu własnego samochodu oraz o liczbę wypadków, w jakich obserwowani uczestniczyli wcześniej jako kierowcy. Obserwacje i wywiady prowadzono do skompletowania w każdej kategorii 25-osobowych grup, niezależnie od płci.

Tabela 1

Ryzykowność przechodzenia przez jezdnię a wcześniejszy udział w wypadkach drogowych

Ryzykowność przejścia (kategoria)	Liczba osób		Razem
	z wypadkami	bez wypadków	
A – bardzo bezpiecznie	5	20	25
B – bezpiecznie	8	17	25
C – ze średnim ryzykiem	17	8	25
D – niebezpiecznie	17	8	25
E – bardzo niebezpiecznie	23	2	25
Razem	70	55	125

$\chi^2 = 35,067$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Oceny ryzykowności swojego przejścia przez jezdnię oraz stopnia bezpieczeństwa zachowania się za kierownicą własnego samochodu były udzielane w sposób skorelowany z kategorią, do której obserwowane osoby zostały zaliczone przez badaczy. Ci, którzy przechodzili przez jezdnię bezpiecznie, ocenili siebie jako bezpieczniejszych kierowców od przechodzących przez jezdnię niebezpiecznie. Osoby zaklasyfikowane do najbezpieczniejszej kategorii A szacowały, że przeciętnie w tygodniu 2,1% czasu przebywają w sytuacji zagrożenia życia. Osoby z pozostałych kategorii podały następujące szacunki: B – 3,0%, C – 6,6%, D – 9,0% i E – 16,1%.

Wśród 25 bardzo bezpiecznych przechodniów 5 (20,0%) uczestniczyło w swoim życiu w wypadku drogowym, podczas gdy z grupy zaliczonej do kate-

gorii E doświadczenia wypadkowe posiadali prawie wszyscy – 23 (92,0%) spośród 25. Dane przedstawione w tabeli 1 wyraźnie wskazują na istnienie związku między wielkością podejmowanego ryzyka a powodowaniem wypadków ($\chi^2 = 35,067$; $df = 4$; $p < 0,001$). Biorąc pod uwagę sposób prowadzenia badań (obserwowano, jak bezpiecznie przechodzą przez jezdnię osoby o różniącym się doświadczeniu wypadkowym) można sądzić, że ryzykanci nie uczą się na błędach. Niektóre osoby zaliczane do kategorii E uczestniczyły w więcej niż w jednym wypadku; łącznie byli ofiarami lub sprawcami 61 wypadków (przy 5 w grupie A), a mimo to ich zachowanie pozostało nadal bardzo ryzykowne.

Zainteresowani tą problematyką badacze zidentyfikowali wiele innych symptomów zachowań autodestrukcyjnych. Są nimi między innymi:

— pojawianie się automatycznych myśli destrukcyjnych (Franken, 2005), takich jak „wolałbym umrzeć” czy „ja się chyba zabiję” (Franken, 2005),

— zwiększona wypadkowość kierowców przed popełnieniem samobójstwa (Crancer, Quiring, 1970),

— wyższe wyniki w pomiarach autodestrukcji u kierowców z wypadkami w porównaniu z kierowcami bez wypadków (Suchańska, 1998),

— wyższe wyniki w pomiarach autodestrukcji u osób uprawiających wspinaczkę wysokogórską w porównaniu z osobami o bezpiecznych zainteresowaniach (Suchańska, 1998).

— podejmowanie zachowań o dużym ryzyku przez osoby będące w stanie poczucia winy, nienawiści do siebie lub poszukujące okazji do samoukarań (MacMains, Mullins, 2001),

— dodatnia korelacja między poczuciem beznadziejności, chroniczną autodestruktywnością i częstością podejmowania zachowań ryzykownych (Bolland, 2003).

Autodestrukcyjne ryzykowanie może czasem doprowadzić do korzystnego rozwiązania konfliktowej sytuacji. Stwierdzono np., że doznanie obrażeń wypadkowych stwarza szansę umożliwiającą usprawiedliwione wycofanie się z sytuacji, w której poszkodowani byli zmuszeni przebywać przed wypadkiem (Castle, 1956; Verhaegen i in., 1976). Osoby ulegające wypadkom z własnej winy mają więcej nieusprawiedliwionych nieobecności w pracy przed wypadkiem od osób ulegających wypadkom nie z własnej winy (Hirschberg, 1950). Stwierdzono również, że okres powrotu do zdrowia trwa dłużej u tych pacjentów, którzy przed wypadkiem znajdowali się w sytuacji konfliktu lub w stanie głębokiego żalu w porównaniu z czasem rekonwalescencji osób po wypadkach niepoprzedzonych konfliktem lub żalem (Hamilton, 1977).

Przedstawione wyniki badań wskazują, że wypadki nie zawsze są zdarzeniami nieintencjonalnymi. Stwierdzone zależności między podejmowaniem

ryzyka a powodowaniem wypadków sugerują, że ryzykowanie może pełnić zarówno funkcję adaptacyjną, jak i destrukcyjną. Wypadki spowodowane przez jednostki autodestrukcyjne mogą być zdarzeniami nieplanowanymi i niepożądanymi, tj. wypadkami, jak i wynikiem działań intencjonalnych, polegających na nieusunięciu zagrożenia lub nieprzerwaniu sekwencji zdarzeń zmierzających do wypadkowego finału, względnie na umotywowanym wywołaniu niebezpiecznego zdarzenia. Ryzyko może być podejmowane bez intencji autodestrukcyjnych, ale także autodestrukcja może być nieświadomym lub świadomym jej zamiarem.

Badania wpływu skłonności do ryzyka i depresji na powodowanie wypadków

Przedstawione zależności między skłonnością do ryzyka a powodowaniem wypadków pochodzą z badań, w których nie mierzono szczegółowo skłonności do ryzykowania, a o jej poziomie wnioskowano na podstawie częstości ryzykowania lub wielkości podejmowanego ryzyka. W latach 2002-2004 przeprowadzono serię badań nastawionych na wyjaśnienie związków między podejmowaniem ryzyka a powodowaniem wypadków (Studenski, 2004 i 2007). Scenariusz tych badań zakładał przeprowadzenie pomiarów skłonności do ryzyka i depresji, motywów ryzykowania oraz częstości i ciężkości doznawanych obrażeń w celu sformułowania odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy osoby uzyskujące w pomiarach ryzyka wysokie wyniki uczestniczą w wypadkach częściej od osób o niskich wynikach w pomiarach ryzyka?
- Czy depresja wpływa na podejmowanie ryzyka?
- Czy stopień nasilenia się depresji pozostaje w związku z częstością uczestnictwa w wypadkach?
- Czy motywacja do realizacji ryzykownych celów oraz udział w wypadkach pozostają w silniejszym związku z depresją niż ze skłonnością do ryzyka?

Badaniami objęto 231 osób z wykształceniem średnim w wieku 19-36 lat, w tym 186 kobiet i 45 mężczyzn. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

W pomiarach skłonności do ryzyka stosowano *Test zachowań ryzykownych* (rzetelność α Cronbacha = 0,93). Depresję mierzono za pomocą kwestionariusza samooceny, którego stwierdzenia sformułowano na podstawie *Inwentarza objawów depresyjnych* (α Cronbacha = 0,94) A.T. Becka. Informacje o powodowaniu wypadków zbierano za pomocą dwóch następujących pytań:

— Czy w ciągu dwóch ostatnich lat spowodowałeś(ę) wypadek?

