

Prewencja i Rehabilitacja

kwartalnik

ISSN 1731-8971

Nr 3–4 (57–58) 2019

- dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz
dr hab. n. med. Adam Kobayashi
dr hab. n. med. Maciej Krawczyk
dr n. med. Leonard Szafraniec
dr Marcin Zarzecki

**Rehabilitacja osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu
nerwowego s. 1**

- Anna Najder
Adrianna Potocka

Trzy kroki do zdrowia, czyli jak ustrzec się przed otyłością s. 16

- dr Małgorzata Paszkowska

**Rehabilitacja amazoнок w ramach prewencji rentowej ZUS
na przykładzie sanatorium SANVIT w Iwoniczu-Zdroju s. 30**

- dr hab. n. med. Beata Świątkowska

**Ryzyko związane z pracą i możliwe działania profilaktyczne
w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej s. 40**

- Grażyna Ślawska

**Zróżnicowana stopa procentowa składki na ubezpieczenie
wypadkowe s. 47**

- Irena Sajkowska

Wydarzenia, opinie – 2019 s. 60

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

Przygotowanie tekstów:

Małgorzata Dziągiewska, Marta Bil-Witkowska z Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS

Adres: 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3, 5
sekretariat: tel. 22 667 10 15

Opracowanie redakcyjne tekstów: Justyna Żebrowska

Korekta: Justyna Żebrowska

Projekt graficzny okładki: Olaf Rawski

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

Nakład 440 egz. Zamówienie nr 182/20

Rehabilitacja osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego

Znaczenie aktywności intelektualnej i psychospołecznej dla zachowania prawidłowych funkcji poznawczych mózgu

W miarę upływu lat lub na skutek wystąpienia chorób wpływających negatywnie na funkcjonowanie mózgu (udar mózgu, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane) mamy większe trudności w uczeniu się, przypominaniu sobie nazwisk osób wcześniej znanych (np. osób publicznych), zapamiętywaniu treści książek, fabuł filmów. Pojawiają się też trudności w planowaniu i organizowaniu sobie większej ilości złożonych zajęć czy kłopoty w orientacji w nowych miejscach. Takie zaburzenia, nazywane zaburzeniami poznawczymi, powodują gorsze funkcjonowanie w życiu codziennym, zawodowym i społecznym. Często są przyczyną podwyższonego lęku, obaw o dalsze funkcjonowanie i obniżenia nastroju.

Zgodnie z obecną wiedzą o plastyczności mózgu wiadomo, że angażowanie naszego umysłu do wykonywania różnorodnych zadań wymagających koncentracji, zapamiętywania, planowania, myślenia oraz towarzysząca takim działaniom aktywność ruchowa w znacznym stopniu poprawiają sprawność tych procesów. Dzięki temu ułatwiają codzienne funkcjonowanie i znacznie wydłużają samodzielność także w późnym wieku.

Udar mózgu

Udar mózgu jest jedną z głównych przyczyn śmierci i długotrwałej niesprawności na całym świecie. Na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych obliczono, że w populacji ogólnej jedna osoba na sześć dozna udaru w ciągu swojego życia. Rocznie w Polsce rejestruje się około 70 000 nowych zachorowań. W najbliższych latach częstość występowania udaru mózgu w Polsce prawdopodobnie będzie rosła, mimo właściwej profilaktyki udarów. Ma to związek ze wzrostem liczby osób

po 65 roku życia. Według prognoz w latach 2005–2025 w Polsce liczba zachorowań na udar u mężczyzn zwiększy się o 37%, a u kobiet o 38%. W latach 1990–2010 udar mózgu był trzecią pod względem częstości przyczyną utraty pełnej sprawności (w 1990 r. była to piąta przyczyna). Wśród osób, które przeżyły ponad 6 miesięcy od wystąpienia udaru, 48% ma utrzymujący się niedowład połowiczy, 22% nie jest w stanie chodzić, 24–53% jest częściowo lub całkowicie zależna od innych osób, wymaga pomocy przy podstawowych czynnościach codziennych, zaś 12–18% ma afatyczne zaburzenia językowe. Udar jest ponadto częstą przyczyną otępienia, padaczki u osób w podeszłym wieku oraz depresji.

Udar mózgu jest stanem nagłego zagrożenia zdrowia i życia – im wcześniej chory z objawami udaru trafi do szpitala, gdzie uzyska właściwą i szybką pomoc, tym większe ma szanse na uniknięcie zgonu i ciężkiej niesprawności. Udar to zespół objawów powstałych w wyniku nagłego częściowego lub uogólnionego zakłócenia pracy mózgu, wynikającego z zaburzeń dopływu krwi do mózgu i trwającego dłużej niż 24 godziny.

Udar powstaje, gdy nagle wystąpią lokalne zaburzenia dostarczania krwi z tlenem i substancjami odżywczymi do określonego obszaru mózgu. Może to nastąpić wskutek zamknięcia, dużego zwężenia lub pęknięcia dużej tętnicy doprowadzającej krew do mózgu albo małej tętniczki wewnątrzmoźgowej.

Najczęstszą postacią udaru, która stanowi ok. 80% wszystkich przypadków, jest niedokrwiennoy udar mózgu, zwany inaczej zawałem mózgu. Ten typ udaru jest wywoływany zamknięciem lub zwężeniem naczyń zewnątrzmoźgowych albo wewnątrzmoźgowych doprowadzających krew do mózgu. Może też być skutkiem zaburzeń hemodynamicznych powodujących spowolnienie przepływu mózgowego. Obszar niedokrwienia mózgu zależy od wielkości zmienionego naczynia.

Wyróżnia się trzy główne przyczyny udarów niedokrwiennoy:

1. Zmiany zakrzepowe dużych tętnic

Główną przyczyną zmian zakrzepowych jest miażdżycy tętnic. Miażdżycy to przewlekły proces patologiczny ścian tętnic z wytworzeniem w ich obrębie blaszek miażdżycowych, co prowadzi z upływem czasu do zwężenia i zamknięcia światła naczynia, a w konsekwencji – do niedokrwienia i niedotlenienia.

Głównymi czynnikami zapoczątkowującymi miażdżycę są:

- nadciśnienie tętnicze,
- podwyższony poziom cholesterolu,
- cukrzyca,
- palenie papierosów.

Procesy zapalne, zakaźne, choroby autoimmunologiczne, niezapalne uszkodzenia ścian tętnicy (tętniak rozwarstwiający), przebyta radioterapia czy uraz mogą także prowadzić do zmian zakrzepowych w naczyniach.

2. Zator pochodzący z serca

Udar o etiologii zatorowej jest związany z nagłym zamknięciem światła naczynia przez materiał zatorowy pochodzący zazwyczaj z serca. Niektóre choroby serca przyczyniają się do powstania skrzepliny w jego wnętrzu. Część skrzepliny może się oderwać, popłynąć z prądem krwi i być przyczyną zatoru, czyli zatkania naczynia krwionośnego doprowadzającego krew do mózgu. Najczęstszym schorzeniem przyczyniającym się do powstawania skrzeplin w sercu jest migotanie przedsionków. Inne choroby serca mogące

przebiegać z tworzeniem się skrzeplin to: inne zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia serca, wady zastawek serca i sztuczne zastawki oraz kardiomiopatia rozstrzeniowa.

3. Choroba małych naczyń

Choroba małych naczyń dotyczy małych tętniczek wewnątrzmoźgowych, polega na stwardnieniu ich ścian. W następstwie procesu chorobowego ściany tętniczek stają się grube i twarde, słabo się kurczą, a światło naczynia się zwęża i zmniejsza się przepływ krwi w naczyniu. Wiele chorób może prowadzić do uszkodzenia małych tętniczek – zwłaszcza nadciśnienie tętnicze i cukrzyca.

Istnieją też inne, rzadsze przyczyny udarów niedokrwiennoy mózgu, np. wrodzone lub nabyte zaburzenia krzepnięcia, skurcz naczyń w krwotoku podpajęczynówkowym, migrenie, nagłym wzroście ciśnienia czy ucisk na tętnice kręgosłupa w wyniku zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa.

Rzadszym rodzajem udaru mózgu jest udar krwotoczny (stanowi ok. 15–20% wszystkich udarów). Do udaru krwotocznego, potocznie przez pacjentów nazywanego wylewem, dochodzi w następstwie pęknięcia ściany naczynia.

Najczęstszymi postaciami udaru krwotocznego są:

- a) Krwotok śródmózgowy, czyli ostre lub podostre krwawienie do mózgu. Zazwyczaj naczynie, które pęka, jest wcześniej uszkodzone w wyniku nieleczonego lub nieskutecznie leczonego nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy. Do tego typu udaru dochodzi najczęściej przy wysokim ciśnieniu tętniczym (skok ciśnienia).
- b) Krwotok podpajęczynówkowy, czyli wylanie się krwi do przestrzeni otaczającej mózg, to znaczy przestrzeni podpajęczynówkowej. Powstaje najczęściej w następstwie pęknięcia tętniaka.

Zarówno udar niedokrwiennoy, jak i udar krwotoczny powodują, że komórki nerwowe w mózgu giną tam, gdzie doszło do niedokrwienia lub krwotoku. Objawy udaru różnią się w zależności od tego, jaki rodzaj udaru wystąpił i w jakiej części mózgu są zaburzenia przepływu krwi.

Jeżeli uszkodzeniu ulegnie naczynie doprowadzające krew do półkul mózgu, objawem może być niedowład, czyli ograniczenie

możliwości wykonywania ruchów ręki, nogi (tzw. paraliż) czy wykrzywienie twarzy. Objawami udaru mogą być drętwienia, osłabienie lub zniesienie czucia w obrębie twarzy, ręki czy nogi po jednej stronie ciała. Uszkodzenie obszaru mózgu odpowiadającego za mowę może spowodować niemożność normalnego mówienia lub rozumienia mowy, czyli afazję. Afazja często towarzyszy niedowładowi kończyn po stronie prawej u osób praworęcznych, a po stronie lewej u leworęcznych. Uszkodzenie innych obszarów mózgu może powodować zaburzenia widzenia, zawroty głowy, zaburzenia równowagi i wymioty.

Najcięższą postacią udaru mózgu jest udar pnia mózgu, w którego przebiegu może wystąpić niedowład czterech kończyn, zaburzenia świadomości (chory może być w śpiączce), zaburzenia oddychania i krążenia krwi.

Udar krwotoczny często ma cięższy przebieg niż udar niedokrwienny. Może rozpocząć się bólem głowy, utratą świadomości, a nawet drgawkami. Najbardziej charakterystycznym objawem krwotoku podpajęczynówkowego jest natomiast nagły, „najsilniejszy w życiu”, „niesamowity” ból głowy.

Udar pojawia się nagle – ktoś rozmawia, śmieje się, wykonuje codzienne prace domowe i niespodziewanie traci równowagę, chwyta się za głowę, niewyraźnie mówi, skarży się na zaburzenia widzenia, czasami upada.

Zanim dojdzie do utrwalonych objawów neurologicznych, u niektórych osób występują objawy przemijającego niedokrwienia mózgu, które zwykle utrzymują się 15–60 minut, najdłużej 24 godziny, a potem same całkowicie ustępują. Chorzy często się cieszą, że objawy ustąpiły, i bagatelizują je, nie zdając sobie sprawy, że są to objawy ostrzegawcze zwiastujące udar.

Do najczęstszych objawów udaru należą:

- wykrzywienie twarzy po jednej stronie – szczególnie widoczne jest opuszczenie kąca ust, nagłe zaburzenia czucia po jednej stronie ciała (niedoczulica połowicza) lub drętwienie połowy ciała,
- nagłe osłabienie kończyny lub kończyn po jednej stronie ciała (niedowład połowiczy),
- nagłe zaburzenia mowy – mowa bełkotliwa, utrata zdolności wypowiadania słów, trudności w zrozumieniu mowy,
- nagłe zaburzenia widzenia – charakterystyczne jest niedowidzenie na jedno oko lub niedostrzeganie połowy pola widzenia,

- nagłe zawroty głowy z zaburzeniami w utrzymaniu równowagi, nagłymi upadkami, czasami z podwójnym widzeniem, kłopotami z orientacją i zaburzeniami świadomości.

Nie wszystkie objawy udaru muszą wystąpić jednocześnie u danej osoby – rodzaj i nasilenie objawów zależy od tego, jaka część mózgu jest uszkodzona.

Aby upewnić się, że dzieje się coś niedobrego, można poprosić chorą osobę, by:

- uśmiechnęła się,
- podniosła ramiona,
- wypowiedziała proste zdanie.

Jeśli osoba ma problem z wykonaniem tych czynności, należy niezwłocznie wezwać pomoc, najlepiej pogotowie ratunkowe. Im szybciej chory trafi do szpitala i zostanie prawidłowo zdiagnozowany, tym większa szansa na zastosowanie leczenia, które pozwoli ograniczyć następstwa udaru.

Podstawą rozpoznania udaru jest wywiad lekarski zebrany od chorego lub od rodziny czy świadków zdarzenia. Wskazane jest, aby bliscy towarzyszyli choremu w szpitalu w celu udzielenia szczegółowego wywiadu, zwłaszcza dotyczącego czasu, jaki minął od pojawienia się objawów do czasu przywiezienia do szpitala, gdyż to często warunkuje sposób leczenia. Ważne jest też dostarczenie kart informacyjnych zawierających dane o przebytych chorobach i informacje o przyjmowanych lekach.

Po zebraniu wywiadu lekarz ocenia stan pacjenta – przeprowadza badanie internistyczne oraz neurologiczne i jeżeli podejrzewa udar, zleca wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych (morfologia krwi, wskaźniki krzepnięcia, stężenie elektrolitów, glukozy) oraz badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego głowy, a także badanie EKG. Wszystkie te badania mogą umożliwić rozpoznanie przyczyny udaru i zastosowanie właściwego leczenia.

Chory z udarem powinien, o ile tylko jest to możliwe, być leczony w oddziale udarowym. Oddział udarowy w warunkach polskich jest zwykle częścią oddziału neurologicznego. W oddziale takim jest ciągły dyżur lekarza neurologa wykształconego w dziedzinie leczenia udaru. W takim oddziale pracują fizjoterapeuci, logopeda, psycholog oraz personel pielęgniarski przeszkolony w opiece nad chorymi z udarem. W Polsce obecnie funkcjonuje ponad

170 oddziałów udarowych rozmieszczonych na terenie całego kraju.

Jeżeli chory dotrze do szpitala odpowiednio szybko od wystąpienia pierwszych objawów i po wykonaniu badania tomografii komputerowej głowy okaże się, że ma udar niedokrwienny, istnieje możliwość leczenia trombolitycznego za pomocą rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu. Jest to lek, który rozpuszcza skrzepinę zamykającą naczynie doprowadzające krew do mózgu. Lek można zastosować do 4,5 godziny od wystąpienia objawów. W miarę upływu czasu od pierwszych objawów udaru skuteczność leku się zmniejsza – im szybciej chory trafi do szpitala i im wcześniej zostanie leczony, tym szansa na wyleczenie i zmniejszenie następstw udaru jest większa. Choć leczenie trombolityczne może doprowadzić do pełnego wyzdrowienia, nie wszyscy chorzy, którzy dotrą do szpitala dostatecznie wcześnie, będą leczeni w ten sposób. W przypadku chorych ze skrzepiną w dużych tętnicach mózgowych obecnie możliwe jest usuwanie jej za pomocą technik wewnątrznacyniowych, czyli tzw. trombektomia. Obydwie powyższe metody zmniejszają ryzyko zgonu i trwałej niesprawności po udarze.

Obecnie nie ma skutecznych metod farmakologicznego i chirurgicznego leczenia udaru krwotocznego. Terapia tych pacjentów sprowadza się do konieczności hospitalizacji w oddziale udarowym, co dotyczy wszystkich pacjentów z udarem, oraz profilaktyki i leczenia powikłań.

Do najważniejszych czynników ryzyka udaru mózgu należą:

- nadciśnienie tętnicze,
- zaburzenia gospodarki lipidowej,
- choroba niedokrwienna serca,
- zaburzenia rytmu serca, przede wszystkim migotanie przedsionków,
- cukrzyca,
- palenie papierosów.

Podczas pobytu w szpitalu chory będzie poddany także szeregowi badań w celu określenia rodzaju i przyczyny udaru, np. oznaczeniu poziomu cukru, cholesterolu, elektrolitów, badaniu układu krzepnięcia, badaniu ultrasonograficznemu tętnic zewnątrz- i wewnątrzczaszkowych, 24-godzinnemu monitorowaniu EKG metodą Holtera.

Badania te pozwolą wykryć czynniki ryzyka udaru mózgu występujące u chorego i wdrożyć właściwe metody profilaktyki wtórnej, których

celem jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia powtórnego udaru.

Skuteczne leczenie powyższych chorób zmniejsza ryzyko udaru, zarówno tego pierwszego, jak i kolejnego. W profilaktyce po przebytym udarze niedokrwiennym konieczne jest przyjmowanie odpowiednich leków przeciwzakrzepowych.

Udar mózgu jest chorobą dotyczącą głównie osób starszych, jednak nierzadko dotyczy również osób młodszych, aktywnych zawodowo. Przez to często może prowadzić do konieczności zaprzestania pracy zawodowej lub przekwalifikowania do pracy, którą pacjent będzie w stanie wykonywać pomimo pewnego stopnia niesprawności.

Najskuteczniejszą metodą przywracania pacjentom po udarze sprawności lub zmniejszania stopnia niepełnosprawności jest kompleksowa rehabilitacja. Związana jest z tym również większa szansa na przywrócenie pacjentów po udarze mózgu do aktywności zawodowej. Wczesna kompleksowa rehabilitacja obejmująca ćwiczenia ruchowe, ćwiczenia mowy i terapię zaburzonych funkcji poznawczych powinna być rozpoczęta jak najwcześniej od momentu zachorowania – zwykle już w ciągu pierwszych 24–48 godzin od przyjęcia do szpitala. Warunkiem prowadzenia intensywnej rehabilitacji jest stan kliniczny pacjenta umożliwiający taką rehabilitację – decyduje o tym lekarz.

Rehabilitacja we wczesnej fazie ma na celu przede wszystkim:

- przygotowanie narządu ruchu do optymalnego odzyskania ruchów czynnych użytecznych oraz utrzymania pełnego zakresu ruchów w stawach (zapobieganie przykurczom, podwichnięciom stawów, odwapnieniom kości i skostnieniom pozaszkieletowym);
- zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia chorego, tzn. zakrzepowemu zapaleniu żył, zatorowości płucnej, infekcjom dróg oddechowych i moczowych, odleżynom, zaburzeniom ortostatycznym, nadmiernej spastyczności lub wiotkości;
- stymulację procesów neuroplastyczności przez aktywność fizyczną oraz jak najwcześniejszą odbudowę funkcji ciała;
- zapobieganie postawom rezygnacyjnym i depresji.

Od momentu rozpoczęcia rehabilitacji zespół terapeutyczny wdraża kolejne etapy pionizacji:

począwszy od uniesienia zagłówka łóżka, sadzenia chorego na łóżku, siadania ze spuszczonej nogami z łóżka czy stania z pomocą.

Rehabilitacja powinna być prowadzona nawet wówczas, jeśli udar był bardzo rozległy, a zespół terapeutyczny przewiduje, iż pacjent będzie w przyszłości osobą niesamodzielną, a nawet będzie wymagał dalszej opieki w warunkach domowych czy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Celem większości strategii rehabilitacji jest odbudowa funkcji, które chory utracił na skutek udaru. Dlatego każdy pacjent we wczesnej fazie leczenia jest traktowany jako taki, który ma szansę odzyskać utracone funkcje w takim zakresie, w jakim je posiadał przed udarem.

Jeśli jednak zespół terapeutyczny zauważy, że mimo rehabilitacji utraczona funkcja nie powraca, celem rehabilitacji staje się nauka kompensowania takich utraconych funkcji, a pacjenta uczy się, jak może radzić sobie w danej sytuacji, np. jak zasznurować buty, jeśli ma się tylko jedną rękę sprawną.

Choroba Parkinsona

Choroba Parkinsona dotyka średnio ok. 0,3% osób w populacji ogólnej krajów uprzemysłowionych, jednak w starszych grupach wiekowych odsetek ten jest znacznie wyższy. U osób w wieku 55–59 lat wynosi on 0,56%, natomiast po 65 roku życia zwiększa się nawet do 2,6% (badanie PolSenior). W Polsce stwierdzono geograficzne różnice w częstości występowania choroby Parkinsona: wśród osób po 65 roku życia najwięcej zachorowań notuje się na północy Polski (3,5%), mniej w Polsce centralnej (2,7%), a najmniej na wschodzie kraju (1,9%). Liczbę nowych zachorowań w ciągu roku szacuje się na 20 przypadków wśród 100 000 osób. Można przypuszczać, że w Polsce żyje około 80 000 ludzi z chorobą Parkinsona.

Choroba Parkinsona należy do chorób neurodegeneracyjnych. Dochodzi w niej do uszkodzenia komórek nerwowych (przede wszystkim struktury mózgu określanej jako istota czarna) produkujących dopaminę. Dotychczas nie ustalono przyczyny choroby Parkinsona, dlatego nazywamy ją samoistną. Liczne badania ukierunkowane na pojedyncze potencjalne czynniki nie wskazały żadnego z nich jako odpowiedzialnego za wystąpienie choroby. Choroba Parkinsona może być dziedziczna, ale dotyczy to

5–10% pacjentów. Czynniki genetyczne należy przede wszystkim brać pod uwagę w przypadku stwierdzenia choroby Parkinsona o wczesnym początku, czyli między 20 a 40 rokiem życia. Geny odpowiedzialne za rozwój choroby to m.in.: parkina (PARK2), DJ-1 (PARK7), PINK1 (PARK6), alfa-synukleina (PARK1 i 4), UCHL1 (PARK5) oraz LRRK2 (PARK8). Badania większości genów są możliwe do wykonania w Polsce. Na takie badanie kierowani są pacjenci, u których choroba zaczęła się przed 45 rokiem życia lub gdy choroba Parkinsona występuje u nich rodzinnie. Wynik pozytywny badania genetycznego nie zmienia jednak postępowania lekarskiego.

Rozpoznanie choroby Parkinsona powinno być postawione przez neurologa, w przypadku wątpliwości – przez neurologa specjalizującego się w diagnostyce i leczeniu chorób pozapiramidowych. Postawienie diagnozy opiera się na badaniu klinicznym i stwierdzeniu jednego lub kilku objawów choroby:

- zwiększone napięcie mięśni z pogorszeniem sprawności – ruchy ręki lub nogi, najczęściej po jednej stronie ciała, stają się zwolnione, mniej zgrabne, spontaniczne ruchy (gestykulacja, balansowanie rękami przy chodzeniu) stają się uboższe, może wystąpić utykanie na jedną nogę lub szuranie nią;
- drżenie – typowe drżenie parkinsonowskie w początkowym okresie choroby jest dyskretne, najczęściej jednostronne, głównie w spoczynku, nasila się przy odwróceniu uwagi, a podczas wykonywania ruchów precyzyjnych zmniejsza się lub znika, obejmuje bardziej palce i dłonie, a mniej pozostałe części rąk, może być powstrzymane wysiłkiem woli;
- spowolnienie – widoczne w postaci zwolnionej reakcji, trudności z rozpoczęciem ruchu, ograniczonej mimiki twarzy (hipomimia), wolniejszej i zamazanej mowy, spowolnienia chodu i chodzenia małymi kroczkami;
- zaburzenia postawy ciała – jednym z pierwszych sygnałów choroby może być pochylenie sylwetki ciała, daszkowate ułożenie dłoni, brak balansowania kończynami, zaburzenia równowagi szczególnie przy wstawaniu i zmianie kierunku ruchu.

Inne typowe objawy charakterystyczne dla choroby Parkinsona to:

- spadki ciśnienia tętniczego powodujące zawroty głowy,

- obniżenie nastroju psychicznego z możliwością wystąpienia silnej depresji i lęku,
- zaburzenia snu,
- spowolnienie myślenia, zaburzenia pamięci i orientacji przestrzennej,
- zaburzenia połykania,
- częste, uporczywe zaparcia stolca,
- zaburzenia funkcji pęcherza moczowego, zaburzenia potencji,
- łojotok twarzy, nadmierne ślinienie lub przeciwnie – suchość w ustach,
- zaburzenia regulacji ciepłej ciała,
- silne pocenie, uczucie utrudnionego oddychania, zaburzenia połykania,
- zaburzenia równowagi obecne często w późniejszym okresie choroby,
- mikrografia, czyli pisanie małymi (coraz mniej-szymi) literami.

W zaawansowanej postaci choroby Parkinsona pojawia się także ból oraz zaburzenia czucia pod postacią drętwienia, pieczenia kończyn, który bardzo często prowadzi do niesprawności i pogorszenia komfortu życia. Zmęczenie występuje u ponad połowy chorych na chorobę Parkinsona, związane jest ono najczęściej z zaburzoną regulacją neurotransmiterów, czyli substancji przekazujących pobudzenie w układzie nerwowym. U pacjentów z zaawansowaną chorobą Parkinsona zmęczenie może być często związane także z brakiem snu w ciągu nocy lub częstym budzeniem się.

U chorych na chorobę Parkinsona często pojawiają się trudności w relacjach z partnerem związane z depresją, współistnieniem innych chorób oraz zaburzeniami w zakresie pożycia seksualnego.

W celu wykluczenia innych chorób mogących przypominać chorobę Parkinsona (guzy mózgu, wodogłowie), a zarazem potwierdzenia rozpoznania choroby Parkinsona, wykonuje się badania dodatkowe neuroobrazowe, czyli tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny. Jednak ani w tomografii, ani w rezonansie magnetycznym mózgu nie stwierdza się zmian potwierdzających rozpoznanie choroby Parkinsona.

Rozpoznanie choroby nie można postawić na pierwszej wizycie. Konieczna jest dłuższa obserwacja pacjenta, w tym reakcja na proponowane leczenie.

Początek choroby Parkinsona jest dyskretny, ponieważ objawy narastają stopniowo. Wielu

pacjentów zauważa, że ich choroba zaczęła się po wypadku lub jakimś nieszczęśliwym wydarzeniu; po okresie dużego napięcia emocjonalnego lub wysiłku. Tłumaczy się to możliwością ujawnienia trwającego już wcześniej procesu chorobowego. W sytuacjach stresowych zwiększa się zużycie dopaminy i innych substancji przekąźnikowych w mózgu, których brakuje w chorobie Parkinsona.

Choroba Parkinsona zwykle postępuje powoli, choć tempo progresji może być różne. U niektórych chorych spotyka się kilkuletnie okresy bez pogarszania się sprawności ruchowej. Niestety są również sytuacje, kiedy mimo leczenia choroba postępuje szybciej niż w innych okresach.

Uznaje się, że choroba Parkinsona przebiega kilkustopniowo, stadia jej trwania według Hoehn i Yahra to:

- stadium 0 – brak objawów chorobowych
- stadium 1 – jednostronne objawy choroby
- stadium 1,5 – jednostronne objawy choroby plus objawy osiowe
- stadium 2 – obustronne objawy choroby bez zaburzeń równowagi
- stadium 2,5 – obustronne objawy choroby o niewielkim nasileniu, z zaznaczoną niepewnością przy badaniu stabilności postawy
- stadium 3 – obustronne objawy choroby o niewielkim lub średnim nasileniu, z wyraźnymi zaburzeniami stabilności postawy; chory nie wymaga pomocy ze strony otoczenia
- stadium 4 – upośledzenie sprawności ruchowej znacznego stopnia; chory nadal jest w stanie stać i chodzić bez pomocy
- stadium 5 – chory korzysta z wózka inwalidzkiego lub większość czasu spędza w łóżku.

Czas trwania każdego stadium zależy od pacjenta, najczęściej każde z nich (poza stadium 0) trwa od 1 do 4 lat.

Najczęściej występuje mieszana postać choroby Parkinsona, w której spowolnienie, drżenie i zaburzenia postawne są w przybliżeniu jednakowo wyrażone. Postać z przewagą spowolnienia, sztywności i zaburzeń postawnych nazywamy bradykinetyczną. Rzadziej choroba Parkinsona przybiera postać z dominacją drżenia. Określamy ją wówczas jako formę drżączkową. Osoby chorujące w młodym wieku (poniżej 50. roku życia) mają częściej bradykinetyczną postać choroby Parkinsona i są bardziej podatne na wystąpienie dyskinez. Postać

drżawkowa natomiast występuje częściej u osób chorujących w późniejszym wieku (powyżej 70 lat) i postępuje wolniej, w tej grupie chorych łatwiej mogą wystąpić polekowe zaburzenia psychiczne.

Od czasu wprowadzenia do leczenia preparatów lewodopy (Nakom, Sinemet, Madopar) choroba Parkinsona nie skraca istotnie długości życia. W znacznym stopniu ograniczono bowiem śmiertelne powikłania unieruchomienia, takie jak ciężkie infekcje układu moczowego, oddechowego i odleżyny.

Choroba ta wymaga jednak stałego leczenia jej objawów przez całe życie. Lekarz nie jest w stanie przewidzieć, w jaki sposób rozwinie się choroba u danego pacjenta.

Plan leczenia osób z chorobą Parkinsona powinien być nastawiony nie tylko na uzyskanie doraźnej poprawy sprawności ruchowej, lecz także na jak najdłuższe utrzymanie skuteczności leczenia. Choroba Parkinsona wymaga zajmowania się wszystkimi problemami zdrowotnymi jednocześnie. Nie można koncentrować się jedynie na objawach ruchowych. Trzeba mieć na uwadze dolegliwości spoza układu nerwowego, stan psychiczny chorego, jego aktywność osobistą i zawodową. Wybór rodzaju leczenia u konkretnego pacjenta zależy od jego wieku, stopnia nasilenia choroby, jej postaci klinicznej i innych schorzeń współistniejących. W większości przypadków osoba z rozpoznaniem choroby Parkinsona otrzymuje zalecenie przyjmowania leków. Decydującym czynnikiem wpływającym na rozpoczęcie lub istotną zmianę leczenia farmakologicznego jest stopień utrudnienia życia oraz wymagania pacjenta w każdym indywidualnym przypadku. Skuteczność leczenia w dużym stopniu zależy od dobrego stanu psychicznego pacjenta. Poprawa nastroju wywołana zastosowaniem odpowiednich leków przeciwdepresyjnych lub skorzystaniem z porady psychologicznej często podnosi ogólną sprawność fizyczną i psychiczną oraz zmniejsza objawy parkinsonowskie.

Aktualnie w leczeniu choroby Parkinsona dysponujemy szeregiem preparatów, które pozwalają znacznie zmniejszyć jej objawy. Na początku choroby stosuje się najczęściej monoterapię, czyli leczenie jednym lekiem – lewodopą lub (coraz częściej) agonistą receptora dopaminergicznego o przedłużonym uwalnianiu, który można przyjmować raz na dobę.

U pacjentów z zaawansowaną postacią choroby, czyli taką, w której mózg produkuje coraz

mniej ilości dopaminy, pojawiają się fluktuacje ruchowe (na przemian stan zadowalającego funkcjonowania ruchowego – „ON” oraz stan znacznie utrudnionego poruszania się – „OFF”) oraz dyskinezy, czyli zaburzenia ruchowe najczęściej o charakterze „tańczących” ruchów kończyn i głowy lub silnych ściskających ruchów polegających na zmianie ułożenia kończyn lub palców. Wtedy zazwyczaj oprócz lewodopy i agonisty dopaminergicznego stosuje się także inne leki, takie jak blokery enzymu rozkładającego dopaminę – COMT, amantadynę.