— Czy w ciągu dwóch ostatnich lat byłeś(ę) ofiarą niezawinionego przez siebie wypadku?

■ Skłonność do ryzyka a powodowanie wypadków

W ciągu dwóch lat poprzedzających badania w wypadkach uczestniczyło 67 osób, tj. 29,0% spośród wszystkich 231 badanych. Zestawienie liczby wypadków spowodowanych przez ryzykantów z wypadkami osób ostrożnych – z niskimi pomiarami ryzyka – przedstawione w tabeli 2, wskazuje wyraźnie, że ostrożni uczestniczą w wypadkach o wiele rzadziej niż ryzykanci.

Tabela 2

Pomiary skłonności do ryzyka	Liczba osób		Razem
	z wypadkami	bez wypadków	
66 i więcej	19	12	31
54-65	12	20	32
42-53	14	39	53
30-41	9	38	47
18-29	8	37	45
do 17	5	18	23
Razem	67	164	231

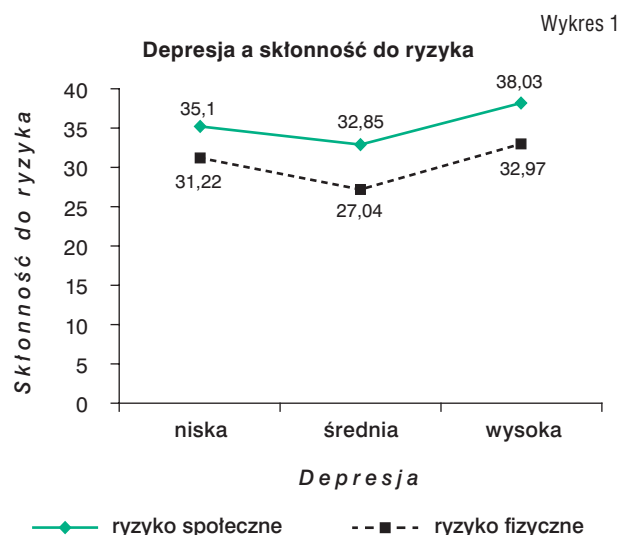
$\chi^2 = 22,55$; $df = 5$; $p < 0,001$.

W pomiarach stwierdzono 31 wyników świadczących o wysokim poziomie skłonności do ryzyka. Tych 31 (13,4% wszystkich) badanych ma na wspólnym koncie 19 wypadków (tj. 33,3% spośród 67). Niskie wyniki, świadczące o niechęci do ryzyka, stwierdzono u 23 (9,3%) badanych, którzy mieli 5 (7,5%) wypadków. Przyjmując wskaźnikowy sposób pokazywania zależności można powiedzieć, że 100 osób ostrożnych spowodowało 19 wypadków, 100 średnio ryzykujących – 23 wypadki, a na koncie 100 ryzykantów było 49 wypadków. Uzyskany obraz wyników wskazuje na istnienie wyraźnej zależności między skłonnością do ryzyka a powodowaniem wypadków: ryzykanci powodują ich więcej niż osoby ostrożne.

■ Związek depresji ze skłonnością do ryzykowania

W następnej analizie utworzono trzy grupy osób zróżnicowane ze względu na poziom depresji. Osoby o niskich wynikach w pomiarach depresji włączono do grupy niedepresyjnych, ze średnimi wynikami – do średniodepresyjnych, a z wysokimi wynikami zaliczono do wysokodepresyjnych. Dla każdej z tych grup obliczono średnią arytmetyczną z pomiarów skłonności do ryzyka fizycznego i ryzyka społecznego. Średnie arytmetyczne

z pomiarów skłonności do ryzyka dla osób niskodepresyjnych, średniodepresyjnych oraz wysokodepresyjnych pokazano na wykresie 1, nad krzywą – dla ryzyka społecznego, pod krzywą – dla ryzyka fizycznego.



W porównaniu średnich arytmetycznych skłonności do ryzyka nie stwierdzono różnicy między osobami niedepresyjnymi a średniodepresyjnymi, choć różnica w pomiarach skłonności do ryzyka fizycznego była bliska statystycznego kryterium istotności. Różnica ujawniła się natomiast między jednostkami średniodepresyjnymi a wysokodepresyjnymi. Osoby wysokodepresyjne były bardziej skłonne do ryzyka zarówno fizycznego, jak i społecznego od osób średniodepresyjnych. Uzyskane dane wskazują na istnienie słabej krzywoliniowej zależności między depresją a skłonnością do ryzyka oraz na współwystępowanie silnej depresji z dużą gotowością do ryzykowania.

Dużą skłonność do ryzyka obserwuje się u osób bez lub o bardzo niskiej depresji oraz u osób o depresji najwyższej. Gotowość do ryzykowania osób średniodepresyjnych jest najmniejsza.

■ Depresja a powodowanie wypadków

Hipotetycznie zakładano, że osoby wysokodepresyjne są bardziej obciążone prawdopodobieństwem uwikłania się w wypadek od osób mniej depresyjnych. Przypuszczenia te zostały potwierdzone w badaniach, których wyniki pokazano w tabeli 3 i na wykresie 2.

Pomiary depresji podzielono na cztery grupy: bardzo niskie (0-5), niskie (6-15), wysokie (16-25) oraz bardzo wysokie (26 i więcej). Dla tak utworzonych poziomów depresji zestawiono liczebności osób badanych, które pokazano w tabeli 3.

Tabela 3

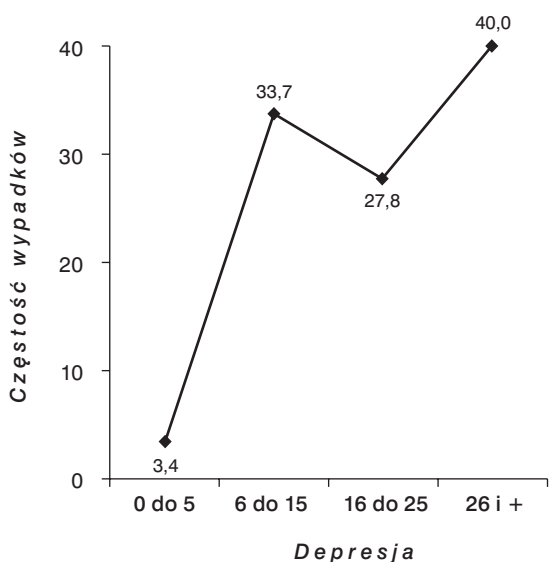
Poziom depresji a częstość wypadków

Uczestnictwo w wypadkach	Poziom depresji				Razem
	0-5	6-15	16-25	26 +	
Liczba osób z wypadkami	1	28	22	16	67
Liczba osób bez wypadków	28	55	57	24	164
Razem	29	83	79	40	231

Chi² = 12,49; df = 3; p < 0,01.

Wykres 2

Wartości wskaźnika wypadków na 100 badanych w grupach zróżnicowanych poziomem depresji



W grupie niedepresyjnej o pomiarach depresji w granicach od 0 do 5 znalazło się 29 osób, w tym 1 osoba z wypadkiem oraz 28 bez wypadku. W liczącej 83 osoby grupie niskodepresyjnej (pomiar 6-15) było 28 osób z wypadkami (33,7%), a w dwóch następnych grupach udział osób z wypadkami wynosił 27,8% (pomiar 16-25) i 40,0% w liczącej 40 osób z najwyższymi pomiarami depresji.

Obliczony dla danych z tabeli 3 współczynnik Chi² uzyskał wartość 12,49, tj. istotną na poziomie 0,01. Oszacowano również różnicę w częstości uczestnictwa w wypadkach między osobami o depresji bardzo niskiej (0-5) i niskiej (6-15) oraz między depresją bardzo niską a bardzo wysoką (26+). Otrzymane wartości testu Chi² wskazują, że w miarę wzrostu depresji zwiększa się prawdopodobieństwo udziału w wypadkach. Różnica między bardzo niską depresją a niską, wyrażona za pomocą testu Chi², uzyskała wartość równą 8,76, istotną na poziomie 0,01.

Stwierdzono również, że osoby o bardzo niskiej depresji uczestniczą w wypadkach istotnie rzadziej od osób o depresji bardzo wysokiej (Chi² = 10,21; p < 0,01).

Graficznym przedstawieniem zależności między poziomem depresji a częstością wypadków jest wykres 2, sporządzony na podstawie liczebności z tabeli 3. Przedstawia on częstość wypadków na 100 osób badanych dla każdego z czterech wyróżnionych poziomów depresji.

W grupie o najniższym poziomie depresji na każde sto osób przypadają prawie 4 (3,4) wypadki. 100 osób o depresji niskiej (6-15) spowodowało 34 (33,7) wypadki, a w dwóch grupach o najwyższych pomiarach depresji wartość wskaźnika wypadków na 100 osób wynosiła 27,8 i 40,0.

Zaobserwowana zależność, pokazana na wykresie 2, wskazuje, że jednostki niedepresyjne (o pomiarach 0-5) uczestniczą w wypadkach o wiele rzadziej od osób o podwyższonej i wysokiej depresji.

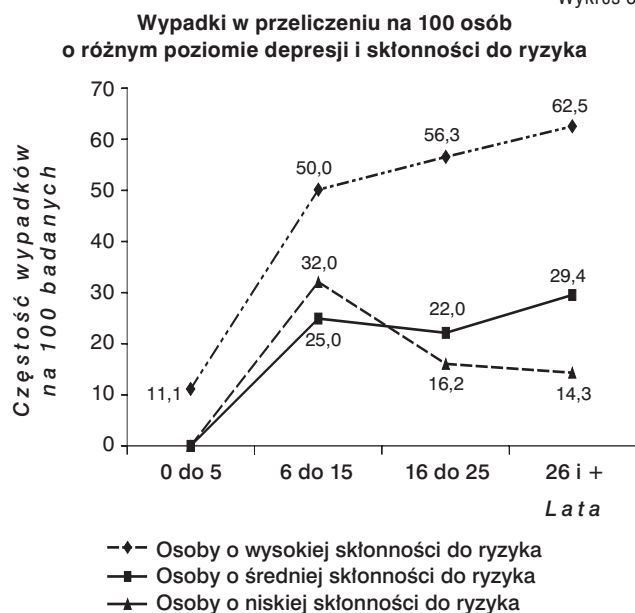
■ Niebezpieczny duet z nieświadomym napędem

Następne pytanie dotyczyło związku między poziomami skłonności do ryzyka i depresji a częstością wypadków. Hipotetycznie zakładano, że osoby wysokodepresyjne o dużej skłonności do ryzyka są bardziej obciążone prawdopodobieństwem uwikłania się w wypadek od osób mniej depresyjnych i mniej skłonnych do ryzykowania. Przypuszczenia te zostały potwierdzone w analizie, której wyniki pokazano na wykresie 3. Utworzono 12 grup złożonych z osób o różnych poziomach depresji i skłonności do ryzyka. Postanowiono prześledzić, czy osoby o jednakowej skłonności do ryzyka, zróżnicowane pod względem poziomu depresji, lub o jednakowym poziomie depresji, zróżnicowane pod względem skłonności do ryzyka, różnią się pod względem częstości powodowanych wypadków. O częstości wypadków w poszczególnych grupach informują liczby umieszczone na wykresie 3. Ich wartość pokazuje, ile wypadków spowodowało 100 osób z poszczególnych grup w ciągu 2 lat.

Na podstawie przebiegu krzywych pokazanych na wykresie 3 można sądzić, że jednostki niedepresyjne funkcjonują bezpiecznie niezależnie od poziomu skłonności do ryzyka. Najniższą częstość wypadków stwierdzono u osób o pomiarach depresji w granicach od 0 do 5 punktów. Osoby o pomiarach depresji od 6 do 15, w zależności od poziomu skłonności do ryzyka charakteryzują się wypadkowością 25,0 (średnio ryzykujący), 32,0 (najmniej ryzykujący) oraz 50,0 (najbardziej ryzykujący). W dwóch następnych przedziałach ze wzrostem depresji (między poziomami 6-15 a 26+) współwystępuje:

- spadek częstości wypadków u osób o niskiej skłonności do ryzyka,
- wzrost częstości wypadków u osób o dużej skłonności do ryzyka,
- brak zmian u osób o średniej skłonności do ryzyka.

Wykres 3



Uzyskany obraz zależności między depresją a częstością wypadków jest niejednoznaczny i trudny do interpretacji. Wypadki są zazwyczaj skutkiem podjęcia nadmiernego ryzyka. Depresja wpływa na wzrost skłonności do ryzyka, tyle tylko, że w sposób szczególny. Zwiększone ryzyko podejmują osoby niedepresyjne oraz osoby o depresji wysokiej. Dużej częstości wypadków nie obserwuje się jednak u niskodepresyjnych ryzykantów, ale głównie u ryzykantów wysokodepresyjnych. Jest możliwe, że niedepresyjni ryzykanci w ocenie ryzyka i w decydowaniu o jego podjęciu wsłuchują się w swój sprawnie funkcjonujący instynkt samozachowawczy, natomiast ryzykowanie jednostek wysokodepresyjnych przebiega z wyłączeniem instynktu samozachowawczego i jest bardziej zachowaniem desperackim, dopuszczającym możliwość doznania losowego niepowodzenia, niż czynnością wymagającą koncentracji, zaangażowania i kompetencji oraz stałej kontroli zagrożeń.