Większości leków stosowanych w chorobie Parkinsona nie wolno samowolnie i nagle odstawiać. Grozi to powstawaniem groźnych dla zdrowia i życia działań niepożądanych. Zaburzenia psychiczne pod postacią halucynacji (omamów) należą do dość częstych działań niepożądanych po stosowanym leczeniu przeciwparkinsonowskim. Najczęściej są spowodowane zbyt dużą dawką leków. Pierwsze objawy przedawkowania leku to koszmary sennie lub bardzo żywe sny. Następnie pojawiają się przywidzenia – chory ma świadomość, że to, co widzi, w rzeczywistości nie istnieje. Najgroźniejsze i najbardziej przykre są halucynacje wzrokowe, które mogą rozwinąć się w zespół urojeniowy.

Choroba Parkinsona jest chorobą przewlekłą i najczęściej dość wolno postępującą. Jednak należy dodać, że przebieg i reakcja na leczenie są bardzo różne u chorych, dlatego trudno jest jednoznacznie określić rokowania dotyczące czasu pełnej sprawności pacjenta. Ten okres najczęściej waha się od kilku do kilkunastu lat. Należy też dodać, że pacjenci już w momencie postawienia pierwszej diagnozy różnią się stopniem zaawansowania choroby. Jedni z nich mają bardzo dyskretne objawy i decyzja o leczeniu może być nawet odłożona w czasie, inni trafiają do neurologa ze znacznie bardziej nasilonymi objawami i niekiedy wymagają podania od razu co najmniej średnich dawek lewodopy.

Choroba Parkinsona, której objawy zmieniają się stale w ciągu wielu lat występowania, wymaga ze strony lekarza prowadzącego okresowych modyfikacji leczenia. Nie da się stosować cały czas jednego zestawu leków i tych samych dawek.

Metody neurochirurgiczne są stosowane w chorobie Parkinsona od lat 50. XX wieku. Pierwszą metodą była tak zwana stereotaksja, czyli wykonanie drobnego uszkodzenia mózgu przerywającego drogę nieprawidłowych impulsów nerwowych powodujących objawy

parkinsonowskie. Aktualnie standardem w zakresie leczenia chirurgicznego choroby Parkinsona jest głęboka stymulacja mózgu polegająca na wszczepieniu stymulatora oraz stymulacji odpowiedniej struktury – najczęściej jądra nisko-wzgórzowego mózgu, które odpowiada za zmniejszenie objawów choroby Parkinsona. Zatem po operacji leczenie doustne najczęściej jest zredukowane. Pacjent zostaje zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego, gdy: czas trwania choroby wynosi ponad 5 lat, wcześniej obserwowana była dobra reakcja na lewodopę, coraz słabsza i niewystarczająca jest reakcja na leczenie. Podstawowym przeciwwskazaniem do operacji jest zespół otępienny, zaburzenia emocjonalne oraz brak współpracy. Wielkość obszaru mózgu objętego działaniem stymulatora i siłę impulsów elektrycznych można regulować z zewnątrz, bez zabiegu operacyjnego. Od 2002 r. implantacja elektrody domózgowej została włączona do refundowanych wysokospecjalistycznych procedur medycznych. Oznacza to, że pacjenci mają większy dostęp do tej metody.

Leki i operacje stosowane w chorobie Parkinsona działają tylko na jej objawy. Poprawiają funkcjonowanie pacjenta w ramach możliwości kompensacji, jakie pozostawiają jeszcze zachodzące w mózgu zmiany. Nie zwalniają one postępu choroby, nie leczą przyczyny tego schorzenia. Choroba postępuje swym własnym tempem, niezależnie od wszelkich działań lekarskich.

O potrzebie rehabilitacji w chorobie Parkinsona nie trzeba nikogo przekonywać. Regularny udział w zajęciach rehabilitacji ruchowej wyraźnie zmniejsza parkinsonizm w początkowym okresie choroby, korzystnie wpływa na stan psychiczny, ogranicza bóle towarzyszące chorobie, poprawia równowagę i chód, utrzymuje prawidłową sylwetkę ciała oraz opóźnia wystąpienie zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, na które osoby z chorobą Parkinsona są szczególnie narażone. Ruch pomaga w zwalczaniu zaparć i jest potrzebny dla prawidłowego działania wielu narządów wewnętrznych.

Potrzeby i zakres rehabilitacji powinny być ustalane indywidualnie dla każdego pacjenta. Podstawą usprawniania jest kinezyterapia (czyli gimnastyka lecznicza) i terapia zajęciowa obejmująca m.in. naukę czynności codziennych. Ważne są także: terapia logopedyczna oraz ćwiczenia relaksacyjne i oddechowe. Dla osób z chorobą Parkinsona bardzo istotne

będą ćwiczenia rozciągające, wzmacniające, równoważne i zręcznościowe ze względu na występujące u nich częste przykurcze, ograniczenie ruchomości, osłabienie mięśni i zaburzenia równowagi. Ćwiczenia mogą być prowadzone grupowo lub indywidualnie. Można przy nich wykorzystywać rytmiczny podkład muzyczny. Wzmoczone napięcie mięśni u osób z chorobą Parkinsona negatywnie wpływa na ogólne funkcjonowanie i na sprawność aparatu mowy. W związku z tym przed przystąpieniem do ćwiczeń ruchowych i logopedycznych zaleca się rozluźnienie całego ciała. Przed rozpoczęciem relaksacji należy wybrać takie miejsce, gdzie nikt nie będzie przeszkadzał, oraz zadbać o najbardziej korzystną pozycję podczas ćwiczeń. Wykonując ćwiczenia relaksacyjne, jednocześnie możemy prowadzić ćwiczenia oddechowe, które również są ważnym wstępem do ćwiczeń logopedycznych. Głęboki oddech jest bowiem ważnym warunkiem silnego głosu i dobrej wymowy, dlatego też ćwiczenia warto rozpocząć od technik pogłębiania oddechu. Terapia logopedyczna ma na celu pomoc w przywróceniu umiejętności wyraźnego mówienia, modyfikowaniu siły głosu, wyrazistości, a także akcentu i melodii wypowiedzi. Obejmuje także ćwiczenia mięśni twarzy w celu zmniejszenia hipomimii.

Spośród metod fizyioterapeutycznych największe znaczenie w chorobie Parkinsona mają zabiegi przeciwbólowe (jonoforezy ksylokainowe i hydrokortyzonowe), rozgrzewające (tzw. solux) oraz łagodne masaże.

Stwardnienie rozsiane

Stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex* – SM) to przewlekła choroba układu nerwowego, podczas której dochodzi do wielomiejscowego uszkodzenia mózgu i rdzenia kręgowego. Uszkodzenie to dotyczy przede wszystkim osłonki mielinowej nerwów i dlatego stwardnienie rozsiane należy do grupy tzw. chorób demielinizacyjnych.

Na stwardnienie rozsiane chorują przede wszystkim osoby dorosłe (tylko ok. 3–4% wszystkich zachorowań stanowią dzieci), częściej kobiety niż mężczyźni (w przybliżonym stosunku 2:1). Najczęściej objawy choroby pojawiają się ok. 20–40 roku życia. Szacuje się,

że w Polsce jest obecnie ok. 60 tysięcy osób chorujących na SM, a na całym świecie żyje ok. 2 milionów osób chorych na stwardnienie rozsiane.

Przyczyna występowania SM nie jest dokładnie poznana. Uważa się, że wiele czynników doprowadza do wystąpienia objawów choroby. Najważniejszy z nich to zaburzenia w układzie immunologicznym. Komórki, które uczestniczą w walce z bakteriami i wirusami, kierują się przeciwko niektórym elementom układu nerwowego. W przypadku SM istnieją dowody na to, że celem ataku tych komórek jest mielina, wchodząca w skład osłonki nerwów. Inna teoria zwraca uwagę na rolę infekcji. Nie wyklucza się równoczesnego współdziałania wymienionych wyżej czynników – przewlekłej infekcji nakładającej się na działanie autoimmunologiczne. Około 10–15% przypadków choroby ma podłoże genetyczne. To oznacza, że ryzyko zachorowania na SM wzrasta, gdy wśród najbliższych członków rodziny (ojciec, matka, siostra, brat) występowało SM.

Rozpoznanie stwardnienia rozsianego ustala się na podstawie objawów choroby występujących u chorego i zgłaszanych przez niego oraz dodatkowych badań diagnostycznych. Do najważniejszych z nich należą: rezonans magnetyczny, badanie potencjałów wywołanych oraz badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Badanie za pomocą rezonansu magnetycznego jest bezbolesne i całkowicie bezpieczne. Badanie potencjałów wywołanych ocenia przewodnictwo nerwowe. Czujniki umieszczone na głowie pacjenta rejestrują fale mózgowe będące odpowiedzią na określone bodźce – najczęściej wzrokowe (pacjentowi pokazywany jest obraz, np. przedstawiający szachownicę) lub słuchowe (pacjent słucha dźwięków). Celem badania jest określenie szybkości, z jaką dany bodziec dociera do mózgu, oraz efektu, jaki tam wywołuje. Jest to badanie nieinwazyjne i całkowicie bezbolesne.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego to badanie inwazyjne – choremu pobiera się niewielką ilość płynu mózgowo-rdzeniowego poprzez nakłucie kręgosłupa. Następnie płyn poddawany jest analizie immunologicznej w laboratorium.

Podczas badania lekarz ustala, czy spełnione są podstawowe kryteria rozpoznania SM, czyli rozsianie w czasie (wieloczasowość) oraz rozsianie w przestrzeni (wieloogniskowość objawów chorobowych).

Jeśli objawy choroby pojawiały się, a następnie zanikały – spełnione jest kryterium dotyczące wieloczasowości objawów. Jeśli objawy choroby, które widoczne są u chorego, świadczą o uszkodzeniu wielu miejsc w układzie nerwowym – spełnione jest kryterium uszkodzenia wieloogniskowego.

Objawy choroby są następstwem uszkodzenia układu nerwowego i zależą od miejsca wystąpienia ognisk choroby. Na początku najczęstszymi objawami są:

- zawroty głowy,
- zaburzenia widzenia,
- zaburzenia czucia,
- osłabienie lub niedowład kończyn dolnych i/ lub górnych.

Objawy te mogą występować oddzielnie lub jednocześnie (więcej niż jeden objaw naraz). Natężenie wymienionych objawów może być bardzo różne – od ledwo zauważalnych po wyrażenie nasilone i utrudniające funkcjonowanie.

W miarę trwania choroby mogą dodatkowo występować m.in.:

- skurcze mięśni,
- zaburzenia pamięci lub uwagi,
- zaburzenia koordynacji ruchów,
- zaburzenia funkcji pęcherza moczowego,
- zaburzenia funkcji seksualnych.

Nie jest wykluczone również pojawienie się powyższych symptomów na początku choroby. W miarę trwania choroby mogą pojawiać się nowe objawy, a dotychczas występujące mogą ulec nasileniu.

Przebieg choroby jest inny u każdego chorego, dlatego trudno jednoznacznie określić, jakie objawy wystąpią, kiedy i jakie będą miały natężenie.

Mimo wielu odrębności w przebiegu SM daje się jednak zauważyć pewne cechy wspólne.

W większości przypadków choroba ma przebieg nawrotowo-ustępujący (rzutowo-remitujący). Oznacza to, że u chorego występują okresy pogorszeń (zwane rzutami lub zaostrenieniami), czyli dochodzi do nasilenia objawów choroby i/ lub pojawienia się nowych, na zmianę z okresami poprawy (zwanych remisjami), gdy objawy zanikają całkowicie lub częściowo.

Ocenia się, że ok. 20–30% osób z SM choruje na łagodną postać SM. Charakteryzuje ją wolne tempo narastania objawów. Tacy chorzy są w stanie pracować zawodowo jeszcze długo

po rozpoznaniu choroby (nawet 20–30 lat od rozpoznania).

Zdecydowanie rzadziej (u ok. 10–15% pacjentów) choroba ma przebieg ciężki, z szybko postępującą niepełnosprawnością. Sporadycznie występują przypadki o bardzo szybkim postępie objawów.

Po wielu latach przebiegu choroby może ona przejść w postać wtórnie postępującą, w której nie występują wyraźne rzuty choroby, ale pacjent może odczuwać narastającą stopniowo niesprawność.

Aby uniknąć wystąpienia kolejnych rzutów SM, pacjentom zaleca się unikanie infekcji, intensywnego nasłonecznienia i długiego przebywania w pomieszczeniach z wysoką temperaturą.

W wielu przypadkach chorzy mogą być aktywni zawodowo przez wiele lat od chwili rozpoznania – o ile diagnoza i wdrożenie terapii nastąpią na odpowiednio wczesnym etapie choroby. Być może konieczna okaże się zmiana charakteru pracy, miejsca zatrudnienia lub całkowite zaprzestanie aktywności zawodowej. Zmiana charakteru wykonywanej pracy lub jej zaprzestanie mogą być konieczne, jeśli osoba chorująca na SM:

- wykonuje pracę wymagającą wysokiej sprawności, np. pracę pilota,
- praca może wpływać negatywnie na przebieg choroby,
- aktywność zawodowa będzie stanowić dodatkowe obciążenie, gdy dojdzie do rzutu choroby i pojawi się zmęczenie lub osłabienie mięśni.

Leczenie stwardnienia rozsianego

Leczenie rzutu choroby

Rzut definiowany jest jako pojawienie się nowych objawów neurologicznych lub nasilenie się dotychczasowych objawów, które trwa co najmniej 24 godziny. Objawom tym nie towarzyszą gorączka czy infekcja i nie są one spowodowane dużym wysiłkiem ani stresem.

Podstawowym lekiem w okresie rzutu są leki bardzo silnie działające przeciwzapalnie – glikokortykosteroidy (tzw. sterydy). Leki te podawane są pacjentowi choremu na SM dożylnie lub doustnie, a czas trwania kuracji waha się od kilku dni do kilku tygodni. Glikokortykosteroidy stosowane są tylko w czasie rzutu – dotychczas nie wykazano długofalowego pozytywnego wpływu tych leków na przebieg choroby. Nie

każdy rzut SM wymaga jednak podania sterydów. Doświadczony lekarz na podstawie intensywności objawów podejmuje decyzję o sposobie leczenia.

Wyniki badań wskazują jednoznacznie na potrzebę leczenia rzutów choroby – częstsze występowanie rzutów w początkowym okresie choroby zwykle kojarzone jest z gorszym rokowaniem i szybszym postępowaniem niepełnosprawności.

Leczenie objawowe

Celem leczenia objawowego jest minimalizowanie objawów przykrych dla chorego, ale bez ingerencji w samą chorobę i jej przyczyny. Stosunkowo częstymi objawami wymagającymi zastosowania leków są: spastyczność, czyli wzmożone napięcie mięśni, przejściowe zawroty głowy i zaburzenia równowagi, przewlekły ból dotyczący zarówno kończyn, jak i twarzy, zaburzenia kontroli zwieraczy. Leczenie objawowe zwykle nie jest potrzebne od początku choroby, ale w miarę jej trwania i z nasilaniem się objawów konieczność jego zastosowania wzrasta.

Leczenie modyfikujące przebieg choroby

W terapii stwardnienia rozsianego istnieje możliwość wpływania na naturalny przebieg choroby za pomocą określonej grupy leków nazywanych lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami immunomodulującymi (ponieważ większość z nich próbuje oddziaływać na układ immunologiczny, modulując jego działanie). Leczenie takie ma na celu spowolnienie postępu choroby, zmniejszenie ryzyka wystąpienia rzutów (okresów zaostrzeń objawów), złagodzenie intensywności rzutów i zmniejszenie postępu niepełnosprawności.

Większość leków stosowanych na początku choroby podawana jest zwykle w postaci wstrzyknięć domięśniowych lub podskórnych – regularnie przez samego pacjenta lub jego opiekuna. Niektóre z nich aplikowane są przy pomocy urządzeń, tzw. autowstrzykiwaczy, które znacząco ułatwiają pacjentowi stosowanie leków.

Leczenie SM można także rozpoczynać od leków podawanych w postaci tabletek, w przypadkach szybko postępującej choroby także od preparatu podawanego w postaci comiesięcznych wlewów dożylnych. Warto pamiętać, że często – pomimo braku objawów chorobowych w początkowym okresie trwania SM – proces

chorobowy i uszkodzenie układu nerwowego postępują. Wdrożenie leczenia w tym wczesnym okresie zwiększa szanse na łagodniejszy przebieg choroby w kolejnych latach życia.

Terapia SM trwa wiele lat. Ważne jest, aby decyzję o leczeniu podjąć możliwie najwcześniej. Leczenia nie powinno się odkładać do czasu pojawienia się trwałych zmian neurologicznych, gdyż niestety żaden z dostępnych leków nie jest w stanie przywrócić stanu pacjenta sprzed choroby.

Bardzo istotną rolę w terapii chorych na stwardnienie rozsiane odgrywa rehabilitacja. Jeszcze do niedawna nie zalecano ćwiczeń osobom chorującym na SM, ponieważ obawiano się ryzyka nasilenia objawów. Dziś jednak wiadomo, że rehabilitacja jest niezbędna, aby umożliwić choremu maksymalne wykorzystanie jego potencjału fizycznego. Nie ma jednego uniwersalnego sposobu rehabilitacji – dla każdego pacjenta ustalany jest indywidualny tok ćwiczeń, w oparciu o rytm i przebieg choroby. Fizjoterapeuta we współpracy z lekarzem prowadzącym dobiera formy terapii ruchowej, które są bezpieczne i przyniosą pacjentowi największą korzyść. Zaleca się zróżnicowane rodzaje ćwiczeń: wzmacniające mięśnie, umożliwiające pełny zakres ruchu w stawach, ćwiczenia rozciągające czy wzmacniające zbornosć ruchów oraz różne ich formy – ćwiczenia w wodzie, ćwiczenia z oporem, ćwiczenia oddechowe.

Rehabilitacja wpływa na: funkcjonowanie układu oddechowego, poprawę krążenia, sprawność układu mięśniowego, poprawę koordynacji, poprawę jakości snu, zapobieganie otyłości, a także ma dobroczynny wpływ na samopoczucie chorego.

Choroba Alzheimera

Choroba Alzheimera, stanowiąca najczęstszą przyczynę otępienia (ok. 50% wszystkich przypadków otępień), występuje u 5–7% osób po 65 roku życia. Ogólna zasada mówi, że zachorowalność na chorobę Alzheimera u osób między 65 a 85 rokiem życia podwaja się mniej więcej co 5 lat. Na świecie jest 15–21 milionów osób z chorobą Alzheimera, zaś w Polsce według szacunków jest ich ok. 250 000.

Choroba Alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową układu nerwowego o nieznaną

przyczynę i nie do końca poznanych mechanizmach powstawania. Proces chorobowy uszkadza głównie korę mózgową, prowadząc do zaburzeń tzw. wyższych funkcji umysłowych, takich jak pamięć, mowa, myślenie abstrakcyjne. Choroba rozwija się powoli, stopniowo prowadząc do upośledzenia wspomnianych funkcji mózgu. W początkowym okresie choroby zaburzenia te można wykryć jedynie w specjalistycznym badaniu neuropsychologicznym, a z biegiem czasu obecność nasilonych zaburzeń poznawczych powoduje problemy z wykonywaniem codziennych czynności życiowych lub pracy zawodowej.

Nie jest możliwe pewne przyżyciowe rozpoznanie choroby Alzheimera. Pewne rozpoznanie wolno postawić tylko na podstawie badania sekcijnego. Istnieją jednak międzynarodowe zestawy testów neuropsychologicznych, dodatkowych badań laboratoryjnych i radiologicznych, które pozwalają na rozpoznanie tego schorzenia – z bardzo dużym prawdopodobieństwem, już w stosunkowo wczesnym okresie. Niezbędne jest wykonanie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, które uwiódznią zanik mózgu. Zanik mózgu w chorobie Alzheimera jest spowodowany odkładaniem się w mózgu toksycznych białek o patologicznej strukturze: P-amyloidu i białka tau. Obecność tych nieprawidłowych białek utrudnia pracę komórek nerwowych, które tracą możliwości kontaktu z innymi komórkami nerwowymi i przestają spełniać swoje podstawowe zadania. Uważa się, że P-amyloid i białko tau mogą powodować śmierć komórki nerwowej w drodze apoptozy.

Choroba nie ma uchwytnej przyczyny, jednak niekiedy pierwsze objawy zauważane są przez rodzinę lub samego chorego po wydarzeniach życiowych, które powodują stres, takich jak ciężka choroba, pobyt w szpitalu, inne choroby ośrodkowego układu nerwowego (udar mózgu, poważny uraz głowy).

Znane są czynniki ryzyka rozwoju choroby Alzheimera, czyli cechy, których obecność u osoby zdrowej zwiększa statystyczne prawdopodobieństwo wystąpienia tej choroby. Do takich czynników należą: starszy wiek, płeć żeńska, niski poziom wykształcenia, cukrzyca i posiadanie spokrewnionego członka rodziny, u którego zdiagnozowano chorobę Alzheimera.

Do chwili obecnej, mimo szeroko prowadzonych badań, nie znaleziono przyczyny

odkładania się patologicznych białek w mózgu. Znaleziono gen odpowiedzialny za produkcję P-amyloidu, który znajduje się na chromosomie 21. Znane są również inne białka biorące udział w procesie tworzenia patologicznych białek oraz chromosomy, na których znajdują się geny kodujące te białka (chromosom 19, 14, 1 i 12). Jednak znane mutacje w obrębie tych genów powodują zaledwie 1,5% przypadków choroby. Pozostałe to przypadki sporadyczne. Dlatego na podstawie badań genetycznych członków rodziny chorego wciąż nie można odpowiedzieć na pytanie, czy w przyszłości zachorują oni na chorobę Alzheimera.

W przypadku zaobserwowania niepokojących objawów należy zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i dokładnie o nich opowiedzieć. Dalsza diagnostyka będzie polegać na wykonaniu badania tomografii komputerowej głowy w celu wykluczenia innych przyczyn otępienia – zwłaszcza stanu po udarach mózgu czy guza mózgu. Jeżeli zaś w badaniu stwierdzony zostanie jedynie zanik mózgu, wówczas należy zgłosić się do psychologa, który za pomocą testów określi stopień i rodzaj zaburzeń pamięci i orientacji chorego.

Choroba Alzheimera, podobnie jak inne procesy otępienne, przebiega w kilku stadiach. Skala GDS (ang. *Global Deterioration Scale*), powszechnie używana na świecie w ocenie zaawansowania zespołów otępiennych, uwzględnia 7 stadiów choroby:

1. Chory nie zgłasza skarg na zaburzenia pamięci. W badaniu klinicznym nie obserwuje się jeszcze zaburzeń pamięci, ale mogą występować objawy behawioralne, takie jak: zmiany nastroju chorego, zniechęcenie wobec ulubionych czynności, apatia.
2. Chory uskarża się na zaburzenia pamięci, najczęściej dotyczy to:
 - zapominania, gdzie położył często używane przedmioty,
 - zapominania imion (nazwisk) osób dobrze znanych.

W badaniu klinicznym nie obserwuje się zaburzeń pamięci. W tym stadium funkcjonowanie zawodowe i społeczne nie jest upośledzone.
3. Wczesne, wyraźnie występujące deficyty: chory gubi się, podróżując do znanego sobie miejsca, jego współpracownicy zaczynają dostrzegać jego mniejszą sprawność, trudności w przypominaniu sobie nazw rzeczy i imion

ludzi stają się dostrzegalne dla najbliższych, chory czyta jakiś tekst lub książkę i mało zapamiętuje z tego, co przeczytał, z trudnością zapamiętuje nazwiska nowo poznanych osób, gubi lub odkłada w niewłaściwe miejsca przedmioty wartościowe. Podczas badania klinicznego obserwuje się wyraźne zaburzenia w skupianiu uwagi. Obiektywne zaburzenia pamięci uwiadcniają się jedynie podczas bardzo szczegółowego badania. W trudnych sytuacjach zawodowych i społecznych obserwuje się obniżenie sprawności. Chory często zaprzecza, jakoby miał kłopoty z pamięcią. Powyższym zachowaniom często towarzyszy niewielki lub umiarkowanie nasilony lęk.

4. W dokładnym badaniu klinicznym stwierdza się wyraźne deficyty: upośledzona wiedza na temat aktualnych i niedawnych wydarzeń, chory zapomina wydarzenia z własnego życiorysu, w teście odejmowania liczb uwiadcniają się zaburzenia uwagi, zmniejsza się zdolność do radzenia sobie z podróżami, sprawami finansowymi itp. Głównym mechanizmem obronnym (psychologicznym) jest wyparcie. Afekt staje się stęplawy (chory zbyt słabo reaguje emocjonalnie na bodźce), chory zaczyna unikać trudnych dla siebie sytuacji.
5. Chory nie jest w stanie żyć samodzielnie. Podczas badania nie potrafi sobie przypomnieć podstawowych, istotnych danych dotyczących jego aktualnego życia, np. adresu lub numeru telefonu, imion członków bliskiej rodziny, nazwy szkoły podstawowej, średniej lub uczelni, którą kończył. Często występuje pełna dezorientacja allopsychiczna (dotycząca czasu, miejsca, otoczenia).
6. Zdarza się, że chory zapomina imienia swego współmałżonka, od którego jest całkowicie uzależniony. Wymaga pomocy w codziennych czynnościach: może się zanieczyszczać, nie potrafi sam podróżować, choć czasem może trafić do znanego sobie miejsca. Rytm dzienny jest zaburzony (chorzy są aktywni nocą, w dzień zasypiają). Następują zmiany w sferze osobowości (zachowania) i emocjonalnej, pojawiają się:
 - aktywność urojeniowa, np. chory zaczyna oskarżać współmałżonka, że jest oszustem (osobą obcą, która się podszywa), może rozmawiać z nieistniejącymi osobami lub własnym odbiciem w lustrze;
 - czynności kompulsywne, np. chory wielokrotnie powtarza czynności mycia;

- objawy lękowe, podniecenie ruchowe lub zachowania agresywne, które wcześniej nie występowały lub nie przybierały takich rozmiarów i nasilenia;
 - abulia poznawcza, tzn. brak chęci działania spowodowany tym, że chory nie jest w stanie skupić myśli.
7. W tym stadium choroby (schyłkowym) chory traci wszelkie umiejętności werbalne. Na początku jest jeszcze w stanie wypowiadać słowa i zdania, ale wypowiedzi są bardzo niejasne. Później nie ma w ogóle ekspresji słownej, jedynie pomrukiwanie. Pojawiają się stałe problemy z utrzymaniem moczu i stolca; konieczna jest pomoc w myciu i spożywaniu posiłków. Przyjmowanie pokarmów jest utrudnione ze względu na rozwijające się zaburzenia połykania, co skutkuje postępującym wyniszczeniem organizmu z powodu niewystarczającej ilości przyjmowanych substancji odżywczych. Chory stopniowo traci podstawowe umiejętności psychomotoryczne (lokomocyjne). W zależności od umiejscowienia zmian chorobowych w mózgu występują ogniskowe objawy neurologiczne.

Należy jednak pamiętać, że przebieg choroby bywa bardzo różnorodny i trwa od 6 do 18 lat. Nie ma dowodów na to, że rozwój choroby Alzheimera uda się zatrzymać, ale zawsze istnieje prawdopodobieństwo złe postawionej diagnozy, ponadto przy szczególnie powolnym przebiegu można mieć wrażenie, że proces chorobowy uległ zahamowaniu. Choroba Alzheimera sama w sobie bezpośrednio nie jest przyczyną śmierci. Chorzy umierają w wyniku powikłań, takich jak na przykład: zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych, odleżyny.

Jeżeli zostanie postawione rozpoznanie choroby Alzheimera, chory powinien pozostawać pod opieką lekarza neurologa i psychiatry. Niekoniecznie musi to być specjalistyczna przychodnia zajmująca się terapią osób z chorobą Alzheimera. Leczenie może być kontynuowane również w rejonie, z okresową tylko kontrolą lekarza neurologa bądź psychiatry zajmującego się terapią osób z chorobą Alzheimera.

Chory na chorobę Alzheimera musi być także systematycznie kontrolowany przez lekarza rodzinnego lub internistę, ponieważ to, że cierpi na chorobę Alzheimera, nie chroni go przed innymi chorobami. Niejednokrotnie samodzielnie nie zgłosi skargi, a stan jego zdrowia trzeba

będzie oceniać na podstawie obserwacji dokonanych przez opiekuna oraz wykonanych badań dodatkowych i badania klinicznego.

Zawsze należy pamiętać, że każdy pobyt takiego chorego w szpitalu (niezależnie od przyczyny) może być dla niego przyczyną pogorszenia funkcjonowania. Nowe, nieznane warunki oraz brak kontaktu z opiekunem powodują u chorego uczucie lęku i zagrożenia. Niekiedy może upłynąć sporo czasu, aby chory wrócił do stanu sprzed pobytu w szpitalu.

Działania rodziny zmierzające do leczenia osoby z chorobą Alzheimera w warunkach szpitalnych nierzadko powodowane są chęcią choć chwilowego odpoczynku opiekuna. Jednak należy mieć na uwadze, że pogorszenie stanu pacjenta po pobycie w szpitalu dodatkowo obciąża opiekuna po powrocie chorego do domu. Bywają jednak takie stany kliniczne, jak nadmierne pobudzenie, agresja, inne choroby internistyczne czy chirurgiczne, w których leczenie w warunkach szpitalnych bywa konieczne.

Na obecnym etapie nie potrafimy jeszcze ani zapobiegać chorobie Alzheimera, ani jej skutecznie leczyć. W dotychczasowych badaniach brano pod uwagę różne mechanizmy patologiczne prowadzące do powstania choroby. Stosowano m.in. leki o działaniu antyoksydacyjnym, przeciwzapalnym oraz terapię immunologiczną ukierunkowaną na powstawanie złogów amyloidu. Pomimo intensywnych badań dostępne obecnie metody leczenia pozostają jedynie metodami objawowymi, nie wpływają na przyczyny postępującej degradacji neuronów.

Wykazano, że zaburzenia funkcji poznawczych w przebiegu choroby Alzheimera związane są z nieprawidłowym działaniem komórek nerwowych, które produkują neuroprzekaźnik – acetylocholinę. Jedną z metod leczenia jest zatem podawanie leków, które zwiększają stężenie tej substancji w mózgu. Takimi lekami są leki hamujące działanie enzymu rozkładającego acetylocholinę (inhibitory cholinesterazy: rywastygmina, donepezil i galantamina). Drugim mechanizmem prowadzącym do powstawania otępienia jest nadmierne działanie innego neuroprzekaźnika – kwasu glutaminowego. Lekiem działającym przez hamowanie receptora, z którym łączy się kwas glutaminowy, jest memantyna. W badaniach klinicznych udowodniono skuteczność tych leków w zakresie poprawy funkcji poznawczych oraz istotny wpływ na zmniejszenie zaburzeń zachowania.

Objawy neuropsychiatryczne i zaburzenia zachowania występujące u osób z otępieniem alzheimerowskim leczone są w różny sposób. W pierwszej kolejności należy stosować metody nefarmakologiczne. Zaburzenia orientacji można łagodzić, wyraźnie oznaczając miejsca w domu czytelnymi symbolami umieszczonymi na przykład na drzwiach pomieszczeń. Wystarczające oświetlenie korytarzy lub pomieszczeń pozwala uniknąć problemów z orientacją w nocy.