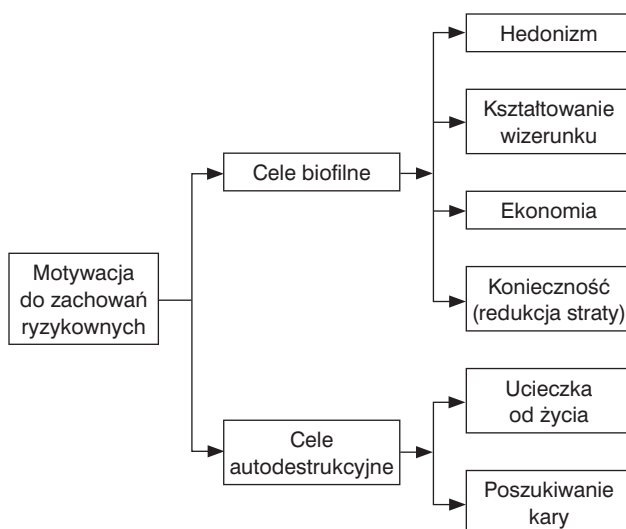
Nowe niewiadome: motywy biofilne i autodestrukcyjne

Powody lub cele realizowane pod wpływem motywacji do podejmowania ryzyka podzielono, zgodnie ze schematem przedstawionym na wykresie 4, na biofilne i autodestrukcyjne. Do celów biofilnych zaliczono poszukiwanie stymulacji, kształtowanie własnego wizerunku jako jednostki odważnej, różne formy szukania „drogi na skrót” w celu zmniejszenia wysiłku, kosztów lub czasu realizacji zamierzonych zadań oraz sytuacyjnie wymuszone działania podejmowane z konieczności (Zaleśkiewicz, 2005) z zamiarem ratowania siebie lub innych względnie niedopuszczenia do strat.

Wśród celów autodestrukcyjnych wyróżniono działania stymulowane chęcią ucieczki od życia, przybierającą formę działań samoniszczących oraz zachowania wzbudzone potrzebą wymierzenia sobie kary pod wpływem poczucia winy lub odczuwanej do siebie nienawiści.

Wykres 4

Cechy motywacji do zachowań ryzykownych



Założono, że motywacja do realizacji obu rodzajów celów – biofilnych i autodestrukcyjnych – powinna pozostawać w związku ze skłonnością do ryzyka. Jednostki wysoce skłonne do ryzyka powinny realizować częściej różne cele wymagające ryzykowania w porównaniu z osobami o niskiej skłonności do ryzyka. Oczekiwano jednak, że związek między skłonnością do ryzyka a motywacją autodestrukcyjną okaże się słabszy niż związek między skłonnością do ryzyka a motywacją biofilną. Sądzone także, że nasilenie motywacji do osiągnięcia celów autodestrukcyjnych będzie dodatnio skorelowane z pomiarami depresji oraz że związek między skłonnością do ryzyka a depresją nie ujawni się lub okaże się związkiem słabym. Główny problem zawarto w pytaniu: Czy motywacja do realizacji ryzykownych celów oraz udział w wypadkach pozostają w silniejszym związku z depresją niż ze skłonnością do ryzyka?

W badaniach motywacji uczestniczyło 110 nie badanych wcześniej osób. Obok stosowanych już narzędzi korzystano z kwestionariusza *Motywów zachowań ryzykownych* o rzetelności alfa Cronbacha = 0,92 (Studenski, 2007).

Wzięto pod uwagę wypadki zaistniałe w ciągu całego roku, powodujące:

- ból lub poczucie dyskomfortu trwające dłużej niż 24 godziny, niewymagające konsultacji medycznej,
- konieczność ambulatoryjnej pomocy medycznej,
- konieczność hospitalizacji.

Rejestrowano wypadki o wyróżnionym stopniu ciężkości zaistniałe w roku poprzedzającym badanie.

Najpierw oszacowano zależność między pomiarami skłonności do ryzyka i depresji a wyróżnionymi motywami podejmowania ryzyka. Otrzymane wartości wskaźnika korelacji przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4

Związek skłonności do ryzyka i depresji z motywami ryzykowania

Rodzaj motywacji	Korelacja między rodzajami motywacji a:			
	skłonnością do ryzyka		depresją	
	r	p	r	p
Hedonistyczna	0,82	0,001	- 0,05	ni
Do kształtowania wizerunku	0,65	0,001	0,14	ni
Ekonomiczna	0,69	0,001	- 0,07	ni
Do redukcji strat	0,40	0,001	0,07	ni
Do ucieczki od życia	0,35	0,001	0,67	0,001
Poszukiwanie kary	0,29	0,002	0,64	0,001

Symbole oznaczają: r – wartość korelacji, p – istotność korelacji.

Skłonność do ryzyka okazała się zmienną pozostającą w związku z wszystkimi wyróżnionymi rodzajami motywacji do zachowań ryzykownych. Najsilniejszy związek zaobserwowano między skłonnością do ryzyka a motywacją hedonistyczną ($r = 0,82$; $p < 0,001$), najślabszy natomiast, ale również istotny, między skłonnością do ryzyka a dwoma rodzajami motywacji autodestrukcyjnej: suicydalną ucieczką od życia ($r = 0,35$; $p < 0,001$) oraz ryzykowaniem poszukującym kary pod wpływem poczucia winy lub nienawiści do siebie ($r = 0,29$; $p < 0,002$).

Depresja ujawniła się jako zmienna pozostająca w związku z motywami autodestrukcyjnymi. Stwierdzono bardzo silną zależność między pomiarami depresji a tendencją do ryzykowania pod wpływem chęci ucieczki od życia ($r = 0,67$; $p < 0,001$), podejmowania ryzyka w sytuacji poczucia winy lub nienawiści do siebie oraz konieczności poniesienia kary.

■ **Rodzaj motywacji a wypadki**

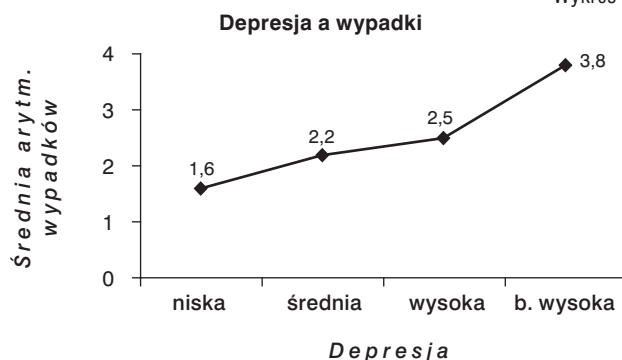
W grupie 110 osób badanych zdarzyło się w roku poprzedzającym badanie 255 wypadków, w tym 186 niewymagających konsultacji medycznej, 56 wymagających lekarskiej pomocy ambulatoryjnej oraz 13 wymagających hospitalizacji. Suma wypadków

doznanych przez jedną osobę badaną zawierała się w granicach od 0 do 10 ze średnią dla całej grupy wynoszącą 2,32 ($\sigma = 1,93$). Pomiary skłonności do ryzyka oraz depresji pozostawały w związku z częstością uczestnictwa w wypadkach, co pokazano na wykresach 5 i 6.

Wykres 5



Wykres 6



W miarę wzrostu skłonności do ryzyka (wykres 5) oraz depresji (wykres 6) zwiększa się liczba doznawanych wypadków w ciągu roku. Osoby badane o niskiej skłonności do ryzyka uczestniczyły w roku w 1,7 wypadkach, podczas gdy badani o bardzo dużej skłonności do ryzyka doznawali więcej niż trzy ($x = 3,2$) wypadki w tym samym czasie. Osoby niskodepresyjne uczestniczyły w ciągu roku średnio 1,6 razy w wypadkach, a wysokodepresyjne ponad 2 razy częściej, tj. w 3,8 wypadkach w ciągu roku.