Ostre stany zdenerwowania mogą być prowokowane przez inne problemy medyczne. Nawet niewielka infekcja dróg moczowych może być przyczyną znacznych zaburzeń zachowania. Każdego pacjenta z nagłymi zaburzeniami funkcji poznawczych powinno się dokładnie zbadać i sprawdzić, czy nie cierpi na chorobę internistyczną lub chirurgiczną. Agresywne zachowania mogą stać się problemem w opiece nad chorym i zawsze powinny być powodem wnikliwego badania ogólnego w celu wykrycia przyczyny. Można im przynajmniej okresowo zaradzić poprzez zapewnienie spokojnego rodzinnego otoczenia. Postępowanie psychologiczne może też objąć osoby sprawujące opiekę nad chorym. Polega ono wówczas na uczestnictwie w specjalistycznych zajęciach dla kadry medycznej i członków rodzin, obejmujących naukę radzenia sobie z agresją pacjenta, potrzebę zwracania bacznej uwagi na objawy mogące być zapowiedzią pogorszenia, naukę stosowania pozytywnego i jasnego przekazu słownego (komunikowania się z pacjentem).

W leczeniu objawów depresji stosuje się leki podobne do stosowanych u chorych bez otępienia. Niektóre z tych leków mają również wpływ na niepokój, rozdrażnienie i inne nieswoiste objawy, które mogą towarzyszyć depresji. Nie działają one zaraz po przyjęciu pierwszej tabletki, lecz potrzeba ok. 2–3 tygodni, aby zaobserwować efekt. Pobudzenie i zachowania agresywne mogą wymagać stosowania leków przeciwpsychotycznych. Z racji ryzyka działań niepożądanych zalecane są leki nowej generacji, podawane w małych dawkach. Leki starszej generacji zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych w postaci spowolnienia ruchowego, sztywności mięśni, problemów z chodzeniem oraz pogorszenia funkcji poznawczych.

W leczeniu bezsenności stosuje się między innymi krótko działające leki nasenne, które jednak nie powinny być podawane długotrwale.

Proces rehabilitacji w przypadku choroby Alzheimera ma charakter wielokierunkowy i poza klasyczną fizjoterapią i treningiem pamięci obejmuje: stymulację aktywności codziennej, techniki relaksacyjne redukujące stres, muzykoterapię, leczenie sztuką, terapię zajęciową, a także edukację i wsparcie opiekunów.

Główną uwagę zwraca się na zapewnienie opieki nad chorym oraz stałości i bezpieczeństwa środowiska domowego. Rozpoczynając proces usprawniania osoby cierpiącej na chorobę Alzheimera, należy zadbać o właściwe zagospodarowanie przestrzeni życiowej pacjenta, tak aby wyeliminować możliwość upadku, gdyż urazy głowy mogą zaostrzyć lub przyspieszyć postęp choroby. Z pokoju chorego należy usunąć wszystkie przedmioty, które mogłyby spowodować upadek: dywaniki, progi, wolno leżące kable, tłukące się przedmioty, gdyż z biegiem czasu chory coraz trudniej zauważa nawet niewielkie przeszkody. Otoczenie chorego powinno być proste i nieskomplikowane. Należy dokonać oznakowania pomieszczeń w domu, zapewnić dobre oświetlenie tak, aby jak najbardziej ułatwić choremu rozpoznawanie przedmiotów. Na ścianach w wielu miejscach warto powiesić duże, czytelne zegary oraz etykiety nazywające domowe sprzęty czy pomieszczenia.

Wraz z chorym i rodziną należy ustalić ściśle plan dnia dla chorego – stałe pory dla poszczególnych czynności dnia codziennego i ich logiczne następstwo po sobie pozwolą choremu lepiej się odnaleźć w rzeczywistości, która staje się dla niego coraz bardziej obca. Układając plan dnia, trzeba wziąć pod uwagę, aby najtrudniejsze zadania dla chorego wykonywać wtedy, gdy jest on w najlepszej formie, zaś czynności i zadania, jakie proponujemy choremu, muszą być w zasięgu jego możliwości.

Niezmiennie istotne jest, aby:

- unikać okazywania złości i zdenerwowania wobec chorego;
- dążyć do aktywizacji chorego, gdy jest bezczynny;
- pamiętać, że gdy chory ma urojenia i twierdzi, że skradziono mu jakiś przedmiot, odnalezienie tego przedmiotu natychmiast rozładowuje sytuację stresową, zaś gdy jest uparty i odmawia współpracy, np. nie chce się ubrać, nie należy nalegać, tylko odczekać i ponowić próbę za pewien czas;
- utrzymywać regularne relacje społeczne, gdyż osoby samotne mają dwukrotnie zwiększone

prawdopodobieństwo rozwoju demencji związanej z chorobą Alzheimera w późniejszym wieku niż osoby, które nie były samotne.

Już stosunkowo niewielki wysiłek fizyczny sprawi, że podtrzymamy aktualny stan sprawności chorego i nie dopuścimy do szybkiego rozwoju choroby. Udowodniono bowiem, że systematyczne ćwiczenia fizyczne poprawiają zdolność do wysiłku, sprawność fizyczną, a także funkcje poznawcze i zachowanie u osób z otępieniem.

Rehabilitacja osób z chorobą Alzheimera wymaga specjalistycznego, indywidualnego podejścia do pacjenta. Ma na celu zachowanie jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej oraz zapobieganie powikłaniom. Cechą tej grupy chorych, która ma wpływ na proces rehabilitacji, jest stopniowe osłabienie percepcji i funkcji poznawczych, dlatego ważne jest takie konstruowanie sesji ćwiczeń, aby trudność ćwiczeń była dostosowana do możliwości pacjenta i by w czasie ćwiczeń pacjent nie uległ znużeniu. Na początku wprowadzamy ćwiczenie proste. Ćwiczenie bardziej skomplikowane dzielimy na fazy i uczymy pacjenta wykonywania poszczególnych faz w sposób izolowany, a dopiero gdy pacjent je opanuje, przechodzimy do wykonania całego ćwiczenia. Pojedyncze zajęcia powinny trwać ok. 45 minut, jednak należy na bieżąco obserwować stan chorego i jego zdolność koncentracji. Jeśli pojawi się znużenie, ćwiczenie przerywamy.

Ćwiczenia należy wykonywać w przewietrzonym pokoju, można włączyć znaną pacjentowi muzykę, polecenia powinny być krótkie i zrozumiałe. Wykonujemy jak najwięcej ćwiczeń czynnych, na bieżąco korygując sposób ich wykonywania przez chorego.

Znaczenie aktywności fizycznej w profilaktyce pierwotnej i wtórnej udarów mózgu

Szczególnie wskazane w profilaktyce pierwotnej i wtórnej udaru mózgu są:

- wysiłki o charakterze tlenowym – ciągłym (długo trwające – powyżej pół godziny – o umiarkowanym nasileniu, pobudzające układ oddechowy na poziomie około 30%

VO₂max), w czasie których dochodzi do aktywizowania dużych grup mięśniowych (np. chód pod górę na bieżni ruchomej, trening stacyjny, jazda na rowerze, szybki chód);

- wysiłki o charakterze interwałowym (submaksymalny, prawie maksymalny w natężeniu intensywny wysiłek trwający kilkadziesiąt sekund do kilku minut przerywany fazą dużo mniej nasilonego wysiłku, np. bieg przerywany chodem) trwające minimum pół godziny.

Treningi można przeprowadzać na świeżym powietrzu (szybki marsz, marsz z kijkami) lub w pomieszczeniu (rower stacjonarny, bieżnia ruchoma). W czasie treningu ciągłego natężenie wysiłku ma charakter umiarkowany (powinno wzrosnąć tętno, powinien się wyraźnie pogłębić i przyspieszyć oddech; po około 10–15 minutach od rozpoczęcia wysiłku organizm zaczyna wydzielać pot). Intensywność wysiłku musi być relatywnie stała, taka, aby można było ćwiczyć nieprzerwanie minimum pół godziny. Dla każdego człowieka ta intensywność jest inna, np. dla osoby z głębokim niedowładem, chodzącej o lasce prędkość chodu gwarantująca wystarczającą intensywność może być nawet trzykrotnie niższa niż u osoby z małym niedowładem. Trening interwałowy można stosować przez cykliczne zmniejszanie i zwiększanie obciążenia na rowerze stacjonarnym, zwiększanie i zmniejszanie prędkości bieżni ruchomej, wchodzenie pod górę, a następnie schodzenie itp. Należy pamiętać, że w czasie interwału – w okresie małego natężenia wysiłku – nie może dojść do pełnego odpoczynku.

Treningi najlepiej wykonywać codziennie, a najrzadziej trzy razy w tygodniu. Tętno wysiłkowe powinno osiągać 130 uderzeń na minutę. Wysiłek fizyczny powinien angażować mięśnie głównie w skurczach izotonicznych (powinno dochodzić do ruchu w stawach) wraz z regularnym oddychaniem, należy zaś ograniczać do minimum napięcia statyczne mięśni (brak ruchu w stawach) i wstrzymywanie oddechu. Niewskazane jest dźwiganie dużych ciężarów (powyżej 50% maksymalnych ciężarów) i stosowanie krótkich serii powtórzeń. Jeśli wykonywany jest trening z obciążeniami zewnętrznymi (np. ciężarki, gumy, urządzenia stawiające opór), to najlepsze są takie obciążenia, które umożliwiają co najmniej kilkudziesięciokrotne powtórzenia tego samego ruchu. Ważne, aby ćwicząc

z oporem, nie ograniczać się tylko do górnych partii mięśni (kończyny górne), ale koniecznie angażować zespoły mięśniowe kończyn dolnych, a najlepiej ćwiczyć naprzemiennie kończyny górne i dolne. Szczególnie wskazane są urządzenia treningowe lub konkurencje sportowe aktywizujące jednocześnie zespoły mięśniowe kończyn górnych i dolnych (np. narciarstwo biegowe, wioślarstwo). Wskazana jest każda konkurencja sportowa lub aktywność fizyczna, którą można wykonywać nieprzerwanie przez kilkadziesiąt minut (powyżej 30) i która prowokuje umiarkowanie duże zmęczenie (takie, że po kilkuminutowym odpoczynku można kontynuować wysiłek) wywołujące

pogłębiony i przyspieszony oddech, zadyszkę, tętno około 130 uderzeń na minutę oraz pojawienie się potu. Względne i bezwzględne przeciwwskazania do stosowania określonych rodzajów wysiłku fizycznego po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego określa fizjoterapeuta i przed rozpoczęciem treningów należy się z nim skonsultować w tej sprawie.

Autorzy:

dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz

dr hab. n. med. Adam Kobayashi

dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

dr n. med. Leonard Szafraniec

dr Marcin Zarzecki

Trzy kroki do zdrowia, czyli jak ustrzec się przed otyłością

W dzisiejszych czasach wiedza na temat żywienia i prowadzenia zdrowego stylu życia jest stosunkowo łatwo dostępna. Rzecz w tym, że nie wszystkie tak zwane dobre rady są odpowiednie dla wszystkich i jednakowo skuteczne. Gdyby sama wiedza wystarczała do prowadzenia zdrowego stylu życia, wszyscy byliby zdrowi i szczupli. Tak jednak niestety nie jest...

Nadwaga i otyłość mają różne przyczyny. Obecnie mocno podkreśla się rolę nie tylko takich czynników jak nadmierne jedzenie w stosunku do potrzeb czy niedostateczną aktywność fizyczną, ale także stres oraz wykształcone w ciągu życia nawyki związane z jedzeniem. Celem niniejszej publikacji jest wsparcie w określeniu tych przyczyn. Podpowiemy także, jak wprowadzać zmiany i prowadzić zdrowy styl życia, który sprzyja zachowaniu zdrowia i dobrego samopoczucia.

Metoda trzech kroków (MTK)

Prezentowana tu metoda to sposób, w jaki możesz osiągnąć lub utrzymać prawidłową wagę ciała, czyli taką, jaka będzie sprzyjać Twojemu zdrowiu oraz dobremu samopoczuciu.

Zapraszamy Cię, Czytelniku, do krótkiej podróży do świata dobrej kondycji psychofizycznej.

Zanim wyruszysz, mamy dla Ciebie dwie wiadomości:

- po pierwsze – nie będzie to kolejny poradnik pełen cudownych porad, ale raczej przewodnik, który wskaże, na co zwracać uwagę (nie tylko w aspekcie żywieniowym), aby zachować zdrowie i vitalność;
- druga wiadomość to szczerza odpowiedź na pytanie: czy wiedza z niniejszego przewodnika sprawi, że będę zdrowy i szczupły? Odpowiedź brzmi: nie.

Ale jeśli szukasz dobrego drogowskazu, który podążać, by zachować zdrowie i zgrabną sylwetkę – dobrze trafiłeś!

Metoda, którą proponujemy, nie jest magiczną receptą, ale wymaga pracy – potrzebne będą Twoje zaangażowanie i konsekwencja. Nie

pozwól, by opuszczał Cię dobry humor i dys-tans do siebie, gdyż jak w każdej pracy, również i w tej nad samym sobą zdarzają się błędy i niepowodzenia. I jak w każdej pracy – na sukces trzeba poczekać. Niech MTK stanie się Twoim sposobem na życie, czymś, co na stałe wpisze się w twój styl życia.

Krok 1. Zaakceptuj fakty

Nadmierna waga powoduje zaburzenia w funkcjonowaniu układu sercowo-naczyniowego, kostno-stawowego i może być przyczyną rozwoju cukrzycy oraz nowotworów. Co równie istotne, osoby otyłe ponoszą ogromne koszty psychologiczne, które są związane z długotrwałym okresem „noszenia ciężarów”, co często zmienia percepcję siebie i wpływa na funkcjonowanie. Wśród najczęstszych konsekwencji otyłości występują:

- Negatywne emocje, obniżony nastrój i depresja

Współcześnie, kiedy kult ciała wybitnie przybrał na sile, nadmierna waga jest dużym problemem natury estetycznej. Od najmłodszych lat wykazujemy tendencję do postrzegania osób otyłych jako mniej zaradnych, leniwych czy mniej kompetentnych. Te etykiety są zwykle krzywdzące, a ponieważ nadmierna masa ciała jest wieloletnim i wiernym towarzyszem, może powodować obniżenie nastroju. Kumulują się negatywne emocje dotyczące samego siebie i swojej sytuacji. Może pojawić się zwiększona podatność na irytację, agresję, skłonność do reagowania silnymi emocjami, ale także poczucie winy, krzywdy czy rozżalenie, a nawet depresja.

- Obniżone poczucie własnej wartości i własnej skuteczności

Wielokrotne próby odchudzania się, które według niektórych danych aż w 90% przypadków kończą się niepowodzeniem, powodują zmiany w ocenie swojej skuteczności, a w konsekwencji także własnej wartości. Osoby, które doznają powtarzających się porażek, często tracą wiarę we własne możliwości i kompetencje oraz mają obniżoną samoocenę, co tym bardziej demotywuje do podejmowania działań, aby osiągnąć właściwą wagę.

- Obniżona jakość życia i niezadowolenie z wyglądu

Nadmierna waga przysparza kłopotów w wielu obszarach funkcjonowania. Osobom otyłym trudniej się poruszać, ich organizmy nie są na tyle wydolne, aby poradzić sobie nawet z codzienną aktywnością fizyczną (np. przyniesienie zakupów, dłuższy spacer, wchodzenie po schodach). Pojawiają się problemy z doбором odzieży w dużym rozmiarze oraz onieśmienie. Otyłość bywa powodem wycofania się z relacji interpersonalnych, w tym kontaktów seksualnych. Często wywołuje zainteresowanie środowiska i prowokuje zachowania, które są poniżające, piętnujące. Towarzyszące otyłości niezadowolenie z wyglądu przyczynia się do narastającego niezadowolenia z obrazu własnego ciała i swojej osoby.

Krok 2. Zbierz dowody

Nic lepiej nie motywuje do pracy nad swoim zdrowiem niż twarde dowody na jego temat. Wiadomo (jak mogłeś przeczytać w **Kroku 1**), że to, ile ważymy, ma znaczenie nie tylko dla naszego wizerunku, ale w znaczący sposób decyduje o naszej aktualnej i przyszłej kondycji psychofizycznej.

Dzięki informacjom, jakie uzyskasz na tym etapie, będziesz mógł obserwować zmiany w swoim ciele i samopoczuciu. Dlatego wracaj do tego kroku co jakiś czas (ale niezbyt często, najlepiej raz w miesiącu) i zapisuj uzyskane wartości i oceny (zadbaj o to, żeby Twoje notatki były w jednym miejscu, abyś mógł z nich korzystać).

Dowodów dostarczą Ci powszechnie znane i łatwe do określenia (ale wiarygodne!) wskaźniki antropometryczne (związane z pomiarami ciała), które pozwalają ocenić rozmiary ciała i rozmieszczenie tłuszczu podskórnego w organizmie. Aby sprawdzić, jaka jest Twoja aktualna sytuacja, wykonaj trzy proste pomiary:

1. **Oblicz wskaźnik BMI (body mass index)**, za pomocą którego sprawdzisz, czy Twoja waga mieści się w granicach normy. Będziesz do tego potrzebował kalkulatora. BMI obliczysz, korzystając z poniższego wzoru:

$$\begin{aligned} \text{BMI} &= \frac{\text{Masa ciała w kg}}{(\text{Wzrost w m})^2} = \text{np. } \frac{60 \text{ kg}}{(1,64)^2} = \\ &= \frac{60 \text{ kg}}{2,6896} = 22,31 \text{ kg/m}^2 \end{aligned}$$

Jak zinterpretować wynik? Odszukaj uzyskaną wartość w tabelce. Jeżeli jest ona równa lub większa od 25 kg/m², czas zacząć działać jak najszybciej!

Jeśli Twój wynik mieści się w normie, potraktuj kolejne kroki jako wskazówki do utrzymania tego stanu przez resztę życia.

Wartość BMI	Ocena	Ryzyko chorób towarzyszących otyłości
<18,5	Niedowaga	Niskie, ale zwiększa się ryzyko innych problemów zdrowotnych, np. niedożywienia
18,5–24,9	Norma	Niskie
25,0–29,9	Nadwaga	Podwyższone – pojawiają się problemy zdrowotne na tle przekarmienia
30,0–34,9	Otyłość I stopnia	Wysokie
35,0–39,9	Otyłość II stopnia	Wysokie
≥40	Otyłość III stopnia	Wysokie

2. **Dokonaj pomiaru obwodu talii** – jest to sposób oceny rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w kierunku otyłości brzusznej (czyli tej, która bardziej zagraża zdrowiu niż otyłość pośladkowo-udową).

Jeżeli jesteś kobietą i Twój obwód talii wynosi od 80 do 88 cm, należy być czujną, gdyż prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań z powodu chorób wywołanych otyłością jest zwiększone. W przypadku mężczyzn alarmujące są wartości z przedziału od 94 do 102 cm.

Otyłość brzuszna	Kobiety	88 i więcej cm w talii
	Mężczyźni	102 i więcej cm w talii

3. **Oblicz wskaźnik WHR (waist-to-hip ratio)** – również przydatny do oceny rozmieszczenia tkanki tłuszczowej. Określa on stosunek obwodu talii do obwodu bioder:

$$\text{WHR} = \frac{\text{obwód talii w cm}}{\text{obwód bioder w cm}}$$

Swoój wynik również odnieś do wartości z tabeli:

	Typ otyłości (rozmieszczenie tłuszczu)	
	typ jabłko	typ gruszka
Kobiety	WHR >0,8	WHR <0,8
Mężczyźni	WHR >1	WHR <1

Wartość wskaźnika określa typ otyśzczenia i otyłości: androidalną (brzuszną) typu jabłko oraz gynoidalną (pośladkowo-udową) typu gruszka. Jeżeli Twoja tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest w typie jabłko, to czas najwyższy się jej pozbyć.

Wykazano, że otyłość typu jabłko wiąże się z nagromadzeniem tkanki tłuszczowej wewnątrz jamy brzusznej, co wyjątkowo niekorzystnie wpływa na stan naszego zdrowia. U osób z tego typu otyłością częściej występuje choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu II oraz nadciśnienie tętnicze.

Zaobserwuj również, jakie emocje, myśli i przekonania towarzyszą Ci na początku MTK, a jakie w trakcie. Pomocne będą poniższe pytania:

1. Jak się czuję, kiedy myślę o swojej wadze? 😊😐😞
2. Czy mam poczucie, że wystarczająco dbam o swoje zdrowie? 😊😐😞
3. Czy mam poczucie, że kontroluję swoją wagę? 😊😐😞

Jeśli jesteś niezupełnie zadowolony z tego, ile ważysz i jaki to ma wpływ na Twoje zdrowie, to właśnie otrzymałeś sygnał, że to już jest ten moment, kiedy należy zmienić swoje nawyki i styl życia.

Jeśli Twoja waga nie powoduje u Ciebie dyskomfortu, pamiętaj, że także powinienes włożyć nieco pracy, aby utrzymać taki stan. Przekonaj się, że dbanie o zdrowie jest przyjemne!

Krok 3. Przejmij kontrolę

Krok 3 to ustalenie i wdrożenie indywidualnego planu osiągnięcia/ utrzymania prawidłowej wagi ciała. Głównym celem (i jednocześnie

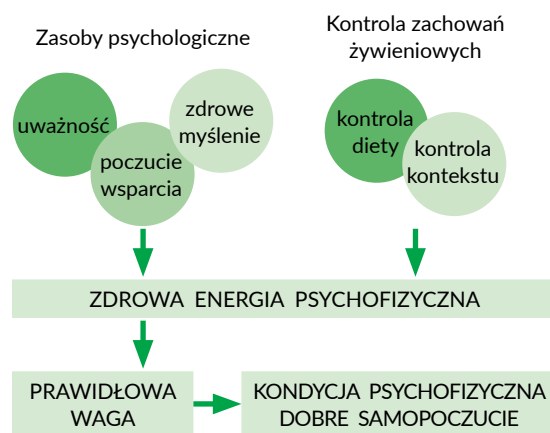
motorem) działań będzie rozwijanie **Zdrowej Energii Psychofizycznej** (w skrócie **ZEP**).

ZEP jest efektem pracy nad własnym **ciałem** – poprzez odpowiednie odżywianie i trenowanie, oraz **umysłem** – poprzez doskonalenie umiejętności, które nie tylko ułatwiają dbanie o fizyczność, ale ogólnie poprawiają jakość Twojego funkcjonowania.

Przejawem **ZEP** tu i teraz jest masa ciała (a właściwie wskaźniki, które obliczałeś w **Kroku 2**). Zainwestowanie czasu i wysiłku w **ZEP** zaprocentuje w przyszłości dobrą kondycją psychofizyczną: zdrowym ciałem i dobrym samopoczuciem.

Rozwijanie **ZEP** oznacza:

- **Gromadzenie narzędzi**, czyli umiejętności, które możesz rozwijać. To nauka bycia uważnym (co to dokładnie oznacza, dowiesz się w dalszej części rozdziału), dbanie o to, aby Twoje myśli nie przeszkadzały Ci w realizowaniu planu (przestawienie się na zdrowe myślenie), a także o to, abyś nie czuł się osamotniony w swoich działaniach (miał poczucie wsparcia);
- **Naukę kontroli** własnych zachowań żywieniowych, czyli kontroli tego, co i w jakich ilościach spożywasz, oraz kontroli kontekstu, w jakim te zachowania realizujesz.



Gromadzenie narzędzi, czyli kluczowych zasobów psychospołecznych

W kontekście dbałości o zdrowie i **ZEP** kluczowe zasoby psychospołeczne obejmują: **bycie uważnym, zdrowe myślenie i poczucie wsparcia od innych osób**.

Uważność

Uważność określana jest jako taki stan świadomości, który wynika z celowego kierowania uwagi na to, co się dzieje w chwili obecnej, ale bez krytycznego oceniania znaczenia tego, czego człowiek doświadcza. Bycie uważnym jest działaniem intencjonalnym (celowym). W stanie uważności przedmiotem uwagi jest to, co jawi się w świadomości w chwili obecnej. Elementem uważności jest także postawa akceptacji, otwartości i zainteresowania wobec tego, co jest przedmiotem aktualnego doświadczenia tu i teraz.

Co zatem oznacza uważne jedzenie? Mówimy o nim wtedy, kiedy spożywanie pożywienia odbywa się z uwzględnieniem sygnałów głodu i sytości płynących z ciała. Uważne jedzenie opiera się na kilku prostych zasadach:

- **Zwolnienie tempa jedzenia** – oznacza to, że posiłki powinny być jeść powoli, spokojnie, robiąc przerwy między kolejnymi łykami; przeżuwać powoli, nie zapominając o robieniu przerw na oddech i ocenę swojej aktualnej sytości – zamiast bezrefleksyjnego zjadania całej porcji z talerza. Rada: przed zjedzeniem kolejnego kęsa odłóż sztucę/ kanapkę/ owoc, przeżuj dokładnie, a kolejny kawałek włóż do ust dopiero po połyknięciu poprzedniego i wzięciu oddechu. Wydaje się dziecinnie proste? Sprawdź, jak dotychczas jadłeś swoje posiłki.

- **Jedzenie z dala od czynników rozpraszających uwagę**, takich jak: telewizor, komputer, książka – w sytuacji spożywania posiłku jedzenie powinno koncentrować całą naszą uwagę. Jednoczesne wykonywanie kilku czynności przy jedzeniu powoduje, że stajemy się głusi na sygnały płynące z ciała i zjemy więcej, niż potrzebujemy.

- **Odbieranie sygnałów pochodzących z ciała**: uczucia głodu i sytości oraz traktowanie ich jak przewodnika w podejmowaniu decyzji dotyczących rozpoczynania i kontynuowania jedzenia – traktuj swoje ciało jak najlepszy drogowskaz w zakresie ilości spożywanych pokarmów (zamiast bezmyślnego podążania za restrykcjami dietetycznymi). Rada: zanim zaczniesz posiłek czy zjesz przekąskę, odpowiedz sobie na jedno pytanie – czy teraz jestem głodny? Jeśli nie czujesz głodu, a jedynie masz na coś apetyt, zastanów się, czy warto ulegać tej zachciance.

- **Wiedza na temat żywności**, którą lubię, której nie lubię i która jest dla mnie neutralna – uważne smakowanie jedzenia pozwala na odkrywanie nowych smaków i aromatów w dobrze znanym jedzeniu oraz uświadomienie sobie, które produkty rzeczywiście mi smakują, które są dla mnie neutralne, a które uważam za niesmaczne. Rada: czasami zdarza się, żejemy coś, ponieważ kiedyś nam smakowało. Warto jednak co jakiś czas zweryfikować, czy lubimy te same smaki, co kiedyś. Może się wtedy okazać, że ulubiony batonik smakuje chemicznymi dodatkami, a my pamiętamy jedynie wyobrażenie o smaku czekolady i nadzienia.
- **Wybieranie jedzenia, które jednocześnie jest smaczne i odżywcze** – ważne jest, aby jedzenie stanowiło dobre paliwo dla organizmu, odżywiało wszystkie komórki ciała i przyczyniało się do zwiększenia energii i dobrego samopoczucia. Ponieważ jedzenie jest czynnością zmysłową, równie ważne jest to, aby było ono smaczne i dobrej jakości.
- **Zaangażowanie przy jedzeniu wszystkich zmysłów** – to zadanie może okazać się odkrywaniem pewnych potraw na nowo i być bardzo przyjemne.
- **Świadomość konsekwencji** powodowanych przez bezmyślne jedzenie (np. jedzenie z nudów, ze smutku, przejadanie się aż do uczucia dyskomfortu).

Zdrowe myślenie

Zamiast definicji na początek przedstawiamy dwie krótkie historyjki:

Zosia

Zosia od dłuższego czasu planuje zmienić swój tryb życia. Chciałaby zdrowiej się odżywiać i poświęcać więcej czasu na aktywność fizyczną. Liczy również na to, że dzięki temu rzuci kilka zbędnych kilogramów. Będąc u przyjaciółki, zauważyła leżący na stole poradnik dotyczący radzenia sobie z otyłością. Myśli: „O! Może znajdę w nim jakieś rady, które bardziej mnie zmotywują do realizacji mojego postanowienia. W sumie kilka podobnych poradników już przeczytałam i nie przypadły mi do gustu, ale to nie oznacza, że tak będzie i w tym przypadku”. Uradowana i pełna optymizmu wychodzi od przyjaciółki, trzymając pod pachą poradnik. Zaczyna go czytać jeszcze w autobusie w drodze powrot-

nej do domu. Zadowolona z siebie wysiada wcześniej, żeby się przespacerować i kupić po drodze kilka produktów na zdrową sałatkę.

Kuba

Kuba cierpi na nadwagę. Dodatkowo okazało się, że ma nadciśnienie. Właśnie czeka w poczekalni na wizytę u kardiologa. W gabinecie słyszy, że powinien zmienić swój tryb życia i przede wszystkim schudnąć. Dostaje od lekarza poradnik, w którym znajdują się informacje, jak osiągnąć zdrową wagę. Wychodząc z poradni, myśli: „Po co mi ten poradnik, skoro i tak mi się nie uda? Pewnie nie znajdę tam nic ciekawego ani nowego, o czym bym nie wiedział”. Poirytowany wrzuca poradnik do schowka w samochodzie. Wracając do domu, kupuje dwa piwa na poprawienie nastroju. Postrawia też, że nie będzie już chodził na wizyty kontrolne i wystuchiwał uwag lekarza, bo to nie ma sensu. Skoro jego żonie nie przeszkadza jego nadwaga, to i on nie będzie się nią przejmował.

Zadaj sobie pytanie: co musiałoby się wydarzyć, aby Kuba, tak jak Zosia, zaczął dbać o swoje zdrowie? Wskazówek poszukaj w myślach i emocjach, jakie pojawiały się u naszych bohaterów.

Porównaj myśli Zosi i Kuby. Zauważ, że sposób myślenia Zosi wywołał u niej dobry nastrój, co zachęciło ją do działania. Myśli Kuby (a nie poradnik!) tylko go rozdrażniły, co nie tylko zniechęciło mężczyznę, ale skutkowało zachowaniem szkodliwym dla jego zdrowia (poprawa nastroju alkoholem).

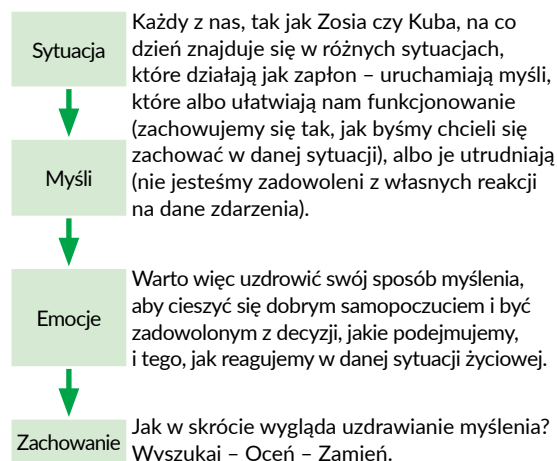
Myśli Zosi

- może znajdę w nim [poradniku] jakieś rady, które bardziej zmotywują mnie do realizacji mojego postanowienia
 - kilka podobnych poradników już przeczytałam i nie przypadły mi do gustu, ale to nie oznacza, że tak będzie i w tym przypadku
- Uczucia i stany emocjonalne**
- radość, nadzieja, zadowolenie

Myśli Kuby

- po co mi ten poradnik, skoro i tak mi się nie uda
 - pewnie nie znajdę tam nic ciekawego ani nowego, o czym bym nie wiedział
- Uczucia i stany emocjonalne**
- poirytowanie, złość

Wracając do pytania: co musiałoby się zdarzyć, aby Kuba zaczął dbać o swoje zdrowie? Odpowiemy: musiałby zmienić swój szkodliwy sposób myślenia (przynajmniej w tej konkretnej sytuacji) na taki, który uzdrowi jego samopoczucie, a przez to z dużym prawdopodobieństwem zmieni się jego nastawienie do spraw związanych ze zdrowiem.



1. Wyszukaj

- Najpierw opisz na kartce sytuację, która wiąże się z Twoim złym samopoczuciem czy też napięciem, jakie ostatnio odczuwasz.
- Poniżej zostaw puste pole.
- W dalszej kolejności napisz, jak się czułeś w związku z daną sytuacją (używaj prostych stwierdzeń: czułem się przygnębiony, smutny, zły etc.), a obok napisz, jak chciałbyś się czuć w takiej sytuacji.
- Na dole kartki zapisz, jak się zachowałeś w tej sytuacji, a obok – jak chciałbyś zareagować czy też zachować się w podobnej sytuacji.
- W miejscu, gdzie zostawiłeś puste miejsce, zapisz kilka myśli i przekonań, które przychodzą Ci do głowy w związku z daną sytuacją.

2. Oceń

Spośród wszystkich zapisanych myśli wybierz takie, które najbardziej Cię poruszają, denerwują lub smucą. Skoncentruj się na jednej, spróbuj ocenić, czy to zdrowa myśl, czy też szkodliwa, taka, która stanowi utrudnienie we wprowadzaniu zmian. W tym celu zadaj sobie cztery pytania oceniające daną myśl:

Pytanie 1: Czy ta konkretna myśl zawiera niezdrowe nawyki językowe?

- ☐ Tak ☐ Nie
- Jeżeli tak, to jest to cecha niezdrowej myśli

Podpowiedź: oto najczęstsze niezdrowe nawyki językowe:

- to (mnie denerwuje)
- zawsze, nigdy
- porażka
- nie mogę, to jest niemożliwe
- muszę
- trudne
- spróbuję
- tak, ale...

Pytanie 2: Czy ta myśl opiera się na faktach?

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli nie, to jest to cecha niezdrowej myśli

Podpowiedź: jeżeli myśl zawiera niezdrowe nawyki językowe typu: wszystko, zawsze lub nigdy (Zawsze się tak zachowujesz; Wszystko to moja wina; Nigdy nie schudnę), to nie będzie ona zgodna z prawdą (przecież nie wiesz, czy nie schudniesz, a „wszystko” nie może być Twoim udziałem, bo istnieje szereg czynników zewnętrznych, które też mają wpływ na daną sytuację).

Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że myśli zawierające poniższe zwroty też są dalekie od prawdy:

- bezsensowne
- beznadziejne
- zatruwa mi życie
- nie uda się
- nie dam rady
- nie potrafię
- to mnie przerasta
- to jest straszne!
- na pewno coś mi się stanie!

Pytanie 3: Czy ta myśl pomaga mi czuć się tak, jak chcę się czuć?

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli nie, to jest to cecha niezdrowej myśli

Podpowiedź:

Myśli, przekonania	Uczucia i stany emocjonalne
■ bezsensowne	♦ zwątpienie
■ beznadziejne	♦ złość, smutek
■ nie uda się	♦ irytacja, smutek, niezadowolenie
■ nie potrafię	♦ żal, rozczarowanie
■ to mnie przerasta	♦ frustracja, lęk
■ to jest straszne	♦ lęk
■ na pewno coś mi się stanie	♦ obawa, niepewność

Pytanie 4: Czy ta myśl pomaga mi zachowywać się tak, jak chciałbym się zachowywać w podobnej sytuacji?

☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli nie, to jest to cecha
niezdrowej myśli

3. Zamień

Dla każdej niezdrowej myśli znajdź alternatywną, która:

- jest zgodna z rzeczywistością,
- jest wolna od niezdrowych nawyków językowych,
- pomaga Ci czuć się tak, jak chciałbyś się czuć,
- sprzyja pożądanym reakcjom i zachowaniom,
- ...jednym słowem **jest zdrowa**.

Jest jeszcze jedna ważna rzecz, na którą warto zwrócić uwagę. Bardzo często wykazujemy tendencję do myślenia typu „wszystko albo nic”. Takie myślenie jest bardzo często wymówką dla:

- zaprzestania aktywności fizycznej: nie poszedłem na jeden trening, więc nie ma sensu ćwiczyć już w tym tygodniu, miesiącu...
- kontynuowania jedzenia: umówiłem się ze sobą, że nie jem słodczy, ale skoro złamałem zasadę, mogę opychać się słodczymi do końca dnia; co z tego, że już nie jestem głodny, zjem całą porcję, bo inaczej się zmarnuje itp.

Myślenie typu „wszystko albo nic” może nas szybko sprowadzić na manowce. Jest to jeszcze jeden przykład niezdrowego myślenia. Zastanów się, jak często zdarza Ci się ulegać takim myślom.

Aby uniknąć ich w przyszłości, możesz stworzyć listę alternatywnych myśli dla jednej myśli niezdrowej. Jeżeli zapiszesz je na kartce – miej ją przy sobie. W trudnej sytuacji czytaj tę listę – przekonaj się, że już samo czytanie listy zdrowych myśli działa korzystnie na Twoje samopoczucie.

Przykłady myśli niezdrowych i alternatywnych (zdrowych):

Wsparcie społeczne

Najkrócej mówiąc, wsparcie społeczne to potrzebne zasoby, jakie mogą nam zapewnić inni ludzie. Jedna z definicji wskazuje, że wsparcie społeczne to dostarczanie informacji o tym, że możemy liczyć na opiekę innych, że jesteśmy doceniani, szanowani oraz wartościowi i że należymy do sieci kontaktów i wzajemnych zobowiązań.

Kiedy podejmiesz decyzję, że chcesz zmienić swój styl życia na zdrowszy, z pewnością czeka Cię kilka trudnych momentów. Możesz wtedy skorzystać z dostępnego Ci wsparcia społecznego. To, od kogo zechcesz przyjąć wsparcie, zależy od Ciebie.

Proces uzyskiwania wsparcia od osób bliskich może przebiegać następująco:

Na poziomie emocjonalnym Twój partner albo partnerka, Twoi znajomi i przyjaciele lub inne osoby z Twojego otoczenia mogą służyć Ci dobrym słowem, zapewniać, że idziesz dobrą drogą i że efekty są warte wysiłku, oraz dopingować Cię, gdy Twoja motywacja zacznie słabnąć. Mogą udzielać Ci informacji, że dobrze sobie radzisz lub że Twoje działania wymagają zmian w konkretnych obszarach – często obiektywna ocena płynąca z zewnątrz jest bardziej rzetelna i może dostarczyć realnych informacji na temat naszej sytuacji. I wreszcie możesz poprosić o konkretny instruktaż kogoś, kto ma doświadczenie, np. jak komponować zdrową dietę, jak odpowiednio wykonywać ćwiczenia, jak radzić sobie z emocjami, które wzmagają ochotę na słodczy.

Indywidualne zapotrzebowanie na wsparcie otrzymywane od innych ludzi jest bardzo zróżnicowane. Czasami wsparcie to „tylko” akceptacja dla naszych wyborów i decyzji. Postawa akceptująca zmianę nawyków (zamiast zniechęcania czy wręcz wyśmiewania) to również forma wsparcia. Jeśli bliscy, z którymi spędzasz dużo czasu, wykażą zrozumienie dla Twoich

Myśli niezdrowe	Myśli alternatywne – zdrowe
Na pewno nie uda mi się schudnąć do wiosny	Nie wiem, czy do wiosny uda mi się schudnąć, ale jeśli będę trzymała się planu, prawdopodobnie chociaż trochę schudnę
Muszę przestać jeść słodczy	Nic nie muszę, ale dla zdrowia chcę zrezygnować ze słodczy
Ćwiczenia mnie wykończą	Nie znam osoby, którą ćwiczenia wykończyły. Wiem jednak, że jeśli ćwiczę, mogę być bardzo zmęczony i czuć ból
Wszyscy się ze mnie śmieją	Być może są osoby, które się ze mnie śmieją, ale znam też osoby, które bardzo mnie wspierają

postanowień, z pewnością będzie Ci łatwiej i przyjemniej osiągać kolejne cele.

Najważniejsze to uświadomienie sobie, co Ci pomaga, a jakie sytuacje ze strony Twojego środowiska społecznego utrudniają Ci wytrwanie w postanowieniach. Ślepe podążanie za budowaniem jak największej sieci wsparcia może okazać się chybionym pomysłem. Najlepiej jeśli sam zbudujesz taką sieć w oparciu o swoje aktualne potrzeby, pamiętając, że różne osoby z Twojego otoczenia mogą okazać się wsparciem w różnych sprawach. Możesz poszukać ludzi w podobnej sytuacji (za pośrednictwem forów internetowych, stowarzyszeń czy grup zainteresowań), którzy mają podobne cele do Twoich. Być może wtedy łatwiej będzie Ci wdrażać MTK.

Rozwijanie zasobów osobistych należy traktować jako trening – systematyczne doskonalenie umiejętności. Dlatego warto zdać sobie sprawę z tego, że nie posiadziemy pożądanых cech w ciągu jednej nocy. Pierwszym krokiem jest uświadomienie sobie własnych słabości i podjęcie decyzji, że chcemy nad nimi pracować. Należy korzystać z dostępnej wiedzy w codziennych sytuacjach i małymi krokami dążyć do mistrzostwa.

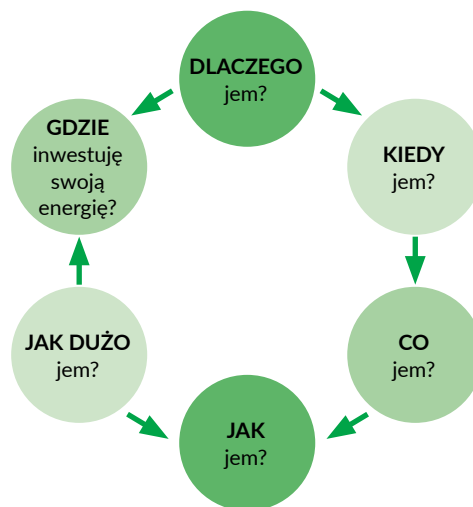
Kontrola zachowań żywieniowych

Kontrola zachowań żywieniowych obejmuje dwa aspekty: **kontrolę tego, co i w jakich ilościach zjadasz** (kontrola diety) oraz **kontrolę kontekstu sytuacji**, w których jesz. Kontekst oznacza wszystko to, co inicjuje konsumpcję (powody, dla których jesz) i jej towarzyszy (nastrój, otoczenie, w którym jesz, osoby, z którymi jesz, to, co robisz, gdy skończysz jeść itd.).

Na tym etapie **MTK (metody trzech kroków)** kluczowym zadaniem jest uświadomienie sobie, że sposób odżywiania nie powinien być analizowany bez swojego tła. Dopiero analiza poszczególnych elementów tego tła, przede wszystkim powodów, dla których jemy, pozwoli zaplanować skuteczne, bo dostosowane do Ciebie zmiany w kierunku udoskonalenia Twojego sposobu odżywiania.

Spójrz na poniższe koło jedzenia. Zastanów się przez chwilę, czy potrafisz odpowiedzieć

na zawarte w nim pytania. Jeśli wahasz się nad niektórymi odpowiedziami, zapraszamy do dalszej lektury.



Kontrola kontekstu (tła) zachowań żywieniowych

Kontekst sposobu odżywiania możesz przeanalizować, odpowiadając na pytania:

- Dlaczego i kiedy jem?
- Co i jak dużo jem?
- Jak jem?
- Gdzie inwestuję – w jaki sposób wykorzystuję energię, którą pozyskuję z jedzenia?



Pierwszą czynnością, jaką warto wykonać, doskonaląc swój sposób odżywiania, jest udzielenie odpowiedzi na pytanie: dlaczego i kiedy jem? Odpowiedź wydaje się prosta – jem, bo jestem głodny i jest to podstawowa czynność, którą muszę wykonywać, by przeżyć. Ale czy nie jesz w sytuacjach, gdy chcesz się pocieszyć lub gdy jesteś znudzony? Czy nie jesz skuszony zapachem dobiegającym z budki z fast foodem? Czy nie zjesz batonika z automatu, który wstawiono w poczekalni przychodni (a tyle osób jeszcze przed Tobą!)? Czy nie skusisz się na drożdżówkę z cukierni tuż koło przystanku autobusowego, która zachęca widokiem i zapachem wypieków?

Jeżeli zaczniesz świadomie postępować w sferze żywieniowej, to znaczy, że jesteś gotowy do wprowadzania zmian mających na celu udoskonalenie Twojego sposobu odżywiania tak, aby korzystnie wpływał na Twoją wagę, a przez to również na Twoje zdrowie.

Wszystkie te powody są dobre, by zjeść i nie ma w tym nic złego, że za pomocą jedzenia zaspokajamy swoje różne potrzeby.

Potrzeby, które zaspokajamy za pomocą jedzenia, można podzielić na trzy kategorie:

BIOLOGICZNE	Jedzenie zaspokaja podstawowe potrzeby organizmu: głód, pragnienie
PSYCHOLOGICZNE	Pożywanie jest traktowane jako środek kompensacji dyskomfortu, braku satysfakcji lub napięcia
SPOŁECZNE	Jedzenie umożliwia integrację w obrębie grup społecznych, stanowi narzędzie oddziaływania na zachowania innych osób

Co w takim razie powinno Cię zaniepokoić? Przede wszystkim gdy w Twoim sposobie odżywiania zaczynają dominować sytuacje, gdy regularnie jesz nie z głodu, ale w celu zaspokojenia różnych potrzeb psychologicznych lub społecznych. Niepokojąca jest również sytuacja, w której regularnie ulegasz jedzeniu ze względu na jego walory: wygląd, smak, zapach, dostępność itp.

Jeżeli wymienione tendencje utrzymują się przez dłuższy czas, może dojść do utrwalaonych nieprawidłowości w sposobie odżywiania, które ujawniają się w postaci określonych psychospołecznych stylów jedzenia: jedzenia emocjonalnego, restrykcyjnego i tzw. jedzenia zewnętrznego (pod wpływem bodźców zewnętrznych).

Kontrola diety, czyli tego, co i w jakich ilościach zjadamy



Kontrola tego, co i w jakich ilościach zjadamy, wymaga ustalenia zdrowego planu żywieniowego. Pomocne będą następujące wskazówki:
1. Wybieraj **węglowodany złożone** jako podstawę swojej diety – zjadaj każdego dnia **od**

Jedzenie zewnętrzne	– zjadanie większej ilości, gdy jedzenie nam smakuje – zjadanie większej ilości, gdy ładnie pachnie lub ładnie wygląda – niemożność powstrzymania się od zjedzenia czegoś, co jest dla nas smaczne – sięganie po jedzenie tylko dlatego, że inni jedzą – nieplanowane kupowanie jedzenia (np. gdy widzimy coś pysznego na wystawie w cukierni lub w markecie)
Jedzenie restrykcyjne	– zjadanie mniej niż chciałoby się zjeść – odmawianie jedzenia ze względu na wagę – szczegółowe analizowanie tego, co się zjada – wybieranie produktów ze względu na ich możliwy wpływ na masę ciała – celowe stosowanie produktów dietetycznych (odchudzających) – celowe jedzenie mniej, by nie czuć się cięższym
Jedzenie emocjonalne	– ochota, by coś zjeść, gdy jest się zdenerwowanym – potrzeba jedzenia, gdy odczuwa się smutek – sięganie po jedzenie, gdy czujemy się samotni – potrzeba zjedzenia czegoś, gdy ktoś nas zawiedzie – sięganie po jedzenie, gdy odczuwamy złość, lęk, napięcie, gdy coś idzie nie tak – ochota, by coś zjeść, gdy odczuwamy nudę – sięganie po jedzenie, gdy odczuwamy rozczarowanie

PORCJA				
produktów zbożowych	warzyw	owoców	produktów mlecznych	mięsa lub jego zamiennika
2 kromki chleba	1/2 szklanki ugotowanych warzyw	1 średniej wielkości jabłko, banan, gruszka lub pomarańcza	1 szklanka mleka	1 noga kurczaka
1 średnia bułka	1 szklanka surówki	2 małe morele, kiwi albo śliwki	1 szklanka napoju sojowego	2 jajka
4–6 kromek pieczywa chrupkiego	1 pomidor	1 szklanka pokrojonych w kostkę owoców	1 kubeczek jogurtu (150 g)	1/2 szklanki mielonego mięsa wołowego
1 szklanka ugotowanego ryżu, makaronu	1/2 szklanki ugotowanych nasion roślin strączkowych (np. fasoli, groszku, bobu, soczewicy)	1 i 1/2 łyżki stołowej rodzynek	1 kubeczek serka wiejskiego lub homogenizowanego (150 g)	1/3 szklanki orzechów (np. orzeszki ziemne, migdały)
1 szklanka ugotowanej owsianki		4 połówki suszonych moreli	2 plasterki sera żółtego (40 g)	1 średniej wielkości filet z ryby (ok. 100 g)
1/2 szklanki płatków śniadaniowych		1/2 szklanki (125 g) soku owocowego 100%	1 kubek budyniu	3/4 szklanki ugotowanej soczewicy, fasoli, ciecierzycy
1/2 szklanki musli				2 plastry pieczonego mięsa

- 4 (kobieta) **do 6 (mężczyzna) porcji** produktów zawierających węglowodany złożone (najlepiej z mąki z pełnego przemiału).
- Spożywaj **2 porcje owoców i 5 porcji** warzyw każdego dnia.
- Wybieraj **niskotłuszczowe produkty mleczne** – spożywaj 2–3 porcje tego typu produktów codziennie.
- Uwzględnij **chude mięso, drób, ryby, rośliny strączkowe, jajka i orzechy**. Spożywaj 1–2 porcje mięsa lub jego zamiennika każdego dnia.
- Ogranicz spożycie tłuszczów nasyconych, izomerów trans, cholesterolu, soli i cukru.**

Tłuszcze nasycone znajdziesz w mięsie, wędlinach, jajach, mleku, jogurtach, kefirach, serach każdego typu, maśle i innych produktach

pochodzenia zwierzęcego. Wymienione produkty zawierają **dużą ilość cholesterolu**, przez co podnoszą jego poziom we krwi.

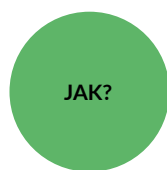
Ilości poszczególnych składników w pożywieniu możesz kontrolować, **czytając etykiety na opakowaniach produktów**.

Izomery trans nienasyconych kwasów tłuszczowych powstają w wyniku przemysłowej obróbki tłuszczów, stanowią wyłącznie źródło kalorii i są bardzo szkodliwe dla zdrowia. Znajdziesz je w **tłuszczach piekarniczych** i produkowanych z ich udziałem wyrobach, np. cukierniczym maśle i niektórych margarynach twardych (kostkowych).

Sól ogranicz do 1 łyżeczki dziennie (5 g). Wybieraj produkty, w których zawartość soli jest **mniejsza niż 120 mg na 100 g produktu**.

Bardziej szczegółowe informacje znajdziesz na stronie **www.izz.waw.pl**.

	Spożywaj	Unikaj
Węglowodany	■ chleb razowy, pełnoziarnisty, graham, chleb chrupki ■ gotowane ziemniaki w umiarkowanych ilościach ■ płatki owsiane tradycyjne ■ mąka razowa do pieczenia ■ razowy makaron, ciemny ryż ■ kasza gryczana ■ otręby do panierki, sałatek ■ ciastka zbożowe, owsiane (od czasu do czasu na deser), kisiel	■ wypieki z dodatkiem cukru, bułki maślane, chleb na miodzie ■ ziemniaki smażone, chipsy ziemniaczane, frytki smażone na tłuszczu, placki ziemniaczane ■ płatki śniadaniowe w miodzie, z czekoladą ■ makaron jasny wielojęzyczny ■ napoje i soki słodzone cukrem, napoje typu cola, lemoniada
Warzywa i owoce	■ praktycznie wszystkie warzywa – jedynie groch, fasolę, groszek zielony konserwowy, kukurydzę spożywaj w umiarkowanych ilościach ■ grejpfruty, jabłka, wiśnie, czereśnie, truskawki, morele, poziomki, pomarańcze, mandarynki, ananasy; umiarkowanie: banany, winogrona, gruszki, porzeczki czarne, owoce suszone	■ gotowane warzywa i surówki z dodatkiem dużej ilości majonezu, śmietany, cukru ■ owoce w syropach, kompoty z cukrem, sałatki owocowe z cukrem, galaretki ze śmietaną i cukrem
Produkty mleczne	■ chude mleko (0,5–1,5%) ■ jogurty, kefiry naturalne o obniżonej zawartości tłuszczu (dodawaj do nich ulubione owoce) ■ lekki serek homogenizowany, twarogowy ziarnisty ■ ser żółty w umiarkowanych ilościach ■ mrożony jogurt z owocami (zamiast lodów) ■ budyń (wybieraj bez dodatku cukru – sam zdecydujesz, czym i ile posłodzisz)	■ mleko pełne (3%) ■ jogurt typu greckiego ■ jogurty, kefiry, maślanki smakowe (mają dużo cukru) ■ ser twarogowy tłusty, topiony, pleśniowy, typu Feta ■ lody
Mięso i ryby	■ chude mięso: cielęcina, królik, kurczak, indyk (obieraj ze skóry) ■ chude wędliny: szynka, polędwica, wędliny drobiowe ■ chude ryby: dorsz, mintaj, flądra, morszczuk ■ jaja na twardo ■ tuńczyk w sosie własnym ■ od czasu do czasu możesz pozwolić sobie na parówki drobiowe, cielęce odtłuszczone, pasztet drobiowy	■ tłuste mięso: wieprzowina, baranina, podroby, gęsi, kaczki ■ tłuste wędliny: salami, bekon, baleron ■ salceson, konserwy mięsne ■ tuńczyk w oleju



Pytanie o to, jak jesz, odwołuje się do już wspomnianej uważności. Poniżej znajdziesz konkretne wskazówki, jak wykorzystać umiejętność uważnego jedzenia z korzyścią dla swojej **ZEP (Zdrowej Energii Psychofizycznej)**.

Kiedy będziesz jeść uważnie, staniesz się świadomy każdego zjadanego kęsa i znacząco ograniczysz bezrefleksyjne jedzenie. To pozwoli Ci delektować się jedzeniem i w pełni czerpać z niego radość, a to z kolei sprawi, że będziesz potrzebował mniejszych ilości, aby poczuć sytość.

1. Zaczynaj być świadomy, że jesz. Bądź uważny na to, **co** jesz, **kiedy** jesz oraz **jak** jesz. Zwracaj

uwagę na to, jaki posiłek/ przekąskę masz przed sobą, czy ten rodzaj żywności jest dobry dla Ciebie i Twojego zdrowia. Przeanalizuj pory, w jakich zjadasz swoje posiłki, czy robisz to regularnie, czy też są to przypadkowe porcje i godziny. I w końcu zastanów się, w jaki sposób zjadasz to, co ma Ci dać energię, czy robisz to w pośpiechu, jedynie niedbale przeżuując kolejne kęsy, czy smakujesz każdy kawałek.

2. Zapytaj siebie: „**dłaczego jem w ten sposób**”? Bez osądzania, po prostu **oceń, co sprawiło**, że znalazłeś się w sytuacji jedzenia.
3. Zaczynaj dokonywać wyborów związanych z jedzeniem na podstawie swoich **osobistych celów i zamiarów** (np. jestem głodny, potrzebuję energii lub nudzi mi się, potrzebuję pocieszenia).
4. Zastanów się nad Twoimi **wrażeniami po jedzeniu**. Czy było satysfakcjonujące? Czy wy-

- bór żywieniowy, którego dokonałeś, przybliżył Cię do Twojego celu, czy od niego oddalił?
5. Decyzje żywieniowe podejmuj z **namysłem**.
 6. Jedz bardziej zmysłowo:
 - Podczas jedzenia **koncentruj się** tylko na nim;
 - Wyeliminuj lub **ogranicz** działanie czynników, które mogą Ci przeszkadzać, kiedy jesz;
 - Zaangażuj wszystkie swoje **zmysły**:
 - **Przeglądaj** się jedzeniu. Ułóż jedzenie na talerzu i **podziwiaj** widok swojego posiłku;
 - Jeszcze nim zaczniesz jeść, poczuj **zapach** jedzenia. Rozpoznawaj w nim różnorodne **aromaty**;
 - **Zwolnij. Smakuj** swoje jedzenie. Obracaj je w ustach. Żuj bardzo dokładnie. **Delektuj się. Rozpoznawaj**, jak smak produktów zmienia się podczas jedzenia;
 - Poczuć **strukturę** jedzenia i to, jak zmienia się ona podczas zjadania.
 7. **Oceń swój głód i uczucie sytości** na skali głodu.

Rozpoznaj swoją skalę głodu i sytości

Przed przystąpieniem do jedzenia posiłku lub przekąski postaraj się ocenić, jak silny jest Twój głód. Pomoże Ci w tym Twoja własna skala głodu i sytości.

Celem korzystania ze **skali głodu i sytości** jest unikanie takich sytuacji, gdy jesteś bardzo głodny oraz zbyt pełny. Jest to ważne ze względów zdrowotnych i zachowania prawidłowych funkcji fizjologicznych naszego organizmu, ale także ze względu na to, aby zapobiegać przedjadaniu się.

Kiedy jesteśmy zbyt głodni, mamy tendencję do zadowalania się czymkolwiek i jedzenia zbyt dużych ilości. Kluczem do używania skali jest powolne jedzenie i delektowanie się każdym kęsem. To daje organizmowi szansę na wystanie sygnału sytości do mózgu, Tobie na odebranie tego sygnału i na zauważenie, jak bardzo jesteś syty, zanim zjesz za dużo.

Jedzenie rozpoczynaj, kiedy fizycznie odczuwasz głód. Percepcja głodu i sytości jest różna dla różnych osób, jednak używanie ogólnego opisu takiego, jak ten poniżej, dostarczy Ci kilku dobrych wskazówek.

Nie doprowadzaj do sytuacji, gdy jesteś zbyt głodny (1–2). **Jedz, gdy jesteś głodny (3) i zakończ jedzenie, kiedy już nie jesteś głodny (5–6).**

1. Czuję głód tak silny, że wywołuje **DRŻENIE**; zjem dużo więcej

2. Czuję się **NAPRAWDĘ GŁODNY**, muszę zjeść natychmiast
3. Jestem **GŁODNY**, burczy mi w żołądku
4. **NIE** jestem **NAJEDZONY, ALE JESZCZE/ JUŻ NIE GŁODNY**
5. Jestem **PRZYJEMNIE NAJEDZONY**, czuję się komfortowo
6. **CZUJĘ SYTOŚĆ**
7. Czuję się **NIEKOMFORTOWO**, jestem powolny, **OSPAŁY**
8. Czuję **DUŻY DYSKOMFORT**, boli mnie żołądek
9. Jestem **NADMIERNIE PEŁNY**
10. Jestem **OBJEDZONY** do bólu



To pytanie dotyczy Twojej aktywności – jak zużywasz energię dostarczoną w pożywieniu? Na co ją wykorzystujesz? Czy dostarczasz swojemu ciału dostatecznie dużo energii potrzebnej do wykonania wszystkich czynności? A może wykorzystujesz jej zbyt mało?

Dlaczego to takie ważne? Ponieważ tylko odpowiednio odżywione ciało i umysł są gotowe na wysiłek, który powinien być dla Ciebie przyjemnością. **Ruch** jest absolutnie **NIEZBĘDNY** do tego, aby prawidłowo dbać o zdrowie i kondycję! Nie można go zastąpić cudowną pigułką, magicznym naparem ani zabiegami kosmetycznymi.

Jeśli Twoim celem jest prawidłowa masa ciała i sprawność psychofizyczna, zadбай o porcję ruchu każdego dnia. Aby ten plan mógł zostać zrealizowany, wystarczy uprawiać umiarkowaną aktywność fizyczną. Umiarkowaną, czyli jaką?

Aktywność wymagana dla zdrowia to tzw. **umiarkowany wysiłek fizyczny** – minimum przez 30 minut dziennie. Nie chodzi tu o jogging do upadłego, dźwiganie ciężarów na siłowni czy mordercze zajęcia fitness.

Aby zacząć dbać o zdrowie, pomyśl o:

- codziennych ćwiczeniach pobudzających krążenie i układ oddechowy;
- rozciąganiu oraz formach relaksacyjnych;
- ćwiczeniach wzmacniających układ krążenia i układ oddechowy.

Wykonywanie ćwiczeń w strefie zdrowego tętna (czyli 70–75 uderzeń na minutę) pozwala na utrzymanie ogólnej sprawności,

a w szczególności sprawności mięśnia sercowego. Umożliwiają to zajęcia ogólnorozwajowe i poprawiające wydolność wszystkich mięśni. Taki trening przyzwyczai Cię do wysiłku, zmniejszy napięcie związane ze stresem, a nawet ograniczy apetyt na słodkie.

Jeśli natomiast chcesz zrzucić nadmiarowe kilogramy, Twój trening powinien odbywać się przy 60–70% maksymalnego tętna. Jogging, szybka jazda na rowerze oraz zajęcia umożliwiające spalanie tkanki tłuszczowej dodatkowo poprawią wydolność krążeniowo-oddechową.

Pamiętaj o dostosowaniu wysiłku do swojego aktualnego stanu zdrowia!

Jak obliczyć swoją **strefę wysiłkową i maksymalne tętno**? Można poprosić o pomoc lekarza – to jest najbezpieczniejsze i zalecane rozwiązanie.

Aby wysiłek fizyczny sprawiał Ci przyjemność:

- wybierz **ulubioną** formę uprawiania sportu (zbiorową lub indywidualną),
- nie zaniedbuj **rozgrzewki** przed i rozciągania mięśni po treningu – unikniesz w ten sposób zakwasów i kontuzji,
- **urozmaicaj** swoje ćwiczenia – będą dla Ciebie atrakcyjniejsze, a Twoje ciało będzie stawać się coraz sprawniejsze,
- **dobierz ćwiczenia do możliwości swojego organizmu** – nie musisz aspirować do wyników sportowców wyczynowych, rozpocznij od tempa i intensywności najbardziej odpowiednich dla siebie, a z czasem sam zobaczysz, że podnoszenie poprzeczki sprawia Ci przyjemność.

Jeśli Twoją motywację zwiększa rywalizacja, towarzystwo kolegów, koleżanki lub nowoczesne technologie (mierzące parametry fizjologiczne, przebiegnięte kilometry itp.), to oczywiście korzystaj z każdego wsparcia, które pomoże Ci nie zaniedbywać codziennych treningów. Najważniejsze, aby aktywność była systematyczna i sprawiała Ci radość.

Przykłady umiarkowanych aktywności fizycznych:

- spacer, marsz;
- nordic walking – spacer z kijkami;
- jazda na rolkach;
- jazda na rowerze (również stacjonarnym);
- joga, pilates;
- gimnastyka w domu;
- taniec (nowoczesny, folkowy, klasyczny, disco);

- tenis stołowy, badminton;
- pływanie rekreacyjne;
- jazda konna;
- praca w ogrodzie;
- prace domowe wymagające wysiłku, np. mycie okien.

Pamiętaj także, że **zmęczenie** to nieodłączny towarzysz treningów.