Spośród sześciu wyróżnionych motywów do podejmowania ryzyka trzy okazały się w istotnym, choć słabym związku z częstością wypadków:

— ryzykowanie dla przyjemności (hedonizm) pozostawało w związku z doznawaniem lekkich obrażeń ($r = 0,227$; $p = 0,017$),

— ryzykowanie pod wpływem depresyjnej anhedonii (motyw 5) skorelowane było z sumą doznawanych wypadków ($r = 0,200$; $p = 0,036$),

— ryzykowanie pod wpływem złości i nienawiści do siebie pozostawało w związku z uczestnictwem w wypadkach wymagających hospitalizacji ($r = 0,212$;

$p = 0,026$) oraz z sumą doznanych wypadków ($r = 0,205$; $p = 0,032$).

Podsumowanie i wnioski

Oceny funkcji skłonności do ryzyka oraz potrzeby ryzykowania są bardzo zróżnicowane. Ryzykowanie w znaczeniu biologicznym jest zachowaniem przystosowawczym i kontrolowanym potrzebą bezpieczeństwa. Ludzie podejmują ryzyko, gdy sądzą, że zamierzony, korzystny wynik zostanie uzyskany bez strat. Konkurencyjna koncepcja zakłada, że ryzykowanie jest dobrowolnym zachowaniem zwiększającym prawdopodobieństwo pogorszenia jakości życia, a w skrajnych przypadkach mogącym doprowadzić do utraty życia i dlatego można w ryzykowaniu dostrzegać obecność tendencji autodestrukcyjnych i samobójczych.

Przyjęto, że ryzykowanie może zmierzać do realizacji różnych celów, w tym również autodestrukcyjnych. Założono, że różne motywacje podejmowania ryzyka – hedonistyczne, ekonomiczne lub społeczne – są skorelowane ze skłonnością do ryzykowania, natomiast ryzykowanie z pobudek autodestrukcyjnych powinno pozostawać w związku z depresją.

Przeprowadzone badania dostarczyły danych wskazujących, że:

1. Istnieje związek powodowania wypadków ze skłonnością do ryzyka. Jednostki podejmujące często zachowania ryzykowne powodują więcej wypadków w porównaniu z jednostkami ryzykującymi rzadko. Modelem związku między skłonnością do ryzyka a częstością powodowania wypadków jest krzywa przedstawiająca zwiększający się przyrost wypadkowości pod wpływem równomiernego wzrostu skłonności do ryzyka.

2. Skłonność do ryzyka pozostaje w krzywoliniowej zależności z pomiarami depresji. Silną tendencję do ryzykowania zaobserwowano u osób niedepresyjnych i wysokodepresyjnych. Jednostki średniodepresyjne uzyskiwały nieco niższe (nieistotne) wyniki pomiarów skłonności do ryzyka od osób niskodepresyjnych i istotnie niższe niż osoby niedepresyjne.

3. Osoby wysokodepresyjne powodują więcej wypadków niż średniodepresyjne, a średniodepresyjne od niedepresyjnych. W analizie częstości wypadków, ujmowanej jako skutek powiązań między depresją a skłonnością do ryzyka stwierdzono, że najrzadziej w wypadkach uczestniczą niedepresyjni ryzykanci, najczęściej natomiast wysokodepresyjni ryzykanci. Ten wynik sugeruje, że motywacje lub cele podejmowania ryzyka przez jednostki niedepresyjne są prawdopodobnie sprawniej kontrolowane przez instynkt samozachowawczy w porównaniu z kontrolą motywów i celów realizowanych podczas

zachowań ryzykownych przez jednostki wysoko-depresyjne.

4. Zaobserwowano silny związek między skłonnością do ryzyka a ryzykowaniem dla przyjemności oraz w celu zaoszczędzenia czasu i zmniejszenia wysiłku. Dwa motywacje autodestrukcyjne – ryzykowanie z poczuciem niskiej wartości własnego życia oraz pod wpływem nienawiści do siebie lub z poczuciem żalu były również obecne wśród przyczyn zachowań ryzykownych.

5. Na podstawie treści motywacji skłaniającej do ryzyka można wnioskować o stopniu bezpieczeństwa podjętego zachowania. Wypadki częściej się zdarzają ryzykującym z pobudek autodestrukcyjnych niż biofilnych. Stwierdzono, że skłonność do ryzyka oraz depresja mogą okazać się lepszymi predyktorami w prognozowaniu uczestnictwa w wypadkach niż wyróżnione motywacje ryzykowania. Spośród sześciu analizowanych motywów istotny związek z powodowaniem drobnych wypadków stwierdzono dla motywacji hedonistycznej oraz dla uczestnictwa w wypadkach wymagających hospitalizacji a ryzykowaniem pod wpływem nienawiści i poczucia winy. Stwierdzono także istotny związek (na poziomie 0,05) między analizowanymi motywami autodestrukcyjnymi a sumą wypadków.

Reasumując, w zreferowanych badaniach używano danych stwierdzających, że zachowania ryzykowne podejmowane są pod wpływem różnych motywów, w tym również autodestrukcyjnych. Siła autodestrukcyjnej motywacji do podejmowania ryzyka wydaje się pozostawać w związku z nasileniem symptomów depresji.

Piśmiennictwo

1. Buss D.M., *Psychologia ewolucyjna*, Gdańsk 2001, GWP.
2. Bateson M., *Recent advances in our understanding of risk-sensitive foraging preferences*, Proceedings of the Nutrition Society 2002 nr 61, s. 1-8.
3. Bechara A., Tranel D., Damasio A., *Failure to respond automatically anticipated future outcomes following damage to prefrontal cortex*, Cerebral Cortex 1996 nr 6, s. 215-225.
4. Bolland J.M., *Hopelessness and risk behaviour among adolescents living in high-poverty inner-city neighbourhoods*, Journal of Adolescence 2003 nr 26, s. 145-158.
5. Castle P.F.C., *Accidents, absence and withdrawal from the work situation*, Human Relations 1956 nr 9, s. 223-233.
6. Crancer A., Quiring D.L., *Driving records of persons hospitalized with suicidal gestures*, Behavioral Research in Highway Safety 1970 nr 1, s. 33-42.
7. Försterling F., *Depresja*, (w:) A.S.R. Manstead i in. (red.), *Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna*, Warszawa 1995, s. 45-50.
8. Franken R.E., *Psychologia motywacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
9. Freud Z., *Poza zasadą przyjemności*, PWN, Warszawa 1976.
10. Hamilton J.W., *The significance of object loss in individual response to accidental trauma*, Comprehensive Psychiatry 1977 nr 2, s. 189-199.

11. Hansen E.B., Breivik G., *Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behaviour among adolescents*, Personality and Individual Differences 2001 nr 30, s. 627-640.
12. Hirschberg J.C., *A study of miners in relation to the accident problem: A psychiatric evaluation*, American Journal of Orthopsychiatry 1950 nr 20, s. 552-559.
13. Kacelnik A., Bateson M., *Risky theories – the effects of variance on foraging decisions*, American Zoologist 1996 nr 36, s. 402-434.
14. Kastenbaum R., Briscoe L., *The street corner: A laboratory for the study of life – threatening behavior*, Omega 1975 nr 6, s. 3-44.
15. Kelley K., *Chronic self – destructiveness conceptualisation, Measurement and initial validation of the construct*, Motivation and Emotion 1985 nr 9, s. 135-151.
16. Kindler H.S., *Risk taking*, Kogan Page, London 1990.
17. Lee D., *Alternative self-destruction*, Perceptual and Motor Skills 1985 nr 61, s. 1065-1066.
18. Lightfoot C., *The culture of adolescent risk taking*, The Guilford Press, New York 1997.
19. March J.G., *A premier on decision making*, The Free Press, New York 1994.
20. Maslow A.H., *Motivation and personality*, Harper and Row, New York 1970.
21. McMains M.J., Mullins W.C., *Crisis negotiations*, Anderson Publishing, Cincinnati 2001.
22. Millstein S.G., *Risk perception. Construct development. Links to theory, correlates and manifestations*, (w:) D. Romer (red.), *Reducing adolescent risk*, s. 35-43, Sage Publications Inc., Thousand Oaks 2003.
23. Pęciłto-Pacek M., Karpiesiuk W., *Opracowanie i wdrożenie w wybranych przedsiębiorstwach programów modyfikacji zachowań niebezpiecznych*, Niepublikowane sprawozdanie etapowe z realizacji projektu 1.R..07, CIOP, Warszawa 2008.
24. Reber A.S., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2000.
25. Romer D., *Reducing adolescent risk*, Sage Publications, London 2003.
26. Studenski R., *Techniczne, organizacyjne i psychologiczne uwarunkowania przyczynowości wypadkowej*, (w:) Materiały z konferencji pn.: Bezpieczeństwo pracy, Środowisko, Edukacja, Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy, Katowice 2003, s. 60-70.
27. Studenski R., *Ryzyko i ryzykowanie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.
28. Studenski R., *Profilaktyka wypadków i katastrof*, (w:) M. Górnik-Durose, B. Kożusznik, *Perspektywy psychologii pracy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2007, s. 247-272.
29. Studenski R., *Autodestrukcyjna motywacja do zachowań ryzykownych*, Kolokwia Psychologiczne 2007 nr 16, s. 176-195.
30. Suchańska A., *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestrukcyjności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998.
31. Verhaegen P., Vanhalst B., Derijcke M., van Hoecke M., *The value of some psychological theories on industrial accidents*, Journal of Occupational Accidents 1976 nr 1, s. 39-45.
32. Wilde G.J.S., *Target risk*, PDE Publications, Toronto 1994.
33. Wilson E.O., *Socjobiologia*, Zysk i Spółka, Poznań 2002.
34. Zaleskiewicz T., *Przyjemność czy konieczność. Psychologia spostrzegania i podejmowania ryzyka*, GWP, Gdańsk 2005.
35. Zuckerman M., *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*, Cambridge University Press, New York 1994.

prof. Ryszard Studenski
Krakowska Szkoła Wyższa



dokumenty

Stanowisko Rady Ochrony Pracy

w sprawie
oceny stanu bezpieczeństwa
i higieny pracy w 2007 r.

Na posiedzeniu w dniu 5 listopada 2008 r. Rada Ochrony Pracy wysłuchała informacji na temat oceny stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w Polsce w 2007 r., opracowanej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz na temat analizy przyczyn wypadków przy pracy, przedstawionych przez Państwową Inspekcję Pracy i Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Rada Ochrony Pracy z dużym niepokojem stwierdza, że w 2007 r. po raz kolejny nastąpił

wzrost liczby osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem (o 3,9% w stosunku do 2006 r.) oraz w wypadkach ciężkich (o 1,5%). Równocześnie nastąpił dalszy wzrost wydatków z funduszu ubezpieczenia wypadkowego ZUS: liczba rent z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkami wzrosła o 5,1%, zaś liczba jednorazowych odszkodowań powypadkowych o ponad 3%. Jednocześnie zmniejszeniu uległy wydatki pracodawców na bezpieczeństwo

i higienę pracy w ogólnych kosztach pracy (z 1% w 2000 r. do 0,6% w 2004 r.). Niepokojący jest również wzrost liczby chorób zawodowych (w 2007 r. stwierdzono o 5% więcej chorób zawodowych niż w roku poprzednim). Równocześnie kontrole przeprowadzane przez Państwową Inspekcję Pracy wykazują, że duża grupa przedsiębiorstw nie przeprowadza lub przeprowadza niewłaściwie ocenę ryzyka zawodowego: tylko w 2007 r. stwierdzono nieprawidłowości w identyfikacji zagrożeń niemal w połowie z 730 kontrolowanych zakładów o znacznym stopniu zagrożeń zawodowych oraz niespełnienie obowiązku informowania pracowników o ryzyku zawodowym w niemal 20% tych zakładów. Większość pracodawców nadal traktuje ocenę ryzyka zawodowego jako formalny obowiązek, nie wykorzystując jej do kształtowania bezpiecznych warunków pracy.

Sytuacja taka wskazuje na konieczność intensyfikacji działań ukierunkowanych na poprawę bezpieczeństwa i higieny pracy, zwłaszcza w aspekcie realizacji celu sformułowanego w nowej wspólnotowej strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy, która zakłada zmniejszenie o 25% ogólnego wskaźnika wypadków przy pracy do 2012 r.

Biorąc pod uwagę powyższe, Rada podkreśla potrzebę ustanowienia, zgodnie z ustaleniami Strategii Europejskiej, krajowej strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na kolejne lata (2009-2012), która powinna w szczególności:

- wykorzystywać analizę i ocenę sytuacji w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w Polsce, z uwzględnieniem szerszego kontekstu czynników społeczno-ekonomicznych, które mogą na tę sytuację wpływać,
- wyrażać wolę wszystkich zainteresowanych stron oraz być opracowana i wdrażana w konsultacji z partnerami społecznymi,
- uwzględniać zarówno rolę poszczególnych resortów, jak i organizacji naukowych i doradczych, instytucji ubezpieczeniowych oraz mediów publicznych w kształtowaniu kultury bezpieczeństwa.

Równocześnie Rada uznaje konieczność wzmocnienia wielokierunkowych działań skierowanych na zwiększenie bezpieczeństwa pracy w zakresie:

♦ **działań o charakterze legislacyjno-normalizacyjnym:**

— kontynuowanie prac legislacyjnych w celu pełnego uwzględnienia w prawie polskim postanowień wszystkich dyrektyw UE w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,

— kontynuowanie przez Polski Komitet Normalizacyjny prac nad wdrażaniem norm europejskich dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy do zbioru polskich norm;

♦ **doskonalenia działań kontrolnych, prewencyjnych i informacyjnych prowadzonych przez organy administracji państwowej:**

— doskonalenie funkcjonowania systemu zróżnicowanej składki na ubezpieczenie wypadkowe oraz zwiększenia skuteczności działań prewencyjnych prowadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w tym środków przeznaczonych na ten cel co najmniej do wysokości określonej w ustawie na 1%,

— rozszerzanie przez organy nadzoru i kontroli działań informacyjnych i doradczych, zwłaszcza w odniesieniu do małych i średnich przedsiębiorstw, w celu zapewnienia lepszego zrozumienia i wdrożenia wymagań prawa,

— szersze wdrażanie systemów zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, szczególnie w działach o największych wskaźnikach wypadkowości, w tym w górnictwie i budownictwie,

— kontynuowanie przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych, szczególnie popularyzujących zachowania bezpieczne oraz jak najszerzego wspomagania tych działań przez Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi,