Co to jest zmęczenie? Można je definiować jako zmniejszenie wydolności do pracy powodowane przez wysiłek. Kontynuacja treningu jest wtedy utrudniona i czujesz zniechęcenie do dalszych ćwiczeń. W tym przypadku warto się zastanowić, jakie są przyczyny zmęczenia. Mogą to być m.in.:

- zbyt duża intensywność ćwiczeń,
- zła technika wykonywania ćwiczeń,
- zbyt duża dawka ćwiczeń – zwłaszcza u początkujących.

Nawet jeśli jednego dnia zdarzy Ci się zrezygnować z ćwiczeń, to nie znaczy, że masz zrezygnować z nich do końca tygodnia! **Opieraj się myśleniu „wszystko albo nic”** – pozwalaj sobie czasami na drobne błędy, ale nie odpuszczaj.

Aktywność fizyczną należy dostosować do aktualnej kondycji i sprawności organizmu, a także pamiętać, że treningi wymagają energii, a więc i dobrej diety. Po poradę, jak się odżywiać w okresie wzmożonej aktywności fizycznej, możesz zwrócić się do dietetyka.

Pamiętaj! Największą krzywdą dla Twojego organizmu jest restrykcyjna dieta i nienaturalny wysiłek fizyczny. Osoby, które zwykle unikały aktywności fizycznej, nie powinny rzucać się na głęboką wodę, ponieważ skutek może być odwrotny do zamierzonego.

Co dalej?

Teraz, kiedy już przeszedłeś **trzy kroki**, zastanów się, jakich zmian chcesz dokonać w swoim stylu życia.

Podsumowując:

Pamiętaj o **3 krokach**, które są niezbędne dla zdrowia: **uświadom** sobie, jakie zagrożenia niesie otyłość, **zaakceptuj** fakty dotyczące Twojej wagi i wreszcie – **przejmij kontrolę!** Jesteś jedyną osobą odpowiedzialną za swój styl życia

i swoje zdrowie. Krótko mówiąc: weź sprawy w swoje ręce!

Korzystaj ze swoich indywidualnych zasobów – **trenuj uważność i zdrowe myślenie**. Tylko poprzez systematyczną praktykę jesteś w stanie nauczyć się nowych umiejętności.

Dbaj o to: **dlaczego, co, jak, jak dużo i kiedy jesz**. Pamiętaj o kole jedzenia i zwracaj uwagę, jakie okoliczności towarzyszą Twoim posiłkom. Komponuj różnorodne posiłki i dbaj o jakość spożywanych produktów.

1/2 h dziennie przeznacz na ruch.

Mnóstwo osób podejmuje decyzję o wielu zmianach jednocześnie i chce jednego dnia porzucić wszystkie swoje niekorzystne nawyki zdrowotne – układu niskokaloryczną dietę i pędzi do klubu fitness. Efekt jest zwykle taki, że tego zapału wystarcza na 3–4 dni...

Zmiana stylu życia nie jest trudna, ale wymaga przygotowania. Niekoniecznie wszystkie zmiany trzeba wprowadzać jednocześnie. Jeśli wyznaczysz sobie realne cele, będzie Ci łatwiej wykonywać kolejne kroki i zwiększysz swoją szansę na sukces.

Co jakiś czas wracaj do **kroku 2** i ponownie odpowiadaj na postawione pytania. Porównuj swoje wyniki. Czy coś się zmieniło?

Na zakończenie proponujemy Ci **zasadę 8U**. Możesz ją powiesić nad biurkiem lub na lodówce.

Zasada 8U

Po 1: Uważność

Przestrzegaj wskazówek dotyczących uważnego jedzenia. Dzięki temu będziesz sięgać po jedzenie wtedy, gdy będziesz głodny, będziesz delectować się każdym kęsem i unikniesz przejadania.

Po 2: Urozmaicenie

Komponując swój jadłospis, każdego dnia staraj się wybierać żywność z różnych grup produktów spożywczych. Najlepiej jeżeli będą one świeże, przetworzone w jak najmniejszym stopniu. Urozmaicenie posiłków pozwoli Ci dostarczyć organizmowi wszystkie niezbędne do funkcjonowania składniki, co zapewni zachowanie zdrowia i pozwoli ustrzec się przed niedoborami.

Po 3: Umiarkowanie

Staraj się jeść zgodnie z potrzebami Twojego organizmu. Jak we wszystkim, również w jedzeniu i piciu należy zachować umiar. Małe porcje nie obciążą przewodu pokarmowego i pozwolą na utrzymanie prawidłowej masy ciała.

Po 4: Uregulowanie

Ta zasada odnosi się do stałej częstotliwości spożywania posiłków (najlepiej **co 3–4 godziny**), ale również do ustalenia optymalnej wielkości posiłków i dbałości o ich jakość. Systematyczne jedzenie poprawi przemianę materii, a także usprawni działanie przewodu pokarmowego. Co ważne, jeżeli organizm będzie się spodziewał dostawy energii o ustalonej porze, przestanie domagać się przegryzek pomiędzy posiłkami. Najlepiej spożywać ok. **5–6 posiłków dziennie**. Ale uwaga! Pamiętaj, że ciastko popite słodkim napojem również należy traktować jak posiłek! Pierwszy posiłek należy zjeść w ciągu 2 godzin po przebudzeniu, a kolację nie później niż 3 godziny przed snem.

Po 5: Umiejętności

Ta zasada dotyczy umiejętnego przyrządzania potraw. Staraj się, aby Twoje posiłki po przygotowaniu były nie tylko smaczne, ale także zachowywały wartości odżywcze. Przekonaj się do pieczenia na ruszcie, grillowania, gotowania, duszenia – zamiast konwencjonalnego smażenia. Unikaj panerek oraz dodatku dużych ilości tłuszczu i soli.

Po 6: Uprawianie sportu

Sport to sprzymierzeniec zdrowia i dobrego samopoczucia: usprawnia przemianę materii i ułatwia uzyskanie zgrabnej sylwetki. Wspomaga pracę układu trawiennego, poprawia nastrój i pozwala utrzymać ciało w świetnej formie. Dodatkowo aktywność fizyczna poprawia humor. Wydzielające się podczas wzmożonej aktywności hormony łagodzą ból oraz zmniejszają poczucie głodu.

Po 7: Unikanie

Unikaj produktów, które mogą wpływać niekorzystnie na prawidłowe funkcjonowanie organizmu, a więc nadmiaru: tłuszczów (nie powinny dostarczać więcej niż 25–30% energii w całodzienniej diecie); cukru (nie powinien dostarczać więcej niż 10% energii); soli (niewskazane spożycie więcej niż 5 g dziennie); alkoholu. Zrezygnuj z wysoko przetworzonej żywności, cukrów

prosty (ciastka, cukierki) i słodzonych soków. Pamiętaj również o unikaniu stresu i pośpiechu!

Po 8: Uśmiechnij się!

Osoby życzliwe i uśmiechnięte łatwiej znoszą zmiany, również te dotyczące sposobu żywienia. Pozytywne emocje wspomagają

redukcję masy ciała – łatwiej nam przestrzegać zaleceń dietetycznych.

Opracowanie:

Anna Najder,

Adrianna Potocka

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

Rehabilitacja amazeonek w ramach prewencji rentowej ZUS na przykładzie sanatorium SANVIT w Iwoniczu-Zdroju

W Polsce od lat wzrasta liczba kobiet chorujących na raka piersi, które pobierają z tego powodu świadczenia rehabilitacyjne i renty z tytułu niezdolności do pracy. Jest to coraz poważniejszy problem społeczny, wiąże się z nim też obciążenie finansowe dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Do ustawowych zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) należy m.in. prowadzenie prewencji rentowej. Prewencja rentowa obejmuje przede wszystkim rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych niezdolnością do pracy oraz osób uprawnionych do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego, które przysługują z tytułu choroby. Rehabilitacja odbywa się w systemie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym i dotyczy m.in. kobiet po mastektomii. Prowadzą ją ośrodki rehabilitacyjne mające umowy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych na zasadach określonych prawem oraz zawartych w umowie. Jednym z takich ośrodków jest sanatorium uzdrowskie SANVIT w Iwoniczu-Zdroju. Celem artykułu jest przedstawienie podstaw prawnych i przebiegu rehabilitacji leczniczej o charakterze stacjonarnym dla kobiet po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego.

Wprowadzenie

Nowotwory złośliwe stanowią w Polsce drugą najczęstszą przyczynę zgonów. U kobiet najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym jest nowotwór gruczołu piersiowego (rak piersi). Rak piersi to nowotwór złośliwy

powstający z komórek gruczołu piersiowego, który rozwija się miejscowo w piersi oraz daje przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych. Przyczyny powstawania raka piersi są nadal nieznane, ale istnieje wiele zidentyfikowanych czynników, które zwiększają ryzyko jego wystąpienia. Za najistotniejszy czynnik ryzyka uważa się wiek, bowiem ryzyko zachorowania na raka piersi u obu płci

wzrasta wraz z wiekiem. Wśród kobiet przed 45. rokiem życia występuje on rzadko, a większość zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia (około 80%)¹. Około 5–10% nowotworów piersi ma charakter dziedziczny, pozostałe nowotwory powstają w wyniku samorzutnych mutacji (przemian genów) w ciągu całego życia. Prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wśród kobiet wzrasta wraz z liczbą krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka), u których wykryto ten nowotwór, zwłaszcza w młodym wieku. Do czynników ryzyka należą także m.in. wczesny wiek pierwszej miesiączki oraz późna menopauza. W Polsce rak piersi jest od kilku lat drugą po raku płuca przyczyną zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe wśród kobiet.

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów rak piersi rozpoznawany jest u około 22% kobiet, wśród których diagnozowane są wszystkie nowotwory złośliwe rocznie. Jest to najczęściej rozpoznawany nowotwór złośliwy u kobiet. Jeśli chodzi o rozmieszczenie geograficzne, najwięcej zachorowań na raka piersi wśród kobiet notuje się w województwach mazowieckim i śląskim. Nie można zapominać, że rak gruczołu piersiowego rozpoznawany jest także u mężczyzn. Rak piersi najczęściej występuje u kobiet, jednakże na sto nowych zachorowań na ten typ nowotworu jedno dotyka mężczyznę. Jest to przypadek rzadki i stanowi około 1% wszystkich zachorowań na raka piersi. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe piersi w Polsce wynosiła w 2010 r. prawie 16 000, a w 2013 r. już ponad 17 000², podczas gdy w roku 1990 było to około 6500 przypadków, zaś w 2000 r. – około 11 000. W ostatnich latach widoczny jest ewidentny wzrost liczby zachorowań. W Polsce rak piersi rozpoznawany jest najczęściej u kobiet w wieku 50–69 lat. Rośnie jednak liczba przypadków diagnozowanych u kobiet młodszych. W świetle danych z 2013 r. (ostatnich dostępnych) zachorowalność na raka piersi u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20–49 lat) wzrosła w ciągu ostatnich trzech dekad około 1,7 razy. Oznacza to, że rak piersi coraz częściej dotyka kobiet w pełni aktywnych w życiu zawodowym, rodzinnym i społecznym. Rak piersi powoduje

negatywne skutki społeczne, a także zmienia sytuację ekonomiczną chorującej kobiety i jej rodziny. Z chorobą wiążą się bowiem koszty związane z leczeniem oraz utracone dochody gospodarstw domowych wynikające z niezdolności chorej do pracy czy też niemożliwości wykonywania pracy przez innych członków rodziny z powodu opieki nad pacjentką.

Leczenie raka piersi określa się mianem skojarzonego, czyli takiego, które łączy metody chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię oraz hormonoterapię. Charakter leczenia zależy od etapu choroby, stopnia jej złośliwości oraz wieku chorej kobiety. Zabieg chirurgiczny usunięcia raka piersi może mieć charakter oszczędzający (usunięcie samego guza) lub radykalny (usunięcie piersi – mastektomia). Po zabiegu stosuje się radioterapię i chemioterapię, przy czym ta ostatnia może być przyjmowana przed, w trakcie i po operacji.

Kobiety, które są lub były leczone z powodu raka piersi, wymagają także różnych form wsparcia – rehabilitacji i świadczeń pieniężnych, w tym rentowych, wypłacanych ze środków pochodzących z FUS. Przykładowo liczba ubezpieczonych, którym w roku 2013 wystawiono choć jedno zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy z tytułu nowotworu złośliwego sutka, wyniosła 11,8 tys., a przeciętna długość absencji w ciągu roku z powodu tej choroby wyniosła 82,75 dnia. Wśród osób przebywających w roku 2013 na zwolnieniu w związku z nowotworem złośliwym sutka przeważały kobiety. Nowotwór złośliwy sutka był przyczyną wydania 1646 orzeczeń pierwszorazowych o przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy³.

Rak piersi stanowi poważny problem ekonomiczny i społeczny związany z kosztami leczenia, koniecznością zapewnienia świadczeń z tytułu choroby oraz niezdolnością do pracy. Choroba dotyka w dużej części kobiety pracujące, z których znaczna część chce lub może pracować. Osoby takie wymagają jednakże rehabilitacji zarówno leczniczej, jak i społecznej. Wydaje się, że jednym ze sprzyjających i efektywnych rozwiązań systemowych jest dla nich rehabilitacja w ramach tzw. prewencji rentowej, organizowana i finansowana przez ZUS. ZUS ma wiele ustawowych zadań, a jednym z nich jest prowadzenie prewencji rentowej. Prewencja

¹ <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet> (10.05.2019).

² <http://onkologia.org.pl/nawotwory-piersi-kobiet> (10.05.2019).

³ <https://www.pexps.pl/files/upload/files/Rak-piersi-w-Polsce.pdf> (10.05.2019).

rentowa związana jest ze wzrostem liczby osób czynnych zawodowo, które z powodu choroby tracą zdolność do pracy zarobkowej i pobierają z tego tytułu renty. Wzorem innych państw ZUS od 1996 r. wprowadził nowy kierunek działań w systemie ubezpieczenia społecznego – rehabilitację w ramach prewencji rentowej. Rehabilitacja przed rentą służy poprawie stanu zdrowia lub przywróceniu do pracy zawodowej⁴. Rocznie z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS korzysta około 80 tysięcy osób. Wspomniana rehabilitacja prowadzona jest także w uzdrowiskach. W polskiej literaturze mianem uzdrowiska określa się miejscowość, którą charakteryzują klimat i warunki środowiskowe o właściwościach leczniczych, zasobną w naturalne tworzywa lecznicze (wody, torfy), wyposażoną w budynki (o funkcjach hotelowych, żywieniowych, zabiegowych) i odpowiednie urządzenia (m.in. pijalnie, tężnie) umożliwiające działalność leczniczą i wypoczynkową. W Polsce jest obecnie 45 uzdrowisk statutowych. Uzdrowiska występują we wszystkich strefach krajobrazowych Polski, a najwięcej ich jest w górach. Niektóre uzdrowiska, jak Iwonicz-Zdrój na Podkarpaciu, specjalizują się w przyjmowaniu kuracjuszy kierowanych na rehabilitację z ZUS⁵.

Celem artykułu jest przedstawienie podstaw prawnych i przebiegu rehabilitacji leczniczej o charakterze stacjonarnym dla kobiet po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego (zwanych w artykule amazonkami) w ramach prewencji rentowej finansowanej przez ZUS. Analizy dokonano na przykładzie działalności sanatorium uzdrowiskowego Centrum Promocji Zdrowia SANVIT Sp. z o.o. w Iwoniczu-Zdroju (zwanego w skrócie sanatorium SANVIT). Badania zostały przeprowadzone przez autorkę w maju 2019 r. w sanatorium uzdrowiskowym Centrum Promocji Zdrowia Sp. z o.o. SANVIT w Iwoniczu-Zdroju. Powyższy ośrodek ma obecnie podpisane umowy z ZUS na prowadzenie usług rehabilitacyjnych w systemie stacjonarnym dla osób po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, a także osób ze schorzeniami narządu

ruchu. Sanatorium ma kilkuletnie doświadczenie w zakresie rehabilitacji amazoнок. Autorka zastosowała w niniejszej pracy następujące metody badawcze: analizę aktów normatywnych, badania terenowe w ośrodku rehabilitacyjnym oraz analizę danych i dokumentacji uzyskanych w ośrodku rehabilitacyjnym.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej jako zadanie ZUS

Zgodnie z art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2019 r. poz. 300) do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy prowadzenie prewencji rentowej obejmującej:

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

W ramach prewencji rentowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- 1) kieruje do ośrodków rehabilitacyjnych ubezpieczonych i osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy,
- 2) może tworzyć i prowadzić własne ośrodki rehabilitacyjne,
- 3) udziela zamówień na usługi rehabilitacyjne w innych ośrodkach,
- 4) prowadzi we własnym zakresie badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy,
- 5) może zamawiać przeprowadzanie przez inne podmioty badań naukowych dotyczących przyczyn niezdolności do pracy oraz metod i rozwiązań zapobiegających niezdolności do pracy,

⁴ A. Wilmowska, *Rehabilitacja lecznicza w prewencji rentowej ZUS* [w:] I. Ponikowska, *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego*, Toruń 2012, s. 153.

⁵ Por. M. Paszkowska, *Umowa z ZUS w ramach prewencji rentowej jako źródło finansowania sanatorium uzdrowiskowego*, „Przedsiębiorstwo & Finanse” 2017, nr 3 (18).

6) może finansować inne działania dotyczące prewencji rentowej.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych od lat realizuje program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Celem rehabilitacji medycznej jest zapobieganie obniżeniu zdolności do zarobkowania bądź poprawa lub przywrócenie tej zdolności osobom ubezpieczonym⁶. Rehabilitacja prowadzona jest w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS i polega na kompleksowym oddziaływaniu za pomocą procedur diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych i psychologicznych, połączonym z edukacją zdrowotną. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i wobec których istnieje jednocześnie szansa na odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego (dlatego też stosunkowo krótki jest okres oczekiwania pacjenta na rehabilitację).

Wniosek o przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej może wystawić na dowolnym formularzu każdy lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, bez względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (przychodnia, szpital), także w ramach prywatnej praktyki zawodowej lekarskiej. ZUS na swej stronie pomocniczo publikuje wzór wniosku dla lekarza⁷. Osoba, której ten wniosek dotyczy (np. amazonka), składa go w odpowiedniej jednostce terenowej ZUS.

Lekarz orzecznik ZUS orzeka o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego oraz rencisty, dla którego lekarz prowadzący sporządził wniosek o rehabilitację leczniczą, jeżeli pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji. Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o potrzebie rehabilitacji leczniczej stanowi podstawę do skierowania przez Zakład na rehabilitację leczniczą ubezpieczonego albo rencisty.

Lekarz orzecznik albo komisja lekarska ZUS mogą orzec o potrzebie rehabilitacji leczniczej także przy orzekaniu o niezdolności do

pracy do celów rentowych albo o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Lekarz może wystawić wniosek o rehabilitację w trakcie wystawiania zwolnienia elektronicznego (e-ZLA) na Platformie Usług Elektronicznych ZUS. Taki wniosek lekarz przesyła elektronicznie do ZUS. Ponadto lekarz orzecznik ZUS może również orzec o potrzebie rehabilitacji leczniczej podczas kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich.

ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w odniesieniu do następujących profili rehabilitacji:

- 1) w systemie stacjonarnym (pobyt całonocowy w ośrodku rehabilitacyjnym) w przypadku schorzeń:
 - a) narządu ruchu,
 - b) narządu ruchu po wypadku (wczesna rehabilitacja powypadkowa),
 - c) układu krążenia,
 - d) układu oddechowego,
 - e) psychosomatycznych,
 - f) onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego,
 - g) narządu głosu;
- 2) w systemie ambulatoryjnym w przypadku schorzeń:
 - a) narządu ruchu,
 - b) układu krążenia, w tym monitorowanego telemedycznie⁸.

Kwestię kierowania na rehabilitację leczniczą i udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne określa szczegółowo rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. z 2019 r. poz. 277).

Od 2010 r. ZUS realizuje program rehabilitacji dla kobiet po mastektomii⁹. Celem programu jest wspomaganie procesu dochodze-

⁶ A. Wilmonska, *op. cit.*

⁷ www.zus.pl/wzory-formularzy/prewencja-i-rehabilitacja/wnioski-dla-ubezpieczonych/-/publisher/details/1/wniosek-pr-4/PR_4 (9.05.2019).

⁸ www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus (9.05.2019).

⁹ www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus/-rehabilitacja-dla-kobiet-po-mastektomii (9.05.2019).

nia kobiet do pełnej sprawności, a w efekcie umożliwienie im powrotu do pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym. Program rehabilitacji jest kompleksowy i obejmuje ćwiczenia oraz zabiegi fizykalne, oddziaływania psychologiczne, edukację zdrowotną i promocję zdrowia. Rodzaj i liczba zabiegów są dostosowane do indywidualnych możliwości i potrzeb osoby skierowanej na rehabilitację. Jako że ZUS nie posiada własnych ośrodków, zawiera umowy na konkretne programy rehabilitacji (np. amazonek) z ośrodkami rehabilitacyjnymi znajdującymi się w uzdrowiskach, a także miejscowościach niebędących uzdrowiskami. W 2019 r. na Podkarpaciu ZUS współpracował w zakresie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej amazonek z dwoma uzdrowiskami, tj. w Iwoniczu-Zdroju i Rymańowie-Zdroju. Natomiast w całej Polsce jest tylko 5 takich ośrodków rehabilitacyjnych (z czego po jednym w Drezdenku, Inowrocławiu i Iwoniczu-Zdroju oraz dwa w Rymańowie-Zdroju)¹⁰.

Zabieg mastektomii jest wykonywany w leczeniu raka piersi i polega na całkowitej bądź częściowej amputacji (chirurgicznym usunięciu) jednej lub obu piersi. Amputacja piersi jest zawsze ogromnym przeżyciem dla pacjentek. Skutkami mastektomii mogą być: zaniki mięśniowe, obrzęk limfatyczny, zmniejszenie wydolności oddychania i układu krążenia, ograniczenie ruchomości w okolicach klatki piersiowej i stawów kończyny górnej, zrosty i blizny oraz zaburzenia symetrii ciała. Istotnym elementem umożliwiającym skuteczny powrót do pełnej sprawności psychofizycznej po przebytych zabiegach jest rehabilitacja po mastektomii. Głównymi celami rehabilitacji leczniczej po mastektomii są:

- a) zwiększenie lub poprawa zakresu ruchów w stawach kończyny górnej po stronie operowanej i obręczy tej kończyny,
- b) zapobieganie zastojom chłonnicy w kończynie i okolicznych tkankach,
- c) zwiększenie siły mięśni kończyny górnej po stronie operowanej,
- d) zwalczanie obrzęku limfatycznego,
- e) zmniejszenie dolegliwości bólowych,

- f) korygowanie zmian postawy powstałych w wyniku usunięcia piersi,
- g) uzyskanie optymalnej adaptacji pacjentki do zmienionych warunków życia poprzez oddziaływanie na psychikę chorej,
- h) poprawa komfortu życia pacjentki¹¹.

Powyższe cele powinny być realizowane w ośrodku rehabilitacyjnym.

Charakterystyka ośrodka rehabilitacyjnego na przykładzie sanatorium SANVIT

Jeden z nielicznych w Polsce ośrodków rehabilitacyjnych zajmujących się rehabilitacją amazonek w ramach prewencji rentowej na podstawie umowy z ZUS znajduje się w Iwoniczu-Zdroju. Jest nim Centrum Promocji Zdrowia SANVIT Sp. z o.o. zwane w skrócie w niniejszym artykule sanatorium SANVIT lub sanatorium. Iwonicz-Zdrój położony jest na południu województwa podkarpackiego, w odległości ok. 20 km od Krosna, wśród lasów Beskidu Niskiego. Miasto leży w regionie bioklimatycznym o klimacie umiarkowanie bodźcowym. Z budową geologiczną Iwonicza-Zdroju ściśle łączy się występowanie licznych surowców mineralnych. Są to złoża ropy naftowej, gazu ziemnego, a przede wszystkim wód mineralnych. Iwonicz-Zdrój należy do najstarszych polskich uzdrowisk (wzmianki o tutejszych wodach pochodzą już z 1520 r.), jest też największym podkarpackim uzdrowiskiem. Kierunki lecznicze uzdrowiska (leczzone schorzenia) obejmują: choroby neurologiczne, ortopedyczne, reumatologiczne, laryngologiczne, gastrologiczne i dermatologiczne. Oprócz specyficznego mikroklimatu uzdrowisko Iwonicz ma bogate złoża mineralnych wód leczniczych¹².

¹⁰ https://www.zus.pl/documents/10182/167791/Wykaz_o%C5%9Brodk%C3%B3w_2019_03_13/6469a887-5222-fd0a-1e13-ffcc12ae71a1 (9.05.2019).

¹¹ <http://publicznecentraonkologii.pl/pacjent/rehabilitacja-po-mastektomii> (11.05.2019).

¹² Por. M. Paszkowska, *Uzdrowiska w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2017.

Centrum Promocji Zdrowia SANVIT Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie prowadzi działalność od 13 sierpnia 2002 r.¹³ Do spółki należą dwa zakłady lecznictwa uzdrowiskowego – sanatoria w Iwoniczu i Ciechocinku (oddziały spółki), a ponadto hotele w Okuninie i Sanoku. Poza sanatorium w Iwoniczu-Zdroju spółka posiada także obiekt sanatoryjny w Ciechocinku przy ulicy Staszica 8¹⁴, jednakże tam nie są prowadzone turnusy dla pacjentów z ZUS (jedynie turnusy NFZ oraz komercyjne).

Sanatorium w Iwoniczu-Zdroju jest podmiotem leczniczym wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę mazowieckiego. Usytuowany przy ulicy ks. Rąba 1 budynek sanatorium SANVIT w Iwoniczu-Zdroju położony jest malowniczo na wzgórzu. Składa się z jednego dużego obiektu o siedmiu kondygnacjach, w którym jest około 200 miejsc noclegowych¹⁵. Budynek przystosowany jest dla osób z niepełnosprawnością. Sanatorium dysponuje własną kuchnią, w której pacjenci mogą ustalić indywidualną dietę. Cała baza hotelowa i gastronomiczna (jadalnia, kawiarnia z ogródkiem zewnętrznym) znajdują się w jednym budynku. Na miejscu w tym samym budynku znajduje się też cała baza zabiegowa, a także – co wyróżnia ośrodek spośród innych – basen rehabilitacyjny o długości 12,5 metra. Ponadto od 2019 r. ośrodek posiada minibasen solankowy z hydromasażem oraz 2 nowe sauny – suchą i parową. W związku ze środkami finansowymi otrzymanymi z projektu „Rozwój lecznictwa uzdrowiskowego CPZ SANVIT Sp. z o.o.” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014–2020 obiekt przechodzi modernizację od 2018 r. W szczególności poprawiła się jakość bazy hotelowej – wyremontowano część pokoi, jadalnię oraz część bazy zabiegowej, a także zakupiono nowe sprzęty rehabilitacyjne (w tym urządzenie do ozonoterapii i masażu membranowego). Ponadto do końca 2019 r. ma zostać uruchomiona także kriosaua, a na zewnątrz budynku siłownia i tężnia.

¹³ <http://sanvit.pl/o-spolce> (11.05.2019).

¹⁴ Por. <http://ciechocinek.sanvit.pl>.

¹⁵ Por. <http://iwonicz-zdroj.sanvit.pl>.

Baza zabiegowa sanatorium SANVIT obejmuje:

- duży gabinet fizykoterapii (z 15 wyodrębnionymi stanowiskami zabiegowymi do elektroterapii, laseroterapii, magnetoterapii, ultradźwięków oraz światłolecznictwa) i mały gabinet fizykoterapii,
- 2 sale do kinezyterapii,
- 3 stanowiska do ćwiczeń w odciążeniu UGUL,
- 1 stanowisko do ćwiczeń Redcord,
- 5 stanowisk z cykloergometrem,
- 1 stanowisko orbitrek,
- 2 stanowiska rotor do terapii kończyn górnych,
- 2 stanowiska do ćwiczeń kończyn dolnych,
- 3 stanowiska do ćwiczeń samowspomaganych i czynnych wolnych kończyn górnych,
- lustro korekcyjne,
- 3 stanowiska do ćwiczeń manualnych – stoliki i tablice, piłeczki, trenery dłoni, taśmy, kształtki, ciężarki,
- 3 stanowiska do ćwiczeń indywidualnych kręgosłupa i kończyn – materace, drabinki, piłki, taśmy, ciężarki, trenery równowagi,
- 2 stanowiska do masażu pneumatycznego BOA, gabinet z łóżkiem do masażu membranowego oraz stanowisko z urządzeniem do suchych kąpiei ozonowych i kwasowęglowych,
- 2 stanowiska do krioterapii miejscowej,
- 1 salę do gimnastyki zbiorowej (10 stanowisk wyposażonych w materace, drabinki, ciężarki, drążki, piłki duże, małe i lekarskie oraz taśmy),
- 3 gabinety masażu, gabinet inhalacji, gabinet termoterapii, a także dział hydroterapii (kąpiele solankowe, borowinowe, perełkowe, hydromasaż, wirówki do rehabilitacji kończyn górnych i dolnych).

Ponadto w sanatorium znajduje się siłownia i basen o wymiarach 12,5 na 7 metrów, w którym odbywa się gimnastyka grupowa i indywidualne pływanie, oraz minibasen solankowy z hydromasażem (siedmioosobowy). Pacjenci z ZUS (amazonki) mają zajęcia z automasażu, zajęcia relaksacyjne, z zakresu psychoedukacji oraz spotkania grupy wsparcia z psychologiem.

Sanatorium posiada także własny salon fryzjerski i kosmetyczny. Bezpośrednio przed budynkiem usytuowany jest wygodny parking z wyznaczonymi miejscami dla osób z niepełnosprawnością. Obok budynku jest zielony teren

rekreacyjny (m.in. z wiatą ogniskową, ławkami i leżakami).

Oferta sanatorium SANVIT w zakresie pobyków obejmuje:

- 1) leczenie uzdrowskowe sanatoryjne dorosłych świadczeniobiorców na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 2) rehabilitację leczniczą stacjonarną w ramach prewencji rentowej na podstawie umowy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (amazonki i pacjenci ze schorzeniami narządu ruchu),
- 3) turnusy rehabilitacyjne,
- 4) pobyty komercyjne lub pełnopłatne (wypoczynkowe, lecznicze, profilaktyczne).

Od 2016 r. do sanatorium przyjeżdżają na turnusy komercyjne grupy amazoнок z regionalnych stowarzyszeń (m.in. z Rzeszowskiego Klubu Amazonka, Wodzisławskiego Stowarzyszenia Amazoнок, Jarosławskiego Stowarzyszenia Amazoнок). Natomiast od 2018 r. organizowane są dodatkowo turnusy dla amazoнок kierowanych na rehabilitację przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej. Aktualnie sanatorium SANVIT obowiązują dwie umowy z ZUS na rehabilitację kobiet po mastektomii, na podstawie których organizowanych jest rocznie 28 turnusów. Trwają one 24 dni i każdorazowo uczestniczy w nich 20 osób.

Uczestnicy turnusów

Zgodnie z zawartą umową sanatorium SANVIT w latach 2019–2021 ma zorganizować osiemdziesiąt cztery turnusy trwające 24 dni, dla 20 osób w każdym turnusie.

Osoba ze skierowaniem z ZUS po przybyciu do SANVITU zgłasza się w recepcji, gdzie odbywa się zakwaterowanie i przekazanie informacji o dalszej procedurze. Podlega ona wywiadowi pielęgnarskiemu oraz wstępnym badaniom lekarskim. Na ich podstawie lekarz zleca zabiegi, które następnie są planowane przez kierownika działu rehabilitacji.

W badanym okresie (od 14 kwietnia do 7 maja 2019 r. oraz od 15 kwietnia do 8 maja 2019 r.) w turnusie rehabilitacyjnym uczestniczyło 29 kobiet. Rozpiętość wieku wynosiła od 31 do 58 lat. Średnia wieku wynosiła

zatem ok. 50 lat. Wśród pacjentek znajdowało się 12 pracowników umysłowych (wśród wykonywanych zawodów przeważały ekonomistki i nauczycielki) i 17 fizycznych. W trakcie turnusu na zwolnieniu lekarskim przebywało 12 osób, 10 osób korzystało ze świadczenia rehabilitacyjnego, a 7 z innej formy. Pacjentki zostały skierowane na rehabilitację przez różne oddziały ZUS, przede wszystkim z Sosnowca, Chorzowa oraz Krakowa. Część uczestniczek (ok. 25%) była na turnusie rehabilitacji ZUS już drugi lub trzeci raz.

Wymogi dla ośrodka rehabilitacyjnego i ich spełnienie

ZUS udziela zamówienia na usługi rehabilitacyjne na rzecz ubezpieczonych oraz rencistów innym ośrodkom rehabilitacyjnym niż własne wyłącznie po przeprowadzeniu konkursu ofert. Komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszych ofert spośród tych, które spełniły wymagania dla ośrodków rehabilitacyjnych. Umowa o prowadzenie usług rehabilitacyjnych może być zawarta na okres nie dłuższy niż 3 lata. W praktyce ZUS nie dysponuje własnymi ośrodkami rehabilitacyjnymi i prowadzi rehabilitację leczniczą na podstawie umów zawieranych z krajowymi ośrodkami rehabilitacyjnymi, które spełniają określone przez Zakład wymagania prawne, kadrowe, lokalowe i medyczne. Umowa o prowadzenie usług rehabilitacyjnych zawarta z ośrodkiem rehabilitacyjnym zawiera:

- 1) zobowiązanie ośrodka do zwrotu ubezpieczonym oraz rencistom kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem oraz ich rozliczenia z Zakładem (zwrot kosztów obejmuje przejazd tylko najtańszym środkiem komunikacji z uwzględnieniem przysługujących ulg na przejazd; koszty przejazdu są refundowane przez ZUS na podstawie wystawionej przez ośrodek noty obciążeniowej wraz z wykazem osób, którym zwrócono koszty),
- 2) zobowiązanie ośrodka do przekazania Zakładowi w określonym terminie informacji o rehabilitacji leczniczej, w zakresie określonym umową,
- 3) zobowiązanie ośrodka rehabilitacyjnego do poddania się kontroli Zakładu w zakresie

świadczonych usług rehabilitacyjnych (kontrola możliwa jest w każdym czasie i bez uprzedniego powiadomienia, obejmuje ona przede wszystkim spełnianie wymagań personalnych i rzeczowych oraz dokumentowanie procesu i wyników rehabilitacji, a także prawidłowość rozliczeń),

4) klauzulę o możliwościach jej rozwiązania.

Powyższa umowa określa także m.in. wymiar czasu dotyczący udzielania świadczeń zdrowotnych przez wymaganą kadrę medyczną (m.in. ordynator, asystent, psycholog, fizjoterapeuta) oraz liczbę turnusów w danym roku wraz z liczbą miejsc. Ośrodek ma obowiązek ponoszenia opłaty uzdrowiskowej za pacjentów ZUS, jednakże jest ona potem refundowana przez ZUS.

Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym powinna trwać 24 dni. Ten czas może być przedłużony lub skrócony przez ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego, po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu, w przypadku:

- 1) pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy przez ubezpieczonego albo rencistę w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji,
- 2) wcześniejszego przywrócenia ubezpieczonemu albo renciście zdolności do pracy,
- 3) zaistnienia innych przyczyn leżących po stronie ubezpieczonego albo rencisty.

ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego albo rencisty, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem. Stawka płacona przez ZUS ośrodkom rehabilitacyjnym (określana w umowach jako cena pobytu) obejmuje całkowity koszt rehabilitacji leczniczej łącznie z kosztami zakwaterowania i wyżywienia (przy formie stacjonarnej).

Szczególne wymagania dla ośrodka rehabilitacyjnego dotyczą przede wszystkim warunków zakwaterowania, odpowiedniego personelu, a także odpowiednich pomieszczeń i ich wyposażenia związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W zakresie zakwaterowania w ramach programu rehabilitacji leczniczej po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego w systemie stacjonarnym (turnus dla 20 osób) według jednej umowy ZUS wymaga, aby co najmniej 1 pokój dostosowany był do osób

poruszających się na wózkach inwalidzkich, co najmniej 3 łóżka znajdowały się w pokojach jednoosobowych (łącznie ośrodek ma zapewnić 4 pokoje jednoosobowe), zaś 16 łóżek było umieszczonych w pokojach dwuosobowych (powierzchnia pokoi powinna wynosić co najmniej 10 m²). W ramach każdej umowy SANVIT zapewnia amazonkom 1 pokój dostosowany dla osób poruszających się na wózkach, 16 miejsc w pokojach dwuosobowych i 3 miejsca w pokojach jednoosobowych. Wszystkie pokoje są wyposażone w pełen węzeł sanitarny.

Natomiast w zakresie personelu wymagane jest przez ZUS zatrudnienie co najmniej jednego lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub onkologii klinicznej oraz co najmniej trzech magistrów fizjoterapii i co najmniej dwóch masażyści. Ponadto wymagane jest zatrudnienie psychologa ze specjalizacją kliniczną (ew. w trakcie specjalizacji) z co najmniej 5-letnim stażem klinicznym. W SANVICIE zatrudniony jest ordynator posiadający specjalizację z rehabilitacji medycznej i medycyny chorób wewnętrznych oraz 7 lekarzy specjalistów o następujących specjalizacjach: rehabilitacja medyczna – 3 osoby, balneologia i medycyna fizykalna – 1 osoba, neurologia – 3 osoby, reumatologia – 1 osoba, choroby wewnętrzne – 2 osoby. Sanatorium zatrudnia 16 fizjoterapeutów (w tym 11 ze stopniem magistra), 3 masażyści, jednego psychologa i dietetyka.

W sanatorium znajdują się 2 wymagane gabinety lekarskie i dyżurka pielęgniarska, a także 2 gabinety psychologa. Ponadto zgodne z wymogami co do rodzaju i liczby stanowiska zabiegowe (w tym UGUL-e, urządzenia do masażu wirowych, krioterapii oraz stanowiska do kinezyterapii i masażu), a także sala dla grupy wsparcia (20 miejsc). Obowiązkiem ośrodka rehabilitacyjnego jest zapewnienie codziennego dostępu do lekarza prowadzącego leczenie i zagwarantowanie całodobowej stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w obiekcie, w którym zakwaterowane są osoby skierowane przez ZUS. Kolejny wymóg to zatrudnienie pielęgniarek w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki nad osobami skierowanymi z ZUS (w SANVICIE zatrudnionych jest 5 pielęgniarek). Ośrodek musi zapewnić wstępne, kontrolne i końcowe badania lekarskie oraz wstępne i końcowe badania wykonywane przez fizjoterapeutę. Do obowiązków ośrodka należy także zapewnienie edukacji zdrowotnej

w określonym tematycznie zakresie (tematy obejmują m.in. czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika, zasady prawidłowego żywienia).

Zgodnie z zawartą umową podstawowym wymogiem dla ośrodka rehabilitacyjnego jest realizowanie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej ukierunkowanego na leczenie choroby będącej podstawą do skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących, przez 6 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym – przed południem. Program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8.30. Pacjenci mają prawo do co najmniej 5 zabiegów leczniczych dziennie (w soboty co najmniej 3). Ponadto raz dziennie przez 5 dni w tygodniu powinni mieć zajęcia z zakresu automasażu limfatycznego.

W trakcie opisywanego w niniejszej publikacji turnusu zlecono i zrealizowano m.in. następujące zabiegi: nauka automasażu, ćwiczenia w basenie, ćwiczenia zbiorowe, ćwiczenia indywidualne, drenaż limfatyczny, masaż ręczny, masaż pneumatyczny, hydromasaż, kąpiel wirowa kończyn górnych, kąpiel wirowa kończyn dolnych, krioterapia miejscowa, inhalacje indywidualne. Ponadto pacjentki miały zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej, grupę wsparcia (z psychologiem), psychoedukację oraz zajęcia z relaksacji. Do najczęściej wykonywanych zabiegów należała kinezyterapia indywidualna, zbiorowa oraz w basenie, a także kąpiel wirowa kończyn górnych. Zabiegi odbywały się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.30 do 20.00, a w sobotę od 8.30 do 12.30. Amazonki miały średnio około 98 zabiegów w trakcie turnusu.

Sprawnemu planowaniu zabiegów i ich realizacji sprzyja w SANVICIE specjalistyczny program komputerowy. Lekarze wpisują do systemu zabiegi i dodatkowe uwagi. Fizjoterapeuci widzą na swoim monitorze imię i nazwisko pacjenta, godzinę i rodzaj zabiegu, mają także możliwość potwierdzenia odbycia zabiegu.

Pacjenci kierowani na rehabilitację przez ZUS otrzymują trzy posiłki dziennie (śniadanie, obiad i kolację), mają również możliwość przygotowania ciepłych napojów w pokojach.

Sanatorium SANVIT posiada własną kuchnię przygotowującą bardzo smaczne domowe i urozmaicone posiłki. Na podstawie zlecenia lekarza pacjenci mogą skorzystać z różnego rodzaju diet, w tym lekkostrawnej, cukrzycowej oraz redukcyjnej. Posiłki dla amazoнок muszą odpowiadać normom dla osób ze schorzeniami onkologicznymi.

Dodatkowo dla swoich kuracjuszy sanatorium bezpłatnie organizuje bogaty program kulturalno-oświatowy obejmujący spacer z licencjonowanym przewodnikiem, ogniska z pieczeniem kiełbasy, wieczorki taneczne, warsztaty tematyczne (np. kosmetyczno-fryzjerskie i taneczne) oraz koncerty.

Podsumowanie

Ze względu na częstość występowania raka piersi jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnych Polek. Co roku zwiększa się liczba żyjących chorych, u których zdiagnozowano raka piersi. Zachorowanie na raka piersi wpływa na zdolność do wykonywania pracy zawodowej, a koszty leczenia i opieki stanowią duże obciążenie zarówno dla domowego budżetu, jak i środków publicznych. Choroba powoduje też konieczność wypłaty świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego. Poczucie stygmatyzacji, obniżonej jakości życia oraz niepewna perspektywa na przyszłość sprawiają, że kobieta chorująca na raka piersi często ogranicza udział w życiu społecznym i zawodowym lub całkowicie się z niego wycofuje. Kompleksowe postępowanie po zabiegu mastektomii powinno obejmować opiekę lekarską, fizjoterapeutyczną oraz psychologiczną. Każdy aspekt jest niezbędny w procesie powrotu do zdrowia i funkcjonowania w społeczeństwie.

Zebrane dane pokazują, że uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym ZUS powoduje u amazoнок przede wszystkim poprawę zakresu ruchów w stawie barkowym po stronie operowanej i zwiększenie siły mięśniowej kończyny górnej, a także zmniejszenie obrzęku limfatycznego (potwierdzają to m.in. pomiary dokonywane u pacjentek w ośrodku na początku i na końcu pobytu). Ponadto u amazoнок następuje wyraźna poprawa kondycji psychofizycznej.

W praktyce zbyt mała liczba lekarzy wystawia amazonkom wnioski na rehabilitację w ramach prewencji ZUS, mimo że jest to łatwy, szybki proces i niesie dużą korzyść dla pacjenta – zarówno zdrowotną (szybki dostęp do bezpłatnej kompleksowej rehabilitacji), jak i społeczną (ograniczenie liczby osób z niepełnosprawnością oraz pobierających renty). Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS jest bardzo dobrą formą pomocy państwa ubezpieczonym zagrożonym niezdolnością do pracy. Kompleksowa i stosunkowo szybko dostępna (czas oczekiwania wynosi około 2 miesiące) rehabilitacja jest bardzo korzystnym rozwiązaniem dla osób, którym zależy na dalszej pracy i powrocie do sprawności. Obecnie już powszechnie przyjmuje się, że ćwiczenia fizyczne są bezpieczną i skuteczną metodą przywracania sprawności psychofizycznej osób leczonych z powodu nowotworów¹⁶.

Bezspornie należy uznać, że amazonki bardzo potrzebują rehabilitacji leczniczej i społecznej, a turnusy ZUS skutecznie je zapewniają. W praktyce poza turnusami ZUS istnieją dość ograniczone możliwości rehabilitacji leczniczej dla amazoнок (z różnych względów, m.in. z powodu braku specjalistów i obaw związanych z pacjentami onkologicznymi), dlatego ofertę ZUS w przedmiotowym zakresie należy uznać za potrzebną i korzystną. Ponadto należy ją upowszechniać wśród lekarzy, szczególnie onkologów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Reasumując, rehabilitacja lecznicza prowadzona przez ZUS przynosi korzyści pacjentkom, które w wyniku poprawy stanu zdrowia otrzymują szansę na odzyskanie zdolności do pracy. Tym samym, mimo często koniecznej kontynuacji leczenia, kobiety mogą być aktywne zawodowo.

Autorka serdecznie dziękuje pani Dyrektor oraz Kierownikowi Działu Rehabilitacji sanatorium SANVIT w Iwoniczu-Zdroju za udostępnienie danych i udzielone informacje.

¹⁶ M. Woźniewski, *Rehabilitacja w onkologii*, „Rehabilitacja w praktyce” 2019, nr 2, s. 9.

dr Małgorzata Paszkowska
Katedra Zarządzania
Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania
w Rzeszowie

Piśmiennictwo

1. Paszkowska M., *Umowa z ZUS w ramach prewencji rentowej jako źródło finansowania sanatorium uzdrowiskowego*, „Przedsiębiorstwo & Finanse” 2017, nr 3 (18).
2. Paszkowska M., *Uzdrowiska w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2017.
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. z 2019 r. poz. 277).
4. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2019 r. poz. 300).
5. Wilmowska A., *Rehabilitacja lecznicza w prewencji rentowej ZUS* [w:] Ponikowska I., *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego*, Toruń 2012.
6. Woźniewski M., *Rehabilitacja w onkologii*, „Rehabilitacja w praktyce” 2019, nr 2.
7. www.iwonicz-zdroj.sanvit.pl.
8. www.onkologia.org.pl/nawotwory-piersi-kobiet (10.05.2019).
9. www.onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet (10.05.2019).
10. www.pexps.pl/files/upload/files/Rak-piersi-w-Polsce.pdf (10.05.2019).
11. www.publicznecentraonkologii.pl/pacjent/rehabilitacja-po-mastektomii (11.05.2019).
12. www.sanvit.pl/o-spolce (11.05.2019).
13. www.zus.pl/documents/10182/167791/Wykaz_o%C5%9Brodk%C3%B3w_2019_03_13/6469a887-5222-fd0a-1e13-ffcc12ae71a1 (9.05.2019).
14. www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus (9.05.2019).
15. www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus/-rehabilitacja-dla-kobiet-po-mastektomii (9.05.2019).
16. www.zus.pl/wzory-formularzy/prewencja-i-rehabilitacja/wnioski-dla-ubezpieczonych/-/publisher/details/1/wniosek-pr-4/PR_4 (9.05.2019).
17. Dane statystyczne przedstawione w artykule pozyskano bezpośrednio w ośrodku rehabilitacyjnym.

Ryzyko związane z pracą i możliwe działania profilaktyczne w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej

Opieka zdrowotna i pomoc społeczna to jeden z największych sektorów – zatrudnienie znalazło w nim prawie 700 tys. osób, z czego 84% stanowią kobiety. Duży odsetek pracowników opieki zdrowotnej to nie tylko personel zatrudniony w szpitalach, ale także osoby pracujące w domach opieki zdrowotnej, przychodniach oraz innych miejscach o pokrewnym charakterze. Osoby zajmujące się zawodowo tym sektorem działalności są specyficzną grupą zawodową, która musi czuwać nad zdrowiem innych. Jednocześnie jej członkowie nie mogą zapominać, że podczas wykonywania swojej pracy narażeni są na działanie licznych czynników niebezpiecznych.

Ochrona zdrowia i pomoc społeczna to jedna z sekcji gospodarki narodowej o najwyższym współczynniku zapadalności na choroby zawodowe. W 2018 r. znalazła się na piątym miejscu pod względem natężenia tego zjawiska, z liczbą ponad 9 przypadków na 100 tys. pracujących ogółem¹. Jest to związane z rozwojem nauki i techniki, który przyczynił się także do szybkiego rozwoju medycyny. W rezultacie personel służby zdrowia narażony jest na działanie różnorodnych czynników niebezpiecznych i szkodliwych, które niosą ryzyko wystąpienia niepożądanych następstw zdrowotnych.

Ze względu na charakter wykonywanej pracy pracownicy ochrony zdrowia są narażeni na następujące grupy szkodliwości zawodowych:

- zagrożenia biologiczne związane z kontaktem z czynnikami wywołującymi choroby zakaźne, infekcyjne, pochodzącymi np. z dróg oddechowych, ran, brudnej pościeli pacjentów oraz materiałów biologicznych pobranych do badań;
- zagrożenia chemiczne związane głównie ze środkami dezynfekującymi czy lekami stosowanymi w leczeniu nowotworów;

- zagrożenia fizyczne związane z narażeniem na promieniowanie jonizujące oraz wibracje;
- zagrożenia układu szkieletowo-mięśniowego związane głównie z podnoszeniem i przemieszczaniem pacjentów oraz przeprowadzaniem zabiegów medycznych;
- zagrożenia psychospołeczne, np. stres pracy zmianowej czy zespół wypalenia zawodowego.

Zagrożenia związane z czynnikami biologicznymi

Skala narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne pracowników opieki zdrowotnej jest bardzo duża. Do potencjalnego zakażenia może dojść podczas bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub materiałem biologicznym, na skutek skaleczenia, wstrzyknięcia, otarcia naskórka czy też wnikięcia drobnoustrojów drogą pokarmową. Zaniedbania higieniczne, nieprawidłowa wentylacja, nieskuteczna sterylizacja, złe warunki finansowe służby zdrowia, rutyna i złe nawyki personelu sprzyjają szerzeniu się zagrożeń biologicznych. Często pracownicy narażeni są na kilka czynników z różnych grup szkodliwości. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

¹ B. Świątkowska, W. Hanke, N. Szeszenia-Dąbrowska, *Choroby zawodowe w Polsce w 2018 r.*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2019, s. 28.

29 lutego 2008 r. do szkodliwych czynników biologicznych zaliczają się: drobnoustroje komórkowe, jednostki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, hodowle komórkowe oraz pasożyty wewnętrzne człowieka². Zdefiniowano cztery grupy zagrożeń biologicznych ze względu na ich wpływ na zdrowie pracowników. Podstawą podziału jest ich zdolność do wywoływania choroby u człowieka oraz jej ciężkość, możliwość rozprzestrzeniania się choroby w populacji oraz możliwość zastosowania skutecznej profilaktyki i leczenia. Czynniki biologiczne zaliczone do pierwszej grupy to takie, które nie wywołują chorób u ludzi. W drugiej grupie znalazły się czynniki, które mogą być niebezpieczne dla pracowników, ale ich rozprzestrzenienie się w populacji jest mało prawdopodobne. Trzecia grupa to zagrożenia, które mogą wywoływać u ludzi ciężkie choroby, a prawdopodobieństwo ich występowania jest bardzo wysokie. W odniesieniu do drugiej i trzeciej kategorii zazwyczaj istnieją skuteczne metody profilaktyki lub leczenia. Ostatnią, czwartą grupę stanowią czynniki, które wywołują u ludzi ciężkie choroby i są niebezpieczne dla pracowników. Zazwyczaj nie istnieją w odniesieniu do nich skuteczne metody profilaktyki i leczenia.

Do najczęściej występujących zagrożeń wśród pracowników zajmujących się ochroną zdrowia należą czynniki chorobotwórcze przenoszone przez krew i inne płyny fizjologiczne oraz patogeny chorobotwórcze rozprzestrzeniające się drogą oddechową. Do zakażeń bezpośrednich dochodzi w wyniku wnikania drobnoustrojów na skutek skaleczenia, kontaktu z ranami, uszkodzeniami skóry oraz nieosłoniętą śluzówką oka lub nosa. Incydenty stwarzające ryzyko zakażenia spowodowane są głównie zranieniami ostrym narzędziem, zakażeniami skażonej skóry czy przedostaniem się krwi do oczu lub ust, np. podczas zabiegów chirurgicznych czy pielęgnacyjnych. Duże ryzyko dla pracowników stanowią tzw. zakażenia krzyżowe, tj. przenoszenie czynników chorobotwórczych przez pośredni lub bezpośredni kontakt z zakażonymi przedmiotami. Dlatego bardzo ważne jest przestrzeganie zasad higieny. Pośpiech, roztargnienie, zła organizacja

pracy, nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz szereg innych czynników zwiększają ryzyko transmisji drobnoustrojów.

Powietrze wdychane w pomieszczeniach szpitalnych zawiera większą liczbę biologicznych czynników chorobotwórczych niż powietrze w innych pomieszczeniach, w których przebywają ludzie. Stanowi tym samym istotne zagrożenie dla zatrudnionego personelu. Jednym z drobnoustrojów przenoszonych drogą oddechową jest gruźlica. Do zakażenia najczęściej dochodzi drogą kropelkową od prątkującego chorego, który może rozpylać bakterie w czasie kaszlu, kichania czy mówienia. Miejskami szczególnego zagrożenia w szpitalu są sale chorych, zwłaszcza izolátky dla chorych prątkujących, pracownie badań bronchoskopowych, pokoje badań spirometrycznych, sale autopsyjne, chirurgiczne i intensywnej terapii oraz laboratoria diagnostyczne. Poza drogą wziewną zakażenie może nastąpić także przez skórę w wyniku zakłucia igłą lub skaleczenia skażonym narzędziem. Gruźlica pochodzenia zawodowego w Polsce odnotowywana jest niemal wyłącznie u pracowników służby zdrowia i opieki społecznej.

Ryzyko przenoszenia się chorób zakaźnych można zmniejszyć głównie dzięki zastosowaniu barier mechanicznych ograniczających kontakt pracownika służby zdrowia z zakaźnymi płynami ustrojowymi, np. poprzez zastosowanie rękawic czy okularów ochronnych, które stanowią istotną przeszkodę dla potencjalnie zakaźnego materiału.

Bardzo ważne jest przestrzeganie następujących zasad bezpiecznej pracy z materiałem biologicznym:

- stosowanie wszelkich dostępnych środków eliminujących lub ograniczających stopień narażenia na czynniki biologiczne, w tym skuteczne oczyszczanie powietrza z cząstek infekcyjnych,
- traktowanie każdego materiału biologicznego jako potencjalnie zakaźnego,
- przeszkolenie każdego pracownika, który może mieć kontakt z krwią lub innymi materiałami potencjalnie zakaźnymi, z zasad postępowania z materiałem biologicznym,
- przeprowadzanie szczepień ochronnych,
- prawidłowa organizacja pracy (przygotowanie stanowisk pracy, odpowiednia liczba personelu, warunki lokalowe),
- stosowanie sprzętu ochrony osobistej: noszenie zapiętego fartucha ochronnego, rękawic

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lutego 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz.U. z 2008 r. nr 48, poz. 288).

- czek jednorazowych, okularów (w przypadku zagrożenia opryskaniem twarzy), półmasek jednorazowego użytku czy gumowego obuwia,
- odkładanie probówek z krwią i innych pojemników z materiałem skażonym bezpośrednio w miejscu specjalnie do tego przeznaczonym,
 - przestrzeganie reguły mycia rąk oraz procedur mycia i dezynfekcji powierzchni,
 - zbieranie, przechowywanie i usuwanie odpadów medycznych z zastosowaniem bezpiecznych i oznakowanych pojemników,
 - traktowanie sprzętu ochrony osobistej, wszystkich przedmiotów, urządzeń i materiałów po kontakcie z materiałem zakaźnym jako skażonych i usuwanie ich lub czyszczenie zgodnie z ustalonymi procedurami.

Jeżeli doszło do kontaktu z materiałem zakaźnym (zakłucie, skaleczenie, przedostanie się krwi do jamy ustnej, nosa, oka), należy podjąć szybki i właściwy schemat działania, czyli tzw. postępowanie poekspozycyjne. Prawidłowe postępowanie poekspozycyjne ma zminimalizować ryzyko zakażenia oraz umożliwić wczesne jego wykrycie i zastosowanie terapii. Jeśli doszło do kontaktu z materiałem zakaźnym, należy bezpośrednio po zdarzeniu podjąć czynności zmierzające do usunięcia krwi lub innych potencjalnie zakaźnych płynów ustrojowych poprzez zastosowanie prostych metod: oczyszczenie wodą z mydłem miejsca skaleczenia lub zakłucia, spłukanie wodą krwi rozprysniętej na skórę i błony śluzowe jamy ustnej lub nosa, wypłukanie wodą lub roztworem soli fizjologicznej worka spojówkowego, do którego dostała się krew lub inne płyny ustrojowe, oraz poinformowanie o zdarzeniu przełożonego i zgłoszenie się do najbliższego oddziału lub kliniki chorób zakaźnych, aby ustalić dalsze postępowanie.

Zagrożenia chemiczne

Na co dzień w placówkach służby zdrowia pracownicy narażeni są na szereg substancji chemicznych, które mogą stanowić zagrożenie dla organizmu ludzkiego. Narażenie występuje podczas leczenia pacjentów (podawanie leków oraz środków znieczulających), w pracach laboratoryjnych (narażenie na odczynniki chemiczne stosowane w laboratoriach) czy przy czyszczeniu, dezynfekcji i sterylizacji powierzchni i narzędzi (ekspozycja na środki do dezynfekcji czy sterylizacji).

Przy narażeniu na substancje chemiczne szczególne znaczenie ma ekspozycja personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek, farmaceutów i personelu pomocniczego, podczas przygotowywania i podawania leków cytostatycznych stosowanych w terapii przeciwnowotworowej. Podstawowymi drogami wnikania cytostatyków do organizmu są układ oddechowy i skóra, przy czym niektóre substancje są bardzo łatwo absorbowane przez nieuszkodzoną skórę. Szczególnie niebezpieczne są czynności polegające na otwieraniu ampułek z lekiem, odpowietrzaniu strzykawek, sporządzaniu roztworów do iniekcji oraz bezpośredni kontakt ze skórą i wydalninami pacjenta lub powierzchniami skażonymi przy przygotowywaniu i dystrybucji leków. Czynnikiem zwiększającym ryzyko ekspozycji są także rzadka zmiana rękawiczek i brak stosowania innych środków ochronnych (czepków, kapturów, fartuchów z długimi rękawami i ściśle przylegającymi mankietami, masek, okularów, ochrony na buty) czy brak łoża laminarnej w pomieszczeniu. Nieprzestrzeganie rygoru sanitarnego, spożywanie posiłków czy palenie tytoniu w miejscach, gdzie istnieje ryzyko ekspozycji na cytostatyki, to również źródła wnikania leków drogą pokarmową.

Długotrwałe oddziaływanie cytostatyków na pracowników może powodować problemy z płodnością, choroby nowotworowe, wypadanie włosów, a także wiele schorzeń układu oddechowego, nerek czy wątroby. Na obecnym poziomie wiedzy niemożliwe jest ustalenie granicy bezpieczeństwa pracy z cytostatykami, dlatego uważa się, że każdy kontakt jest potencjalnie niebezpieczny.

Najważniejsze jest przestrzeganie przepisów bezpiecznej pracy z cytostatykami i zasad opieki nad chorymi, którym podawana jest chemioterapia. Podstawowym aktem prawnym regulującym pracę w narażeniu na leki cytostatyczne jest rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej³. Przepisy tego rozporządzenia

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1996 r. nr 80, poz. 376, z późn. zm.).

dzenia nakładają na pracodawców zakładów opieki zdrowotnej szereg obowiązków w zakresie organizacji pracy z cytostatykami, jak również wprowadzają zasady postępowania przy ich przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu. Aby przygotować preparaty z cytostatykami, należy pracować w wydzielonym do tego celu pomieszczeniu, oddalonym od bezpośredniego sąsiedztwa pomieszczeń służących do przechowywania środków spożywczych oraz przyrządzania i spożywania posiłków, jak również oddalonym od ciągów komunikacyjnych służących do ruchu pacjentów i odwiedzających. Pomieszczenie takie powinno być wyposażone w łóżę laminarną z wydzielonym miejscem do niszczenia jednorazowych i czyszczenia wielorazowych środków ochrony indywidualnej. Przepisy nakazują także, aby sprzęt medyczny używany do podawania leków cytostatycznych uniemożliwiał wydostawanie się leku na zewnątrz, natomiast sprzęt używany podczas pielęgnacji chorych powinien być, jeżeli to możliwe, jednorazowego użytku. Ze względu na zagrożenie efektami genotoksycznymi i teratogennymi, które wynikają z narażenia na cytostatyki, kobiety planujące ciążę nie powinny podlegać zawodowej ekspozycji na cytostatyki.

Zagrożenia fizyczne i związane z bezpieczeństwem

Zatrudnienie w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej wiąże się także z narażeniem na czynniki fizyczne (promieniowanie, wibracje) i innymi zagrożeniami związanymi z bezpieczeństwem, takimi jak np. poślizgnięcia, potknięcia i upadki. Promieniowaniem nazywamy każdą formę energii wysyłaną w postaci fal (np. promieniowanie radiowe, mikrofalowe, ultrafioletowe, gamma, rentgenowskie) lub strumienia cząstek (promieniowanie alfa, beta, neutronowe). Urządzenia będące źródłem promieniowania są powszechnie stosowane we współczesnej medycynie, zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu. Najważniejsze źródła narażenia to: diagnostyka rentgenowska, radiologia zabiegowa, radioterapia, medycyna nuklearna, ale także fizykoterapia czy dezynfekcja. Działanie tych urządzeń jest niezbędne dla osób, które cierpią na różne dolegliwości,

jednak ich codzienna obsługa może nieść wiele niekorzystnych skutków i zagrożeń dla osób, które je obsługują.

Najbardziej wrażliwy na promieniowanie jest materiał genetyczny człowieka. Promieniowanie jonizujące (alfa, beta, gamma, rentgenowskie) działa na organizm żywy bezpośrednio – uszkadza komórki, a dokładnie łańcuch DNA, lub powoduje tworzenie się wolnych rodników, które uszkadzają materiał genetyczny tkanek. Pod wpływem częstego działania nawet niskich dawek promieniowania jonizującego komórka może utracić zdolność do naprawy uszkodzonego DNA, co powoduje ryzyko powstawania zmiany nowotworowej. Ekspozycja na promieniowanie rentgenowskie podczas procedur medycznych radiologii interwencyjnej stwarza również niebezpieczeństwo narażenia zawodowego oczu.

Zagrożenie stanowią także różnego typu lampy wytwarzające promieniowanie ultrafioletowe, np. służące do dezynfekcji powietrza. W zależności od dawki promieniowania może dojść do trwałych lub przejściowych zmian w narażonej skórze lub w obrębie narządu wzroku, m.in. do uszkodzenia spojówki i rogówki oka, a przy dłuższej ekspozycji – do zaćmy.