— doskonalenie systemu oceny zgodności wyrobów pod względem bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, zwłaszcza środków ochrony indywidualnej oraz szczególnie niebezpiecznych maszyn,

— dalsze podejmowanie przez Wyższy Urząd Górniczy działań ograniczających intensywność eksploatacji złóż i liczbę osób pracujących bezpośrednio w strefach zagrożenia,

— intensyfikacja działań nadzorczo-kontrolnych przez inne organy nadzoru technicznego (Urząd Dozoru Technicznego, Główny Urząd Nadzoru Budowlanego, Główny Inspektorat Transportu Drogowego) oraz Państwową Inspekcję Sanitarną;

♦ **edukacji i rozwijania kompetencji służb bezpieczeństwa i higieny pracy:**

— rozwijanie kompetencji służb bhp, w szczególności przez rozszerzanie i doskonalenie działalności edukacyjnej oraz prowadzonego przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy systemu certyfikacji kompetencji personelu, a także rozwój sieci regionalnych ośrodków doradczych w dziedzinie bhp, szczególnie na potrzeby małych i średnich przedsiębiorstw,

— zapewnienie przez Ministerstwo Edukacji Narodowej pełnego wprowadzenia obowiązku dotyczącego uwzględniania problematyki bezpieczeństwa pracy i ergonomii w programach nauczania na wszystkich jego poziomach (w tym szczególnie kształcenia zawodowego w systemie szkolnym),

— stworzenie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego podstaw prawnych do kształcenia na nowym kierunku studiów „Bezpieczeństwo i higiena pracy”, zgodnie z wnioskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej;

♦ **upowszechniania informacji i promowania rozwiązań organizacyjnych na rzecz poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy:**

— prowadzenie kampanii informacyjnych na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem oceny ryzyka zawodowego,

— upowszechnianie wdrażania systemów zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy oraz promowanie problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy,

— promowanie bezpiecznych zachowań, zarówno w pracy jak i poza nią w środkach masowego przekazu, z równoczesnym zakazem publikowania materiałów mogących wywoływać bądź utrwać zachowania ryzykowne;

♦ **prowadzenia analiz i badań naukowych wspomagających działania prewencyjne na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy:**

— doskonalenie analiz przyczyn wypadków przy pracy w celu lepszej identyfikacji tych obszarów, w których ryzyko wystąpienia wypadków jest największe,

— intensyfikacja polityki badań naukowych w dziedzinie bhp oraz systematycznego upowszechniania i wdrażania ich wyników,

— podjęcie projektu typu *foresight* dotyczącego prognozowania rozwoju problemów bezpieczeństwa i higieny pracy w kontekście przewidywanych zmian społeczno-gospodarczych w perspektywie 10-15 lat.

Ponadto Rada uważa za uzasadnione podjęcie prac w celu określenia metod i procedury systematycznej, zintegrowanej oceny działań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy na poziomie państwa. Jedną z możliwości jest tu wykorzystanie metody wskaźnikowej *scoreboard*, stosowanej w Unii Europejskiej do oceny krajowych działań w zakresie bhp.

Poseł Izabela Katarzyna Mrzygłocka
Przewodnicząca
Rady Ochrony Pracy



Instytut Kardiologii w Aninie

Tradycyjnie na łamach naszego kwartalnika przedstawialiśmy podstawowe informacje o ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Ośrodki te realizują program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do ubezpieczonych zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy.

W tym numerze prezentujemy Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Aninie – wieloletniego partnera Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w realizacji programu rehabilitacji leczniczej w schorzeniach układu krążenia.

Działalność Instytutu Kardiologii w Aninie powołana została zarządzeniem nr 26 Prezesa Rady Ministrów z dnia 21 marca 1979 r. w sprawie utworzenia Instytutu Kardiologii (MP nr 9, poz. 58). Statut Instytutu zatwierdził Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w 1980 r.

Bezpośrednią przyczyną utworzenia Instytutu była potrzeba wsparcia działań ochrony zdrowia w związku z narastającym w Polsce wzrostem zachorowalności na choroby układu krążenia, głównie choroby wieńcowej.

Instytut Kardiologii jest zarówno kardiologiczną jednostką naukową, jak i wysokospecjalistycznym kardiologicznym ośrodkiem klinicznym. Uczestniczy też w procesie kształcenia podyplomowego lekarzy

poprzez organizowanie kursów atestacyjnych, szkoleń indywidualnych, sympozjów naukowych oraz egzaminów specjalizacyjnych z zakresu kardiologii.

W procesie postępowania medycznego ważną rolę odgrywa kliniczna i ambulatoryjna rehabilitacja chorych, m.in. po zawale serca i operacjach kardiologicznych. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna obejmuje w szczególności farmakoterapię, kinezyterapię, psychoterapię i socjoterapię.

Instytut dysponuje ponad 400 łózkami klinicznymi. Rocznie lekarze specjaliści przeprowadzają tu ponad 2000 zabiegów operacyjnych, wykonują około 100 000 badań diagnostycznych i hospitalizują ponad 11 000 pacjentów.



Prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz (z prawej) – kierownik Kliniki i Zakładu Rehabilitacji Kardiologicznej Instytutu oraz jego zastępca – doc. dr hab. n. med. Rafał Baranowski.

Fot.: A. Barwicka



Ubezpieczeni skierowani na rehabilitację podczas treningu na cykloergonometrach.

Fot.: A. Barwicka

Istotną rolą Instytutu jest również prowadzenie szeroko zakrojonej działalności w zakresie promocji zdrowia. Ośrodek był prekursorem działań zmierzających do utworzenia Narodowej Rady Promocji Zdrowia.

Główne kierunki działalności naukowej Instytutu koncentrują się, między innymi, na diagnostyce i leczeniu choroby wieńcowej, wad wrodzonych i nabytych serca, niewydolności serca.

Jedną z ostatnich inicjatyw Instytutu Kardiologii w Aninie jest wdrożenie projektu usług telemedycznych. Projekt kładzie nacisk na wykreowanie rynku nowych, bardziej efektywnych ekonomicznie usług medycznych opartych na najnowocześniejszych rozwiązaniach telemedycznych oraz na podniesieniu jakości świadczonych usług z zastosowaniem technologii teleinformatycznych.

Współpraca Instytutu Kardiologii z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych rozpoczęła się już w latach dziewięćdziesiątych XX w. W tym okresie wprowadzony został pilotażowy program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w schorzeniach układu krążenia. Wyniki tego pilotażu wskazały na zasadność wdrożenia programu rehabilitacji leczniczej dla osób zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy z powodu schorzeń układu krążenia.

Ścisła współpraca Instytutu Kardiologii w Aninie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych zaczęła się w 2005 r. W latach 2005-2008 ukończyło rehabilitację leczniczą blisko 500 pacjentów.

Instytut świadczy usługi rehabilitacyjne z zakresu schorzeń kardiologicznych w systemie ambulatoryjnym. Ubezpieczeni kierowani przez Zakład na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej mają zapewnioną opiekę lekarsko-pielęgniarską podczas pobytu w ośrodku, możliwość konsultacji

z psychologiem klinicznym oraz możliwość wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, wynikających ze wskazań medycznych.