Postęp technologiczny, zastosowanie nowoczesnych aparatów rentgenowskich oraz odpowiednich środków ochrony pracowników sprawiły, że ryzyko nadmiernego napromieniowania może być skutecznie kontrolowane w sektorze ochrony zdrowia. W ochronie radiologicznej personelu służby zdrowia najważniejsza jest minimalizacja ekspozycji. Podstawowym elementem systemu ochrony radiologicznej osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące jest przestrzeganie przepisów dotyczących tzw. dawek granicznych promieniowania jonizującego, a także optymalizacji ochrony przed promieniowaniem. Metody ochrony przed promieniowaniem jonizującym obejmują między innymi: właściwe ustawienie urządzeń, aby pracownicy nie przebywali w zasięgu stref ochronnych, wykorzystywanie nowoczesnych rozwiązań konstrukcyjnych zarówno samego aparatu, jak i osłon, gdzie jest umieszczone urządzenie, prawidłowe korzystanie ze środków ochrony osobistej, respektowanie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przestrzeganie skutecznej wentylacji pomieszczeń.

Innym zagrożeniem fizycznym występującym w sektorze opieki zdrowotnej są drgania mechaniczne przekazywane do organizmu pracownika

przez ręce mające bezpośredni kontakt z trzymanym narzędziem wibracyjnym lub w trakcie obrabiania elementów na drgających urządzeniach. W zawodach medycznych narażenie na wibracje występuje najczęściej w stomatologii (np. przez użycie wiertarki) oraz protetyce stomatologicznej (np. stosowanie szlifierki). Objawy chorobowe wywołane przez drgania ujawniają się przede wszystkim w schorzeniach naczyń krwionośnych, uszkodzeniach w układzie kostno-stawowym i zmianach w układzie nerwowym. Zespół tych zmian nazywamy chorobą wibracyjną. Jest ona uznawana w wielu krajach, w tym także w Polsce, za chorobę zawodową.

W codziennej pracy pracownicy ochrony zdrowia narażeni są także na czynniki środowiska związane z pracą, które mogą być przyczyną potknięć, poślizgnięć i upadków z wysokości oraz urazów ciała. Czynniki, które mogą wpływać na bezpieczeństwo środowiska pracy, są między innymi: nierówne lub uszkodzone powierzchnie, znajdujące się na podłodze ciecze, wystające progi pomiędzy pomieszczeniami, w drzwiach wejściowych i na drogach komunikacyjnych, złe oświetlenie, brak zachowania porządku wokół stanowiska pracy, noszenie nieodpowiedniego obuwia roboczego. Często przyczyną wypadków w szpitalach jest śliska podłoga lub zły stan techniczny przedmiotów stanowiących wyposażenie placówki. Do wypadków w placówkach służby zdrowia dochodzi też z takich powodów jak nadmiar pacjentów, zbyt mała liczba personelu, presja czasu oraz braki finansowe. Bezpośredni kontakt z pacjentem, niedostateczne wyposażenie stanowisk pracy w sprzęt i aparaturę medyczną, przeciążenie pracą związane z zatrudnieniem minimalnej liczby pracowników i pracą zmianową, konieczność bycia w ciągłej gotowości do działania oraz ryzyko popełnienia błędu sprawiają, że praca personelu medycznego niewątpliwie jest źródłem stresu, który także w znaczącym stopniu wpływa negatywnie na bezpieczeństwo w pracy.

Zagrożenia ergonomiczne

Do przeciążeń mięśniowo-szkieletowych dochodzi w sytuacji, w której działanie mechaniczne przekracza wytrzymałość fizyczną lub wydolność czynnościową, co może być przyczyną bólu ramion, karku i kręgosłupa.

Dolegliwości mogą dotyczyć kończyn górnych i dolnych oraz każdego odcinka kręgosłupa: szyjnego, piersiowego bądź lędźwiowego. Najczęściej są spowodowane sposobem wykonywania pracy i nadmiernym przeciążeniem narządu ruchu – mięśni, ścięgien, pochewek ścięgnistych, kaletek maziowych, torebek stawowych, łąkotek, chrząstek oraz kości.

Pracownicy służby zdrowia muszą często pracować dłuższy czas w pozycji stojącej lub wymagającej chodzenia. W zakres obowiązków pracowników tego sektora wpisana jest praca fizyczna, do której zalicza się konieczność przenoszenia, podnoszenia i transportu pacjentów oraz sprzętu medycznego. Istnieje wiele przeszkód zewnętrznych stanowiących zagrożenie dla ergonomicznych, czyli minimalizujących obciążenia organizmu pracownika technik opieki nad pacjentem. Wśród nich należy wymienić: złe przyzwyczajenia, pośpiech, nieodpowiednią liczbę pracowników do wykonywania danej pracy, brak właściwej współpracy, równoległe wykonywanie kilku czynności, brak wsparcia kierownictwa, brak odpowiedniego przygotowania i często złe przyzwyczajenia.

Pomieszczenia, w których muszą pracować osoby zatrudnione w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej, często są małe i zatłoczone, przez co wymuszają przyjmowanie nieprawidłowej postawy ciała, takiej jak skręt, kucanie czy pochylenie ciała do przodu. Zagrożenia ergonomiczne wiążą się także często z koniecznością wykonywania czynności bez zastosowania urządzeń ułatwiających zmianę pozycji i przemieszczanie pacjenta oraz bez odpowiedniego dostosowania łóżek chorych oraz mebli. Często problemem w placówkach służby zdrowia jest brak regulacji wysokości łóżek, wózków, leżanek, brak podnośników do podnoszenia pacjenta, brak urządzeń umożliwiających samowspomaganie pacjenta (drabinek, uchwytów, balkoników, sprawnych wózków) oraz zły stan techniczny używanego sprzętu, a także konieczność pokonywania nierówności, progów czy wąskich przestrzeni.

Wszystkie te przeszkody utrudniają wykonywanie codziennej pracy personelu medycznego, wymagają dodatkowego pochylenia się i znacznego wysiłku fizycznego, co w konsekwencji prowadzi do przeciążenia aparatu ruchu. Z przeprowadzonych badań wynika, że często pielęgniarki nie posiadają dostatecznej wiedzy z zakresu ergonomii oraz przepisów prawa

dotyczących prac związanych z wysiłkiem fizycznym. W Polsce limity obciążenia odnoszące się do podnoszenia i przenoszenia podczas pracy określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz innych pracach związanych z wysiłkiem fizycznym⁴. Zgodnie z tym rozporządzeniem masa przedmiotów podnoszonych i przenoszonych przez jednego pracownika nie może przekraczać: dla kobiet – 12 kg przy pracy stałej oraz 20 kg przy pracy dorywczej; dla mężczyzn – 30 kg przy pracy stałej oraz 50 kg przy pracy dorywczej. Masa przedmiotów podnoszonych przez jednego pracownika na wysokość powyżej obręczy barkowej nie może przekraczać: dla kobiet – 8 kg przy pracy stałej oraz 14 kg przy pracy dorywczej; dla mężczyzn – 21 kg przy pracy stałej oraz 35 kg przy pracy dorywczej. Jeżeli jeden pracownik przenosi przedmioty na odległość przekraczającą 25 metrów, ich masa nie może przekraczać: dla kobiet – 12 kg; dla mężczyzn – 30 kg.

Profilaktyka dolegliwości bólowych narządu ruchu wymaga działań na wielu płaszczyznach, zarówno w odniesieniu do zmiany warunków i organizacji pracy, jak i aktywności w życiu codziennym. W postępowaniu tym bardzo ważne jest podjęcie działań zmniejszających obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego, a przede wszystkim maksymalne dostosowanie stanowiska pracy (np. wysokość łóżka, kozetki, blatu roboczego, krzesła, elementów potrzebnych do pracy). Wszystkie takie działania, jak wykorzystanie dostępnego sprzętu ułatwiającego pracę z pacjentem (np. podnoszenie lub przemieszczanie pacjentów), odpowiednie nawyki ruchowe (praca blisko pacjenta, unikanie zginań kręgosłupa z równoczesną rotacją, ugięcie kolan, bioder, stosowanie pozycji rozkroczonej, niepozwalanie pacjentowi na łapanie za szyję), stymulowanie pacjenta do samodzielnego wykonywania możliwych czynności (np. używanie sprzętów wspomagających zmianę pozycji) czy uczestnictwo w szkoleniach z zakresu bezpiecznej pracy z pacjentem, zmniejszają obciążenie układu ruchu. Istotny jest także sposób

spędzania wolnego czasu. Siedzący tryb życia w czasie wolnym od czynności zawodowych sprzyja pogłębianiu się zmian wywołanych niekorzystnymi warunkami pracy. Tym samym pracownicy stają się potencjalnymi pacjentami.

Choroby zawodowe wśród personelu medycznego

Definicję choroby zawodowej podano w art. 235¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁵. Za chorobę zawodową uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że choroba została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, co określa się mianem narażenia zawodowego. Rozpoznanie choroby zawodowej u pracownika lub byłego pracownika może nastąpić w okresie jego zatrudnienia w narażeniu zawodowym albo po zakończeniu pracy w takim narażeniu, pod warunkiem wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych w okresie ustalonym w wykazie chorób zawodowych.

W latach 2009–2018 zarejestrowano w naszym kraju 1664 stwierdzeń chorób u pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej⁶. Najliczniej rozpoznawane były choroby zakaźne i pasożytnicze (63%), a następnie choroby obwodowego układu nerwowego (9,9%), choroby skóry (9,3%), choroby układu ruchu (8,6%) i choroby narządu głosu (3,6%). Pozostałe patologie (alergiczny nieżyt nosa, astma, choroby spowodowane promieniowaniem jonizującym, choroby układu wzrokowego, nowotwory, ostre uogólnione reakcje alergiczne, zatrucia, zespół wibracyjny) stanowiły łącznie 5,6% wszystkich przypadków (tabela 1). Dominującą chorobą zawodową wśród pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej było wirusowe zapalenie wątroby. Drugą najczęstszą chorobą zakaźną pracowników tego sektora była gruźlica (tabela 2).

⁴ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz innych pracach związanych z wysiłkiem fizycznym. Tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 1139.

⁵ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. Tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 1666.

⁶ Dane Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi.

Tabela 1. Najczęściej występujące choroby zawodowe wśród pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej w latach 2009–2018

Rok	Liczba przypadków						
	Ogółem	Choroby zakaźne lub pasożytnicze	Choroby obwodowego układu nerwowego	Choroby skóry	Choroby układu ruchu	Choroby narządu głosu	Pozostałe
2009	260	187	19	19	13	9	13
2010	220	141	21	25	13	9	11
2011	183	124	14	15	14	7	9
2012	196	145	17	14	10	3	7
2013	162	109	18	11	15	1	8
2014	139	87	15	14	13	4	6
2015	153	88	15	16	17	6	11
2016	149	66	22	17	26	8	10
2017	119	60	11	13	15	9	11
2018	83	41	13	11	7	4	7
Ogółem	1664	1048	165	155	143	60	93
%	100,0	63,0	9,9	9,3	8,6	3,6	5,6

Tabela 2. Choroby zakaźne lub pasożytnicze pochodzenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej w latach 2009–2018 według jednostek chorobowych

Rok	Przypadki chorób zakaźnych lub pasożytniczych			
	Ogółem	WZW (typ B + typ C)	Gruźlica	Pozostałe
2009	187	126 (30 + 96)	56	5
2010	141	94 (23 + 71)	45	2
2011	124	64 (18 + 46)	54	6
2012	145	68 (10 + 58)	60	17
2013	109	58 (16 + 42)	45	6
2014	87	47 (14 + 33)	34	6
2015	88	43 (10 + 33)	44	1
2016	66	30 (13 + 17)	32	4
2017	60	35 (11 + 24)	20	5
2018	41	20 (12 + 8)	20	1
Ogółem	1048	585 (157 + 428)	410	53
%	100,0	56 (15 + 41)	39	5

Niemal co drugi przypadek choroby zawodowej u pracowników opieki zdrowotnej był stwierdzony u pielęgniarki. Drugą pod względem liczebności kategorią osób z patologią zawodową byli inni pracownicy (personel

pomocniczy i ratownicy medyczni), a kolejnymi – lekarze dentyści i lekarze medycyny. Wśród lekarzy medycyny, pielęgniarek i położnych oraz u personelu pomocniczego i ratowników medycznych większość patologii stanowią

choroby zakaźne. U lekarzy dentystów najistotniejszym problemem są schorzenia obwodowego układu nerwowego i układu ruchu.

Podsumowanie

Osoby zatrudnione w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej niejednokrotnie narażone są na duże zagrożenie własnego zdrowia związane z wykonywaną pracą zawodową. Pomimo wielu barier i niedogodności pracownicy

ci powinni zadbać o swoje zdrowie, starając się usprawnić swoje stanowisko pracy tak, aby stało się ono bardziej bezpieczne.

Korzystną informacją jest zmniejszanie się liczby patologii zawodowych z roku na rok w tej grupie zawodowej. Jedną z przyczyn tego spadku jest niewątpliwie poprawa warunków pracy wynikająca ze stosowania nowoczesniejszych przyrządów i aparatury, a także większa wiedza na temat zagrożeń oraz stosowanie odpowiednich procedur w wielu placówkach.

dr hab. n. med. Beata Świątkowska

Zróżnicowana stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe

Wprowadzenie

Stopa procentowa składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych została przez ustawodawcę zróżnicowana dla poszczególnych płatników składek. Uzależniono ją od zagrożeń zawodowych i ich skutków dla ubezpieczonych. Zasady różnicowania tej stopy określono w ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych¹, zwanej dalej ustawą wypadkową. Zagadnienia te przedstawia szczegółowo rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków². Przyjęte rozwiązanie zróżnicowania stopy procentowej składki wypadkowej ma charakter prewencyjny, które ma oddziaływać na podmioty zatrudniające za pomocą bodźców ekonomicznych, aby te podmioty były żywo zainteresowane przestrze-

ganiem w swoich firmach przepisów, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz kształtowaniem kultury bezpieczeństwa pracy. Takie stymulatory ekonomiczne mają wpłynąć na ograniczenie występowania wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych. Są one stosowane już od dziesięcioleci m.in. w USA, Kanadzie i Australii, a także w większości krajów Unii Europejskiej. Stymulatory te, wbudowane w systemy finansowe ubezpieczenia wypadkowego poszczególnych państw, polegają na uzależnieniu wysokości składek na te ubezpieczenia od kosztów wypadków przy pracy i chorób zawodowych, wskaźników częstości, ewentualnie ciężkości wypadków przy pracy w poszczególnych rodzajach działalności oraz przedsiębiorstwach. Obecnie obowiązująca ustawa wypadkowa słusznie przywraca do systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce elementy ekonomicznych stymulatorów poprawy warunków pracy. Stymulatory te występowały w naszym kraju w okresie międzywojennym i powojennym do 1951 r. i przybliżają nas do rozwiązań działających w wielu krajach Unii Europejskiej³. Rozwiązania te pełnią różne funkcje, ale najważniejsza z nich to funkcja prewencyjna. Są

¹ Tekst jednolity: Dz.U. z 2019 r. poz. 1205.

² Tekst jednolity: Dz.U. z 2019 r. poz. 757.

³ Jan Rzepecki, *Mechanizm różnicowania składki na ubezpieczenia wypadkowe*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2004 nr 11, s. 29–31.

one czynnikiem mobilizującym pracodawców do stwarzania pracownikom oraz innym osobom wykonującym pracę właściwych, zgodnych z przepisami i zasadami bhp warunków pracy.

Sposób ustalania stopy procentowej składki wypadkowej

Według ustawy wypadkowej stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe ustala się na rok składkowy trwający od 1 kwietnia danego roku do 31 marca następnego roku (art. 27). Sposób ustalania tej stopy procentowej dla danego podmiotu uzależniony jest od liczby osób zatrudnionych. W przypadku małych podmiotów zgłaszających do ubezpieczenia do 9 osób stopa procentowa składki określana jest w formie ryczałtu, natomiast przy wyższym zatrudnieniu ustalana jest indywidualnie.

Zgodnie z ustawą wypadkową stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek zgłaszającego do ubezpieczenia wypadkowego nie więcej niż 9 ubezpieczonych jest ryczałtowa i wynosi 50% najwyższej stopy procentowej ustalonej na dany rok składkowy dla grup działalności (art. 28 ust. 1). Natomiast stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe dla większych podmiotów zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych jest indywidualnie ustalana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Stanowi iloczyn stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe określonej dla grupy działalności, do której należy dany płatnik składek, oraz ustalonego dla danego płatnika składek wskaźnika korygującego (art. 28 ust. 2).

Jeśli chodzi o sposób ustalenia stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe dla danego płatnika składek, ustawa wypadkowa określa szczegółowo sposób liczenia ubezpieczonych do informacji ZUS IWA. Zgodnie z ustawą wypadkową liczbę ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia do informacji ZUS IWA ustala się jako iloraz sumy ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniu wypadkowemu w ciągu poszczególnych

miesięcy poprzedniego roku kalendarzowego i liczby miesięcy, przez które płatnik składek był w poprzednim roku kalendarzowym zgłoszony w ZUS co najmniej 1 dzień (art. 28 ust. 3). Płatnik składek, dla którego stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe ustala ZUS, tj. zgłaszający do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych, należy do grupy działalności ustalonej dla jego rodzaju działalności według PKD ujętego w rejestrze REGON 31 grudnia poprzedniego roku (art. 29 ust. 1). Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustala wskaźnik korygujący na rok składkowy w zależności od kategorii ryzyka ustalonej dla danego płatnika składek.

Kategorię ryzyka dla danego płatnika składek ZUS ustala w zależności od ryzyka określonego wskaźnikami częstości:

- poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem;
- poszkodowanych w śmiertelnych i ciężkich wypadkach przy pracy;
- zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

Wypadek przy pracy to zgodnie z ustawą wypadkową nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą. Według ustawy wypadkowej związek zdarzenia z pracą występuje podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, a także podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia, jak również w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy (art. 3 ust. 1 ustawy). Śmiertelnym wypadkiem przy pracy w rozumieniu ustawy wypadkowej jest wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć pracownika w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku. Ciężkim wypadkiem przy pracy jest zaś wypadek, w wyniku którego nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, takie jak: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności rozrodczej lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, które naruszają podstawowe funkcje organizmu, a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, całkowita lub częściowa niezdolność do pracy w zawodzie albo trwałe, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała

(art. 3 ust. 5 ustawy wypadkowej). Zatrudnienie w warunkach zagrożenia, potrzebne do ustalenia kategorii ryzyka dla danego płatnika składek ZUS, to takie, w którym występują przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) oraz najwyższych dopuszczalnych natężeń (NDN), określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy⁴. Najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) oznacza wartość średnią ważoną stężenia, którego oddziaływanie na pracownika w ciągu 8-godzinnego dobowego i przeciętnego tygodniowego wymiaru czasu pracy, określonego w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, przez okres jego aktywności zawodowej nie powinno spowodować ujemnych zmian w jego stanie zdrowia oraz w stanie zdrowia jego przyszłych pokoleń. Natomiast najwyższe dopuszczalne natężenia fizycznego czynnika szkodliwego dla zdrowia (NDN) oznaczają wartości ustalone jako poziomy ekspozycji odpowiednio do właściwości poszczególnych czynników, których oddziaływanie na pracownika w okresie jego aktywności zawodowej nie powinno spowodować ujemnych zmian w jego stanie zdrowia oraz w stanie zdrowia jego przyszłych pokoleń. Tylko tak rozumiane zatrudnienie w warunkach zagrożenia może być podstawą do ustalenia kategorii ryzyka dla płatnika składek ZUS.

Kategorię ryzyka dla płatnika składek ZUS ustala na podstawie wyżej wskazanych danych do ustalenia składki wypadkowej, tzn. wskaźników częstości: poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem, poszkodowanych w śmiertelnych i ciężkich wypadkach przy pracy oraz zatrudnionych w warunkach zagrożenia. Dane te płatnik składek powinien przekazać na druku ZUS IWA za trzy kolejne ostatnie lata kalendarzowe.

Dane do ustalenia składki wypadkowej płatnik składek przekazuje do ZUS nie później niż do 31 stycznia danego roku za poprzedni rok kalendarzowy, na druku ZUS IWA – Informacja o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe. Wzór druku ZUS IWA określa załącznik nr 4 do rozporządzenia w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy

pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków. W druku ZUS IWA płatnik składek wskazuje w szczególności:

- poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem;
- poszkodowanych w śmiertelnych i ciężkich wypadkach przy pracy;
- zatrudnionych w warunkach zagrożenia;
- dane identyfikacyjne płatnika składek;
- rodzaj działalności według PKD;
- liczbę ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia wypadkowego;
- adres płatnika składek.

Powyższą informację ZUS IWA należy złożyć do 31 stycznia danego roku za poprzedni rok kalendarzowy. Przekazuje ją płatnik składek zgłaszający do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych, który jest zgłoszony w ZUS nieprzerwanie od 1 stycznia do 31 grudnia poprzedniego roku i co najmniej 1 dzień w styczniu danego roku. Kopię informacji ZUS IWA i jej ewentualnych korekt płatnik składek powinien złożyć we wskazanym wyżej terminie, a następnie przechowywać przez 10 lat od dnia ich przekazania do ZUS, w formie dokumentu pisemnego lub elektronicznego. W zakresie informacji ZUS IWA płatnik składek obowiązuje taka sama forma, jak w odniesieniu do dokumentów określonych przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 31).

Płatnik składek powinien złożyć korektę informacji ZUS IWA w ciągu 7 dni od momentu, gdy sam stwierdzi w nich nieprawidłowości albo gdy otrzyma zawiadomienie o tym, że ZUS stwierdził nieprawidłowości. Jeżeli konieczność korekty danych w informacji ZUS IWA wynika z decyzji Zakładu, płatnik powinien złożyć korektę informacji nie później niż 7 dni od uprawomocnienia się decyzji. Jeżeli zaś nieprawidłowość stwierdzono podczas kontroli – płatnik powinien złożyć korektę informacji nie później niż 30 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli. Zakład może sporządzać z urzędu informację ZUS IWA lub korygować z urzędu błędy w niej stwierdzone (art. 31). O wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe obowiązującej w danym roku składkowym ZUS zawiadamia płatnika składek nie później niż do 20 kwietnia danego roku. Jeżeli płatnik składek do 30 kwietnia danego roku nie otrzyma

⁴ Tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 1286.

zawiadomienia o wysokości stopy procentowej na ubezpieczenie wypadkowe, powinien zwrócić się do odpowiedniej terytorialnie placówki ZUS z wnioskiem o podanie wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe (art. 32). Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek, który nie podlega wpisowi do rejestru REGON, wynosi 50% najwyższej stopy procentowej ustalonej na dany rok składkowy dla grup działalności (art. 33 ust. 3). Jeżeli płatnik składek nie przekaze informacji ZUS IWA albo korekty tej informacji w ciągu 14 dni od otrzymania wezwania od Zakładu, a stopa procentowa ustalona na podstawie nieprawidłowych danych przekazanych przez płatnika składek lub wykazywana przez płatnika składek w dokumentach rozliczeniowych była zaniżona w stosunku do ustalonej na podstawie prawidłowych danych, ZUS wydaje decyzję, w której ustala stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe na cały rok składkowy w wysokości 150% stopy procentowej ustalonej na podstawie prawidłowych danych. Jeśli płatnik składek zaniżył wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe, powinien złożyć dokumenty rozliczeniowe korygujące i opłacić zaległe składki wraz z odsetkami za zwłokę. Jeśli zaś zawyżył wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe, powinien złożyć dokumenty rozliczeniowe korygujące (art. 34). Jeżeli ZUS z urzędu złożył informację ZUS IWA lub jej korektę albo sporządził tę informację, ustala stopę procentową składki na cały rok składkowy w wysokości stopy procentowej ustalonej na podstawie danych zawartych w tej informacji (art. 34a).

Szczegółowe uregulowania dotyczące sposobu ustalania stopy procentowej składki wypadkowej zawiera rozporządzenie w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków. Rozporządzenie określa:

- grupy działalności w oparciu o rodzaj działalności PKD ujęty w rejestrze REGON;
- szczegółowe zasady ustalania kategorii ryzyka w zależności od wskaźników częstości, kategorii ryzyka oraz stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe, dla danych grup działalności;

- szczegółowe zasady ustalania kategorii ryzyka dla płatników składek na ubezpieczenie wypadkowe, w zależności od wskaźników częstości;
- szczegółowe zasady ustalania wskaźnika korygującego;
- wzór ZUS IWA – informacji przekazywanej przez płatnika składek o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe.

Stopę procentową składki ustaloną w zależności od kategorii ryzyka określa załącznik nr 1 do rozporządzenia. Grupy działalności, kategorii ryzyka i stopy procentowe składki dla grup działalności określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Kompetencje organów PIP w sprawach z zakresu zróżnicowanej składki ZUS IWA

Weryfikacja informacji ZUS IWA

Dla organów Państwowej Inspekcji Pracy w sprawach z zakresu zróżnicowanej składki ZUS IWA ustawodawca przewidział dwie bardzo istotne kompetencje, które zostały określone w ustawie wypadkowej. Pierwsza z nich dotyczy kompetencji PIP w zakresie sprawdzania i dokonywania weryfikacji informacji zawartych w przekazywanym do ZUS przez płatnika składek druku ZUS IWA – Informacji o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe. Mianowicie zgodnie z ustawą wypadkową jeżeli w czasie kontroli przeprowadzanych u płatników składek inspektorzy pracy stwierdzą podanie nieprawidłowych danych w informacji ZUS IWA, informują o tym ZUS i podają równocześnie prawidłowe dane (art. 35). Organy PIP podejmują działania kontrolne w tym zakresie, aby sprawdzić i zweryfikować poprawność danych zawartych w druku ZUS IWA. Podczas kontroli inspektorzy dokonują sprawdzenia i weryfikacji:

- liczby ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia wypadkowego;
- liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem;
- liczby poszkodowanych w śmiertelnych i ciężkich wypadkach przy pracy;

- liczby osób zatrudnionych w warunkach zagrożenia;
- danych identyfikacyjnych płatnika składek określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych;
- rodzaju działalności według PKD i adresu płatnika składek.

Jeśli w informacji ZUS IWA znajdują się prawidłowe dane, do protokołu kontroli (lub notatki urzędowej) dla celów dowodowych może być dołączona kserokopia informacji ZUS IWA. Natomiast jeśli podczas kontroli w informacji ZUS IWA zostaną przez inspektora pracy stwierdzone nieprawidłowe dane, powiadamiany jest o tym ZUS. W zawiadomieniu tym inspektor pracy zobowiązany jest podać prawidłowe dane. Dla celów dowodowych kopia takiego powiadomienia może być dołączona do dokumentacji kontrolnej. Jeśli nieprawidłowe dane stwierdzone w informacji ZUS IWA zostały przez pracodawcę skorygowane podczas kontroli, nie wysyła się powiadomienia do ZUS. Natomiast kopia skorygowanej informacji ZUS IWA zawierająca prawidłowe dane może zostać dołączona do dokumentacji kontrolnej. Powyższe dane zawarte w informacji ZUS IWA powinny być przez inspektora pracy weryfikowane na podstawie wszystkich dostępnych dokumentów, które kontrolowany podmiot ma obowiązek przedstawić inspektorowi, w szczególności: rejestru wypadków przy pracy, protokołów i kart wypadków przy pracy, rejestrów, kart oraz wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy. Bardzo cennym dokumentem służącym do sprawdzenia i weryfikacji danych zawartych w informacji ZUS IWA jest dokument Z-10 – Sprawozdanie o warunkach pracy, który płatnik składek ma obowiązek sporządzić dla Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1068, z późn. zm.).

Wniosek o podwyższenie składki wypadkowej

Druga określona przez ustawodawcę kompetencja organów Państwowej Inspekcji Pracy z zakresu zróżnicowanej składki ZUS IWA przewiduje, że inspektor pracy może wystąpić do odpowiedniej terytorialnie placówki ZUS

z wnioskiem o podwyższenie płatnikowi składek, u którego w czasie dwóch kolejnych kontroli stwierdzono rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ustalonej na najbliższy rok składkowy o 100% (art. 36 ust. 1). Decyzję w sprawie podwyższenia stopy procentowej wnioskowanego przez inspektora pracy wydaje ZUS (art. 36 ust. 2).

Przepis ten nie stwarza odrębnej podstawy do kontroli płatnika składek przez organy Państwowej Inspekcji Pracy. W ramach rutynowo przeprowadzonych kontroli na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy⁵ przyznaje inspektorom prawo do sięgnięcia po ten stymulator ekonomiczny warunków pracy przewidziany w ustawie wypadkowej. Inspektor pracy sporządza protokół z przeprowadzonej kontroli, w którym zamieszcza opis stwierdzonych naruszeń prawa oraz inne informacje, które mają istotne znaczenie dla wyników kontroli (art. 31 ust. 2 pkt 7 ustawy). Inspektor pracy na podstawie stwierdzonych naruszeń prawa pracy, w tym bhp, wydaje środki prawne przewidziane w art. 11 ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy, w tym przede wszystkim decyzje z zakresu naruszeń obowiązków bhp. Niezależnie od powyższych środków prawnych jeśli inspektor pracy stwierdzi naruszenie przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, które kwalifikują się jako rażące, może dodatkowo wystąpić do ZUS z wnioskiem o podwyższenie składki wypadkowej.

Realizując postanowienia art. 36 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków i chorób zawodowych, inspektorzy pracy w 2018 r. skierowali do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 81 wniosków o podwyższenie składki na ubezpieczenie wypadkowe o 100% na najbliższy rok składkowy. Wnioski te wynikały z rażących naruszeń przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Najczęściej dotyczyły firm branży budowlanej, które stanowiły aż 53% ogółu wniosków do ZUS o podwyższenie składki wypadkowej⁶.

⁵ Tekst jednolity: Dz.U. z 2019 r. poz. 1251.

⁶ Sprawozdanie z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2018 r., s. 304, <https://www.pip.gov.pl/pl/o-urzedzie/sprawozdania-z-dzialalnosci/104556,sprawozdanie-glownego-inspektora-pracy-z-dzialalnosci-panstwowej-inspekcji-pracy-2018.html>.

Aby inspektorzy pracy prawidłowo wykonywali powyższą kompetencję PIP, Komisja Prawna Głównego Inspektora Pracy przyjęła stanowisko z dnia 29 stycznia 2003 r. w sprawie stosowania art. 35 i 36 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zaktualizowane stanowiskiem z dnia 17 lutego 2012 r. Zdaniem Komisji Prawnej GIP w zakresie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy jako rażące należy kwalifikować w szczególności naruszenia uzasadniające wydanie decyzji dotyczących:

- wstrzymania prac lub skierowania do innych prac w przypadkach:
 - stwarzających bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia pracowników lub innych osób świadczących pracę;
 - dopuszczenia do pracy pracowników lub innych osób wbrew obowiązującym przepisom dotyczącym prac wzbronionych, szkodliwych lub niebezpiecznych;
 - dopuszczenia do pracy przy pracach niebezpiecznych pracowników lub innych osób, jeżeli nie posiadają one odpowiednich kwalifikacji;
- zaprzestania prowadzenia działalności lub określonego rodzaju działalności.