Ponadto, w ramach wymienionego programu, Instytut prowadzi edukację zdrowotną uwzględniającą naukę zasad prawidłowego żywienia oraz przekazuje wiedzę o czynnikach zagrożenia dla zdrowia występujących w środowisku pracy.

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w systemie ambulatoryjnym realizowany jest przez 5 dni w tygodniu w turnusach 21-dniowych. W zależności od wskazań medycznych pobyt w ośrodku rehabilitacyjnym może być przedłużony lub skrócony.

W każdym turnusie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w Instytucie przebywa na leczeniu 20 pacjentów.

Wszystkie koszty związane z realizacją programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej pokrywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Zakład prowadzi także kontrole i monitoruje jakość świadczonych przez Instytut usług rehabilitacyjnych, zgodnie z przyjętym programem.

Według przeprowadzonych przez ZUS badań statystycznych z grupy osób, która w 2006 r. zakończyła rehabilitację leczniczą, 41% badanych w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji nie pobierało świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Można więc uznać, że w wyniku przeprowadzonego leczenia rehabilitacyjnego tej grupie osób przywrócona została zdolność do pracy.

Także według opinii uzyskanych od ubezpieczonych rehabilitacja lecznicza przyczyniła się do znacznej poprawy ich stanu zdrowia.

Anna Serafińska
Departament Prewencji i Rehabilitacji



Wydarzenia, opinie – 2008/2009

■ **28-29 listopada 2008 r.** w Ożarowie Mazowieckim odbyła się konferencja naukowa zorganizowana przez Sekcję Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego poświęcona problemom związanym z niewydolnością serca. Uczestnicy spotkania mieli możliwość zapoznania się z najnowszą wiedzą z tej dziedziny, w tym z nowymi rekomendacjami postępowania w ostrej i przewlekłej niewydolności serca. Przekazanie rekomendacji miało na celu szybkie wdrożenie najnowszej wiedzy do praktyki lekarskiej. Obradom towarzyszyły sesje farmakoterapii i elektroterapii oraz prezentacja interesujących przypadków klinicznych związanych z niewydolnością serca i inwazyjnych metod leczenia.

Tematyka konferencji dotyczyła m.in. • badania klinicznego pacjenta z niewydolnością serca • echokardiografii w podejmowaniu decyzji o leczeniu zabiegowym objawowej niewydolności serca • zakresu badań diagnostycznych w przewlekłej niewydolności serca • nowoczesnej diagnostyki obrazowej NMR i CT • monitorowania hemodynamiki krążenia u chorych z kardiostymulatorem.

■ **2 grudnia 2008 r.** w Sali Kolumnowej Sejmu RP w Warszawie odbyło się uroczyste wręczenie nagród XXXVI edycji Ogólnopolskiego Konkursu – Poprawa Warunków Pracy. Organizatorami konkursu były m.in. ministerstwa: Pracy i Polityki Społecznej, Gospodarki, Zdrowia, Edukacji Narodowej, Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwowa Inspekcja Pracy, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Federacja Stowarzyszeń Naukowych NOT. Ideą Konkursu jest, jak czytamy w regulaminie, inspirowanie i upowszechnianie prac naukowo-badawczych oraz rozwiązań organizacyjnych i technicznych prowadzących do poprawy warunków pracy, jej bezpieczeństwa oraz ochrony człowieka w środowisku pracy, możliwie w największej liczbie zakładów i dla jak największej liczby pracowników, przez udoskonalenie stosowanych lub wprowadzenie nowych metod oceny zagrożeń i ryzyka zawodowego, nowych konstrukcji, technologii, urządzeń i materiałów. Składowi Sądu Konkursowego przewodniczyła prof. dr hab. n. med. Danuta Koradecka, która podkreśliła, iż na tegoroczną edycję Konkursu nadeszło wiele opracowań z małych i średnich przedsiębiorstw, których rola w gospodarce ciągle rośnie. W sumie nadesłano 74 prace (66 prac w kategorii rozwiązania techniczne i organizacyjne zastosowane w praktyce – kategoria A oraz 8 prac w kategorii prace naukowo-badawcze z dziedziny bezpieczeń-

stwa i higieny pracy oraz ergonomii służące poprawie warunków pracy, mające zastosowanie w praktyce – kategoria B). Pierwszą nagrodę w kategorii A zdobył zespół reprezentujący Centrum Elektryfikacji i Automatykacji Górnictwa EMAG w Katowicach za pracę „Systemy sejsmiczne do oceny zagrożeń tąpnięciami w kopalniach”. W kategorii B zwyciężyła praca dotycząca metodyki ograniczania zagrożeń wypadkowych w szybách górniczych. Laureaci XXXVI edycji otrzymali 11 nagród i 14 wyróżnień.

■ **4-5 grudnia 2008 r.** w Berlinie odbyło się robocze spotkanie dotyczące przygotowania międzynarodowego projektu z zakresu epidemiologii i profilaktyki nowotworów skóry występujących u pracowników ekspozowanych zawodowo na promieniowanie ultrafioletowe. Stronę polską reprezentowali m.in. przedstawiciele Instytutu Medycyny Wsi, Centrum Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Z ramienia ZUS w berlińskim spotkaniu uczestniczyła dr n. med. Jadwiga Kawwa – dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji. Podczas spotkania opracowano założenia do projektu. Zakłada on 10-letnią obserwację, której poddana zostanie grupa 10 tysięcy ubezpieczonych powyżej 40 roku życia (będą to przede wszystkim robotnicy budowlani, dekarze, rolnicy). Grupa poddana będzie badaniom dermatologicznym co dwa lata. W Polsce wybrane zostaną trzy powiaty objęte projektem (ich wybór uzależniony będzie od nasłonecznienia i poziomu promieniowania UV). Koordynatorem badań został Instytut Medycyny Wsi w Lublinie oraz Uniwersytet w Osnabrücku.

■ **18 stycznia 2009 r.** weszła w życie nowelizacja kodeksu pracy, która nałożyła na pracodawcę nowe obowiązki z zakresu bhp. Każdy pracodawca zatrudniający co najmniej jednego pracownika będzie musiał wyznaczyć osoby odpowiedzialne za udzielenie pierwszej pomocy, wykonywanie czynności w zakresie ochrony przeciwpożarowej i ewakuacji pracowników zgodnie z przepisami o ochronie przeciwpożarowej. Wyznaczony pracownik odpowiedzialny za ochronę przeciwpożarową musi posiadać odpowiednie kwalifikacje (co najmniej średnie wykształcenie i ukończone szkolenie inspektorów ochrony przeciwpożarowej).

Anna Sójka

Departament Prewencji i Rehabilitacji



Siedziba Instytutu Kardiologii w Aninie.

Fot.: A. Barwicka

PREWENCJA i REHABILITACJA

Wydawca:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 00-701 Warszawa, ul. Czerniakowska 16

Przygotowanie tekstów:

Anna Sójka, Marta Bil

z Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS

Adres: 03-446 Warszawa, ul. 11 Listopada 15a, tel. 0-22 714-24-21 (lub sekretariat: 0-22 814-54-87)

Opracowanie redakcyjne tekstów:

Redakcja Wydawnictw Gabinetu Prezesa

Projekt graficzny: Hanna Klimkowska

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

Nakład 750 egz. Zamówienie nr 248/09

ZUS