Według Komisji Prawnej Głównego Inspektora Pracy w myśl przywołanego przepisu art. 36 ust. 1 ustawy wypadkowej rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy powinno być stwierdzone w czasie dwóch kolejnych kontroli. Należy przez to rozumieć dwie następujące po sobie kontrole, których zakres przedmiotowy dotyczy problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy. Kolejna kontrola inspektora pracy u płatnika składek, u którego ujawniono rażące naruszenia przepisów bhp, powinna być przeprowadzona w niezbyt odległym od pierwszej kontroli terminie ze względu na to, że inspektor pracy występuje o podwyższenie składki na ubezpieczenie wypadkowe na najbliższy rok składkowy. Ponadto przy stwierdzeniu rażących naruszeń przepisów bhp istotne jest, aby inspektor pracy ustalił, czy stan przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy u płatnika składek się poprawił. Zdaniem Komisji Prawnej skierowanie wniosku o podwyższenie składki będzie uzasadnione, jeżeli w czasie pierwszej kontroli płatnika składek inspektor pracy ujawni rażące

naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, a podczas kolejnej kontroli, której przedmiotem będzie badanie zagadnień z zakresu bhp lub tylko ocena realizacji uprzednio wydanych decyzji dotyczących bhp, ustali występowanie tego samego rodzaju naruszeń jak podczas pierwszej kontroli (np. dotyczących tego samego rodzaju prac).

Zgodnie z ustawą z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy⁷ na bazie ustaleń kontrolnych inspektor pracy może wydać decyzję odnośnie do naruszeń z zakresu bhp. Jeśli stwierdzi naruszenie przepisów prawa pracy, w tym bhp, uprawniony jest odpowiednio do nakazania usunięcia stwierdzonych uchybień w ustalonym terminie, o ile naruszenie dotyczy przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy (art. 11 pkt 1). Decyzji, od której służy odwołanie, może być nadany rygor natychmiastowej wykonalności, gdy jest to niezbędne ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego albo dla zabezpieczenia gospodarstwa narodowego przed ciężkimi stratami bądź też ze względu na inny interes społeczny lub wyjątkowo ważny interes strony (art. 108 § 1 k.p.a.). Zgodnie z orzecnictwem sądowym „do nakazów inspektora pracy ma w pełni zastosowanie art. 108 kpa. Stosownie do § 1 tego przepisu rygor natychmiastowej wykonalności może być nadany, gdy jest to niezbędne ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego albo dla zabezpieczenia gospodarstwa narodowego przed ciężkimi stratami bądź też ze względu na inny ważny interes strony”⁸. Według Naczelnego Sądu Administracyjnego „ustalenie zaistnienia przesłanek nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności należy do organu administracji publicznej. Organ ten zobowiązany jest poczynić w tym zakresie niezbędne ustalenia w każdej sprawie i na każdym etapie postępowania, w tym rozpatrując odwołanie od decyzji pierwszoinstancyjnej w części dotyczącej przedmiotowego rygoru (...). Przepis art. 108 kpa stanowi, że decyzji »może być nadany« omawiany rygor, a wobec tego organ w ramach tzw. uznania administracyjnego, ale nie dowolnie, w zależności od okoliczności sprawy, rozstrzyga w kwestii natychmiastowego wdrożenia decyzji w życie.”⁹. W innym wyroku Naczelny

⁷ Dz.U. z 2019 r. poz. 1251.

⁸ Wyrok NSA I OSK 116/06 z dnia 30.06.2006 r.

⁹ Tamże.

Sąd Administracyjny stwierdził, że „omawiany rygor może być nadany decyzji tylko w sytuacji, gdy jest to niezbędne dla ochrony wartości wskazanych w art. 108 § 1 kpa. Niezwłoczne wdrożenie decyzji w życie będzie »niezbędne« wówczas, gdy nie można się obejść w danym czasie i istniejącej sytuacji bez natychmiastowego wykonania praw lub obowiązków, o których rozstrzyga się w decyzji, ponieważ zwłoka w ich wykonaniu zagraża dobrom chronionym. Zagrożenie to musi mieć realny charakter, a nie może być teoretycznie prawdopodobne. Organ administracji działa wobec tego w sytuacji, która ma znamiona stanu nagłej konieczności administracyjnej. A contrario należy przyjąć, że wówczas gdy w sprawie nie występuje takie realne zagrożenie dla wskazanych wartości, brak jest podstaw do nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności albo zachodzą podstawy do uchylenia nadanego już rygoru.”¹⁰.

Ponadto inspektorzy pracy, w razie stwierdzenia naruszenia przepisów prawa pracy, w tym bhp, są uprawnieni do nakazania:

- wstrzymania prac lub działalności, gdy naruszenie powoduje bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia pracowników, lub innych osób wykonujących te prace lub prowadzących działalność;
- skierowania do innych prac pracowników lub innych osób dopuszczonych do pracy wbrew obowiązującym przepisom przy pracach wzbronionych, szkodliwych lub niebezpiecznych albo pracowników lub innych osób dopuszczonych do pracy przy pracach niebezpiecznych, jeżeli pracownicy ci lub osoby nie posiadają odpowiednich kwalifikacji.

Nakazy w tych sprawach podlegają natychmiastowemu wykonaniu (art. 11 ust. 2). Wydanie takich decyzji oznacza, że określone pracownicy zaprzestają wykonywania pracy w sytuacji, gdy naruszenie przepisów prawa pracy powoduje bezpośrednie zagrożenie ich życia lub zdrowia. Pojęcie zagrożenia życia lub zdrowia oznacza sytuację, w której życiu lub zdrowiu ludzi bądź pojedynczej osoby grozi niebezpieczeństwo. Przez stan bezpośredniego zagrożenia należy rozumieć sytuację, w której występuje znaczne prawdopodobieństwo wystąpienia szkody. O tym, czy każdorazowo występuje stan bezpośredniego zagrożenia,

decyduje inspektor pracy. Dla ustawowego wymogu bezpośredniości zagrożenia życia i zdrowia, wywołanego naruszeniem przepisów bhp, istotne będzie zawsze zarówno znaczne prawdopodobieństwo wystąpienia szkody na osobie, jak również brak dodatkowego ogniwa pośredniego wywołującego szkodę. Skierowanie do innych prac pracowników zatrudnionych wbrew obowiązującym przepisom oznacza, że pracownicy ci zatrudnieni są przy pracach (wzbronionych, szkodliwych, niebezpiecznych), których w ogóle nie powinni wykonywać, a jednocześnie mogą wykonywać inne prace. Decyzja skierowania do innych prac obejmuje sytuacje zatrudnienia pracownika wbrew obowiązującym przepisom, a nie zasadom bhp, przy pracach:

- wzbronionych, tzn. przy pracach objętych wykazami prac wzbronionych dla kobiet, kobiet w ciąży i karmiących piersią oraz młodocianych;
- szkodliwych, tzn. tam, gdzie warunki środowiskowe grożą powstaniem schorzeń zawodowych u konkretnych osób lub gdzie zatrudnia się pracowników wbrew obowiązującym przepisom przy pracach szkodliwych (np. zatrudnianie pracownika na dotychczasowym stanowisku wbrew orzeczeniu lekarskiemu);
- niebezpiecznych, tzn. wówczas, gdy występuje wysokie prawdopodobieństwo spowodowania wypadku przez pracownika, który np. nie posiada właściwego zaświadczenia lekarskiego o możliwości zatrudnienia na określonym stanowisku pracy lub nie posiada właściwego przeszkolenia (np. przy pracach budowlanych, przy transporcie ręcznym, na obrabiarkach do metali, w narażeniu na promieniowanie jonizujące);
- niebezpiecznych, gdy jednocześnie pracownik nie posiada odpowiednich kwalifikacji, np. przy pracach wykonywanych przy urządzeniach energetycznych, przy obsłudze żurawii, kierowaniu pojazdami mechanicznymi.

Według stanowiska Komisji Prawnej Głównego Inspektora Pracy z dnia 17 października 1991 r. zakazy zatrudniania przy pracach szkodliwych, wzbronionych i niebezpiecznych nie dotyczą wszystkich pracowników. Wykonywanie tych prac w ogóle jest dopuszczalne. Prac tych nie mogą wykonywać konkretni pracownicy ze względu na ich warunki psychofizyczne, wiek, płeć czy kwalifikacje. Zatrudnianie przy pracach szkodliwych lub niebezpiecznych jest

¹⁰ Tamże.

dopuszczalne, jeżeli pracownicy mają właściwy stan zdrowia, potwierdzony orzeczeniem lekarskim, odpowiednie przeszkolenie i kwalifikacje.

Ustawa o Państwowej Inspekcji Pracy przewiduje, że w razie stwierdzenia naruszenia przepisów prawa pracy, w tym przepisów bhp, inspektor pracy ma uprawnienia odpowiednio do tego, aby nakazać wstrzymanie eksploatacji maszyn i urządzeń w sytuacji, gdy ich eksploatacja powoduje bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzi. Nakazy w tych sprawach również podlegają natychmiastowemu wykonaniu (art. 11 pkt 3). Nakaz ten dotyczy sytuacji, gdy w trakcie kontroli nie stwierdzono wykonywania pracy osób, a stan zagrożenia wynika z eksploatacji lub ewentualnej eksploatacji maszyn i urządzeń, a zagrożenie dotyczy każdego człowieka. Ponadto inspektor pracy ma uprawnienie do tego, aby zakazać wykonywania pracy lub prowadzenia działalności w miejscach, w których stan warunków pracy stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzi. Zakazy w tych sprawach także podlegają natychmiastowemu wykonaniu (art. 11 pkt 4). Taki zakaz wydawany jest w sytuacji, gdy zagrożenie wynika ze środowiska pracy i dotyczy każdego człowieka. Oznacza to, że organy Państwowej Inspekcji Pracy zostały przez ustawodawcę wyposażone w liczne kompetencje do przywracania u kontrolowanego pracodawcy stanu zgodnego z prawem w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia.

Wracając do kompetencji organów Państwowej Inspekcji Pracy w zakresie zróżnicowanej składki ZUS IWA oraz przyznanej inspektorowi pracy możliwości wystąpienia do ZUS z wnioskiem o podwyższenie podmiotowi kontrolowanemu stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe na najbliższy rok składkowy o 100%, należy podkreślić, że ustawodawca w tym zakresie zastrzegł, że może to jednak dotyczyć tylko takiego podmiotu, u którego w czasie dwóch kolejnych kontroli stwierdzono rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (art. 36 ust. 1). Problem jednak w tym, że na gruncie ustawy wypadkowej nie wyjaśniono, co należy rozumieć pod wskazanym w tym przepisie pojęciem „rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy”, co rodzi w praktyce oraz orzecznictwie sądowym wątpliwości interpretacyjne.

W kontekście uprawnienia inspektora pracy do wystąpienia z wnioskiem o podwyższenie składki wypadkowej Sąd Najwyższy zauważył, że „ustawodawca nie sformułował definicji pojęcia »rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy«, niemniej przyjmuje się, że jako »rażące« należy rozumieć takie naruszenie przepisów bhp, które stwarza bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia pracowników, a pojęcie »bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pracownika« wyjaśniono w sprawach wykroczeń przeciwko prawom pracownika polegających na nieprzestrzeganiu przepisów bhp oraz odpowiedzialności karnej określonej w art. 220 k.k.”¹¹. Sąd Apelacyjny w Rzeszowie zauważył, że „przepis art. 36 ust. 1 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych stanowi swego rodzaju sankcję karno-administracyjną za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracodawcy naruszającego nakazy i zakazy. Sankcja ta wymierzana jest płatnikowi za stworzenie ryzyka zagrożenia życia i zdrowia osób podlegających ubezpieczeniu wypadkowemu. Podwyższenie składki może zatem dotyczyć tylko takiego płatnika, który nie wykonując swego zobowiązania zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w zakładzie rażąco narusza przepisy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy”. Sąd Apelacyjny w Rzeszowie podniósł również przy tym, że „choć art. 36 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych nie zawiera własnej definicji pojęcia »rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy«, to trzeba się zgodzić ze stanowiskiem, że za takie należy uznać i rozumieć naruszenie przepisów bhp, które stwarza bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia pracownika. Bezpośredniość występuje zaś wówczas, gdy naruszenie przepisów bhp jest tego rodzaju, że skutek w postaci zagrożenia życia lub zdrowia jest wynikiem samego naruszenia zasad bhp, bez konieczności występowania dodatkowej przyczyny. Jest to zatem niebezpieczeństwo grożące wprost, nieuniknione, lub co najmniej wysoce prawdopodobne w dającej się przewidzieć przyszłości, choć niekoniecznie

¹¹ Wyrok Sądu Najwyższego II UK 415/14 z dnia 8 grudnia 2015 r., LEX nr 1955507.

natychmiastowe¹². W innym z wyroków Sąd Apelacyjny w Rzeszowie podnosi również, że „norma prawna art. 36 ust. 1 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków i chorób zawodowych jest przepisem o zabarwieniu penalnym, stanowi bowiem *sui generis* sankcję karno-administracyjną za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy dla płatnika naruszającego nakazy i zakazy, za stwarzanie ryzyka zagrożenia życia i zdrowia osób podlegających ubezpieczeniu wypadkowemu, co świadczy o jej prewencyjnym charakterze. Podwyższenie składki dotyczy zatem tego płatnika, który nie wykonując swojego zobowiązania rażąco narusza przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy. O rażącym naruszeniu tych przepisów decyduje waga złamanych przez pracodawcę ustawowych nakazów i zakazów wynikających z tych zobowiązań¹³. Sąd Najwyższy w tym zakresie doprecyzował, że „podwyższeniu w trybie art. 36 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych podlega stopa procentowa składki przysługująca od płatnika w wysokości ustalonej w myśl zasad art. 28–33 na następny rok składkowy po tym, w jakim na podstawie wniosku inspektora pracy wszczęto postępowanie w tej sprawie. Sens kary sprowadza się do tego, że za stwierdzone naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy przez kolejny rok składkowy płatnik będzie zmuszony uiszczać składkę według podwojonej stopy należnej w tymże roku¹⁴. Według Sądu Najwyższego „rażącym naruszeniem przepisów BHP w rozumieniu art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (...) jest tylko takie naruszenie, które stwarza bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia pracowników¹⁵. W uzasadnieniu do tego wyroku Sąd Najwyższy „jednocześnie opowiada się za ścisłą interpretacją określenia bezpośredniego zagrożenia jako elementu koniecznego dla zdefiniowania danego naru-

szenia przepisów BHP jako rażącego¹⁶. Wyjaśnia przy tym, że „w myśl powołanego przepisu przesłanką wymierzenia płatnikowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kary w postaci podwyższenia stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe jest stwierdzenie przez inspektora pracy rażącego naruszenia zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, stwierdzonego w trakcie dwóch kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie kontroli, oddzielonych czasem wyznaczonym przez kontrolerów celem wyeliminowania uchybień dostrzeżonych w trakcie pierwszej kontroli¹⁷. Sąd Najwyższy zauważa, że „tryb przeprowadzania kontroli przez inspektora pracy oraz sporządzania protokołu kontroli regulują przepisy ustawy z 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (...), które, określając w art. 31 ust. 2 treść protokołu kontroli, nie obligują inspektora pracy do kwalifikowania w nim wagi stwierdzonych naruszeń, w szczególności co do ich rażącego charakteru¹⁸. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Gdańsku „w omawianej normie prawnej chodzi nie o każde, lecz kwalifikowane naruszenie przepisów bhp, na co wskazuje użycie przez ustawodawcę sformułowania »rażące« naruszenie. (...) Jako rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy należy rozumieć takie naruszenie przepisów bhp, które stwarza bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia”. Sąd Apelacyjny w Gdańsku zwrócił uwagę, że „literalna wykładnia art. 36 ustawy wypadkowej nie pozostawia wątpliwości iż dla jego zastosowania wystarczy, aby przy każdej kontroli ujawniło się chociaż jedno rażące naruszenie przepisów BHP¹⁹.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku zaznaczył przy tym, że „uprawnienie inspektora pracy aktualizuje się dopiero podczas drugiej kontroli u tego samego pracodawcy, podczas której nastąpiło stwierdzenie naruszenia przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przy czym druga kontrola musi nastąpić bezpośrednio po pierwszej, a w każdej z dwóch kolejnych kontroli wymagane jest stwierdzenie rażącego naruszenia przepisów bhp. Innej interpretacji przepisu art. 36 ust. 1 ustawy z 2002 r.

¹² Wyrok Sądu Apelacyjnego III AUa 672/16 z dnia 1 marca 2017 r., LEX nr 2256953.

¹³ Wyrok Sądu Apelacyjnego III AUa 743/14 z dnia 20 stycznia 2015 r., LEX nr 1651942.

¹⁴ Wyrok Sądu Najwyższego II UK 230/10 z dnia 4 lutego 2011 r., LEX nr 786393.

¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego I UK 318/13 z dnia 6 lutego 2014 r., LEX nr 1441185.

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Tamże.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku III AUa 1544/13 z dnia 16 maja 2014 r., LEX nr 1477042.

o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych sprzeciwia się użycie przez ustawodawcę sformułowania »w czasie dwóch kolejnych kontroli«. Gdyby ustawodawcy nie chodziło o dwie kontrole bezpośrednio po sobie następujące, to z pewnością użyłby sformułowania »w czasie kolejnych kontroli«²⁰. Taką interpretację analizowanych przepisów ustawy wypadkowej potwierdził Sąd Najwyższy, który stwierdził, że »w świetle cytowanego przepisu przesłanką wymierzenia płatnikowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kary w postaci podwojenia stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe jest stwierdzenie przez inspektora pracy rażącego naruszenia zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przy czym naruszenia te nie mają jednorazowego charakteru, lecz muszą być ujawnione w trakcie dwóch kolejnych kontroli, następujących bezpośrednio po sobie i oddzielonych czasem wyznaczonym przez kontrolerów celem wyeliminowania uchybień dostrzeżonych w trakcie pierwszej kontroli. Chodzi zatem o naruszenia przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy zaistniałe w warunkach swoistej »recydywy«, wskazującej na pewną uporczywość płatnika w nieprzestrzeganiu tychże zasad. Ustanowiony przez ustawodawcę tryb postępowania w tej sprawie inicjowany jest wnioskiem inspektora pracy, a wymierzenie przedmiotowej sankcji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest obligatoryjne. Również wysokość, o jaką podwyższa się stopę procentową składki, została unormowana w sposób sztywny, bez jakiegokolwiek możliwości jej miarkowania przez organ rentowy«²¹.

Zdaniem Sądu Najwyższego w szczególności naruszenia przepisów bhp stwierdzone w trakcie kontroli w postaci »dopuszczenia do pracy pracowników bez wymaganych szkoleń w zakresie bhp, brak oceny ryzyka zawodowego związanego z pracą wykonywaną przez pracowników niepełnosprawnych, nieinformowanie pracowników o zagrożeniach występujących w miejscu wykonywania przez nich pracy, brak nadzoru nad pracą wykonywaną przez pracowników niepełnosprawnych, nieprzekazywanie osobom kadry kierowniczej informacji

dotyczących przeciwwskazań do pracy, jakie posiadają pracownicy niepełnosprawni, nie sposób uznać za powodujące bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia pracowników przy wyżej przedstawionej ścisłej interpretacji wymogu bezpośredniego zagrożenia utraty życia i zdrowia«²². Według Sądu Apelacyjnego w Poznaniu uchybienia bhp bezpośrednio zagrożające życiu i zdrowiu polegały m.in. na: »braku zabezpieczenia stanowiska pracy na wysokości balustradą ochronną, braku odbioru technicznego rusztowania, braku wydzielenia i nieoznakowania strefy niebezpiecznej w bezpośrednim sąsiedztwie rusztowania oraz wykonywanie prac na pomoście roboczym rusztowania bez stosowania przez pracowników hełmów ochronnych, braku zabezpieczenia pracowników przy pracach blacharskich przy skraju budynku magazynowego przed upadkiem z wysokości«²³.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku podkreślił jednak, że »ocena inspektora pracy zawarta w wystąpieniu do jednostki organizacyjnej ZUS na podstawie art. 36 ust. 1 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych nie jest wiążącą dla organu rentowego, który przed wydaniem decyzji o podwyższeniu składki na ubezpieczenie wypadkowe jest zobowiązany samodzielnie ustalić stan faktyczny i dokonać jego oceny prawnej«²⁴. Przywołany wyrok potwierdził, że inspektor pracy samodzielnie nie podwyższy składki wypadkowej, to ZUS musi wydać decyzję w tym przedmiocie. Stwierdzone podczas dwóch kolejno następujących po sobie kontroli rażące nieprawidłowości z zakresu bhp są jedynie podstawą do wystosowania przez inspektora pracy umotywowanego wniosku do ZUS o podwyższenie pracodawcy składki wypadkowej, a do Zakładu ostatecznie należy wydanie decyzji w tej sprawie.

W tym zakresie dla przekazania pełnej informacji należy jednak przywołać pogląd Sądu Apelacyjnego w Warszawie, których stwierdził, że »organ rentowy, do którego wpływa wniosek inspektora pracy, skierowany w trybie art. 36

²⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku III AUa 700/13 z dnia 17 grudnia 2013 r., LEX nr 1409038.

²¹ Wyrok Sądu Najwyższego II UK 230/10 z dnia 4 lutego 2011 r., LEX nr 786393.

²² Wyrok Sądu Najwyższego I UK 318/13 z dnia 6 lutego 2014 r., OSNP 2015/5/67.

²³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu III AUa 48/13 z dnia 12 czerwca 2013 r., LEX nr 1331210.

²⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku III AUa 1544/13 z dnia 16 maja 2014 r., LEX nr 1477042.

ust. 1 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, jest nim związany”²⁵. W uzasadnieniu wyroku Sąd Apelacyjny w Warszawie zauważył, że „należy też zwrócić uwagę na to, że przepis art. 36 kreuje normę o różnorodnych funkcjach. Z jednej strony pełni ona rolę kumulacyjną, służy gromadzeniu środków pieniężnych, które następnie w formie świadczeń są przekazywane pracownikom poszkodowanym w wypadkach przy pracy. Pełni też funkcję prewencyjną w zakresie ogólnym, bowiem jest czynnikiem mobilizującym pracodawców w ogóle do stwarzania warunków pracy zgodnych z odpowiednimi normami, a w wypadkach jednostkowych do wprowadzenia zmian w wypadku zaistnienia uchybień. Jako ostatnią wskazać należy funkcję penalną; podwyższenie składek stanowi rodzaj sankcji będącej odpowiedzialnością na zaniechania pracodawców w zakresie przestrzegania przepisów o bezpieczeństwie pracy”. Sąd Apelacyjny w Warszawie zauważył, że „na gruncie oceny charakteru i skutków wniosku skierowanego przez inspektora pracy do organu ubezpieczeniowego ukształtowały się dwie przeciwstawne koncepcje (...). Wedle pierwszej z nich Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest bezwzględnie związany wnioskiem przedstawionym przez inspektora i obligatoryjnie wydaje decyzję o podwyższeniu stopy procentowej składki, nie przeprowadzając przy tym w prowadzonym przez siebie postępowaniu oceny faktu i stopnia naruszenia przez płatnika składek przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, ale w tym przedmiocie polega na ustaleniach Państwowej Inspekcji Pracy, także w zakresie uznania stwierdzonych naruszeń za rażące. W tym ujęciu podstawą działania organu ubezpieczeniowego jest nie tyle materiał zgromadzony w trakcie czynności kontrolnych PIP, co wniosek inspektora Państwowej Inspekcji Pracy (...). Ustanowiony przez ustawodawcę tryb postępowania w tej sprawie inicjowany jest wnioskiem inspektora pracy, a wymierzenie przedmiotowej sankcji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest obligatoryjne. Również wysokość, o jaką podwyższa się stopę procentową składki, została unormowana w sposób sztywny, bez jakiegokolwiek możliwości jej miarkowania przez organ rentowy (...). Druga

koncepcja sprowadza się do stwierdzenia, że wniosek inspektora ma jedynie charakter inicjujący własne postępowanie Zakładu. Organ zobowiązany jest samodzielnie zbadać zaistnienie przesłanek wskazanych w art. 36 ust. 1 i dokonać oceny, czy ustalony w konkretnej sprawie stan faktyczny spełnia te warunki”. Sąd Apelacyjny w Warszawie, po zaprezentowaniu dwóch powyższych przeciwstawnych koncepcji na temat relacji wniosku inspektora pracy do decyzji ZUS w sprawie podwyższenia składki wypadkowej i mając je na uwadze, ostatecznie stanął na stanowisku, że „z pewną modyfikacją należy przyjąć, iż organ rentowy, do którego wpływa wniosek inspektora pracy, skierowany w trybie art. 36 ust. 1 ustawy wypadkowej, jest nim jednak związany”. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie bowiem „stwierdzenie przez inspektora naruszeń przepisów i ich kwalifikacja jako rażących, nie może podlegać merytorycznej kontroli organu rentowego, powołanego do wykonywania zadań z zakresu administracji ubezpieczeniowej”. Według Sądu Apelacyjnego w Warszawie „za przyjęciem tezy o związaniu wnioskiem inspektora pracy przemawia w pierwszym względzie kategorierna treść art. 36 ust. 2 ustawy wypadkowej, stanowiącego że decyzję w sprawie podwyższenia stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe, o której mowa w ust. 1, wydaje Zakład. Przepis ten nie dopuszcza swobody podjęcia decyzji w tym zakresie, w przeciwieństwie do działań inspektora, który w świetle art. 36 ust. 1 jedynie »może« wystąpić ze stosownym wnioskiem”. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie „nie jest dopuszczalne przyjęcie w sytuacji wystąpienia przez inspektora pracy z wnioskiem w trybie art. 36 ust. 1 ustawy wypadkowej, który to wniosek inicjuje postępowanie w sprawie wymierzenia sankcji w postaci podwyższenia składki, że wniosek ten nie musi być umotywowany poprzez wskazanie stwierdzonych u płatnika rażących naruszeń przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Wniosek nie zawierający takich elementów, nie poparty wskazaniem stosownych okoliczności, winien być, według Sądu Apelacyjnego, potraktowany jako wymagający uzupełnienia, a w przypadku jego nieuzupełnienia winien być uznany za niewystarczający do wydania decyzji w przedmiocie podwyższenia składki”. Według Sądu Apelacyjnego w Warszawie bowiem „wniosek inspektora o podwojenie stopy procentowej składki

²⁵ Orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie III AUa 876/12 z dnia 7 listopada 2012 r., LEX nr 1306076.

w swojej treści powinien zawierać uzasadnienie zasadności jego złożenia. Jeśli bowiem inspektor pracy może z takim wnioskiem wystąpić, czyli dysponuje w tym zakresie swobodą decyzyjną, to winien wyjaśnić, dlaczego wystąpienie w konkretnym przypadku uznał za konieczne". Płatnikowi składek, który nie zgadza się z wydaną przez ZUS decyzją o podwyższeniu stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe, przysługuje kontrola sądowa tej decyzji.

Sąd Najwyższy podkreślił jednak, że „ZUS nie może podwyższyć składki o 100 proc. wysokości składek za zatrudnionych, jeżeli winę za wypadek ponoszą pracownicy”²⁶. Zgodnie z art. 207 § 2 k.p. pracodawca ma obowiązek chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Obowiązek ten pracodawca realizuje między innymi przez organizowanie pracy w sposób, który zapewnia bezpieczne i higieniczne warunki pracy, przestrzeganie w zakładzie pracy przepisów i zasad bhp, reagowanie na potrzeby w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dostosowanie środków podejmowanych w celu doskonalenia istniejącego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników, przy uwzględnieniu zmieniających się warunków wykonywania pracy, a także zapewnienie rozwoju spójnej polityki zapobiegającej wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, która uwzględnia zagadnienia techniczne, organizację pracy, warunki pracy, stosunki społeczne oraz wpływ czynników środowiska pracy. Zgodnie z treścią art. 207 § 1 k.p. „pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy”. Na zakres jego odpowiedzialności nie ma wpływu fakt powołania służby bhp oraz nałożenie na pracowników obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. W świetle powyższego Sąd Najwyższy zauważył, że nie można przyjąć, że „art. 207 § 1 k.p. kreuje zasadę odpowiedzialności pracodawcy za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy niezależnie od jego winy. Ustawowe nakazy i zakazy odnoszące się do bezpieczeństwa i higieny pracy w miejscu pracy zobowiązują pracodawcę, ogólnie rzecz ujmując, do zapewnienia pracownikom

oraz innym osobom fizycznym świadczącym pracę bezpiecznych i higienicznych warunków pracy (...). Pracodawca ponosi więc odpowiedzialność za złamanie tych nakazów i zakazów (niewykonanie zobowiązania), a powierzenie przez niego zadań w tym zakresie swoim pracownikom, w tym powołanym do tego służbom, ewentualnie zlecenie tych zadań podmiotom zewnętrznym nie zwalnia go z odpowiedzialności za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy. Inaczej rzecz ujmując, pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy w granicach swojego zobowiązania”. Zdaniem Sądu Najwyższego „w taki też sposób należy rozumieć sformułowanie zawarte w art. 36 ust. 1 ustawy wypadkowej: „płatnika składek (...), u którego w czasie dwóch kolejnych kontroli stwierdzono rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy”. Sąd Najwyższy wyjaśnia, że „chodzi w nim o naruszenie ustawowego nakazu lub zakazu spoczywającego na płatniku składek. W każdym więc przypadku, kiedy bezpośrednim sprawcą naruszenia przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy jest pracownik, istotne jest nie tyle ustalenie winy pracownika, ale ocena, czy naruszenie to można zakwalifikować jako następstwo działania lub zaniechania pracodawcy”. W ocenie Sądu Najwyższego „art. 36 ust. 1 ustawy wypadkowej jest przepisem o zabarwieniu penalnym, stanowi bowiem *sui generis* sankcję karno-administracyjną za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy dla sprawcy naruszającego nakazy i zakazy. Jest ona wymierzana płatnikowi za stwarzanie ryzyka zagrożenia życia i zdrowia osób podlegających ubezpieczeniu wypadkowemu, ma więc też charakter prewencyjny i chroni ten sam interes społeczny co przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy”. Zdaniem Sądu Najwyższego „podwyższenie składki dotyczyć może zatem tylko tego płatnika, który, nie wykonując swojego zobowiązania, naruszył (rażąco) przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy. O rażącym naruszeniu przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy decyduje waga złamanych przez pracodawcę ustawowych nakazów i zakazów wynikających z tego zobowiązania”²⁷.

W powyższym aspekcie należy jednak podkreślić za Sądem Apelacyjnym w Gdańsku,

²⁶ Wyrok Sądu Najwyższego I UK 526/12 z dnia 4 czerwca 2013 r., LEX nr 1324607.

²⁷ Tamże.

że tezy „ZUS nie może podwyższyć składki o 100 proc. wysokości składek za zatrudnionych, jeżeli winę za wypadek ponoszą pracownicy” nie należy odczytywać w oderwaniu od określonego w konkretnej sprawie stanu faktycznego, gdyż „nie można rozumieć [jej] w ten sposób, że pracodawca nie może ponosić sankcji z art. 36 ustawy wypadkowej za działania swoich pracowników”. W przedmiotowej sprawie rozważanej przez Sąd Apelacyjny w Gdańsku „pracownicy decydowali się wykonywać prace odpowiednio na wysokości 6 i 12 metrów bez odpowiedniego zabezpieczenia, ryzykując własnym życiem i zdrowiem, jednak pracodawca który nawet zapewniał na budowie odpowiednie zabezpieczenia indywidualne, ponosi odpowiedzialność za to, że tolerował takie karygodne łamanie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy”. Tym bardziej że w rozważanym przez Sąd Apelacyjny w Gdańsku stanie faktycznym dwie kontrole u tego samego pracodawcy przeprowadzone w krótkim odstępie czasu „ujawniły za każdym razem pracowników pracujących na wysokościach, z których upadek realnie zagraża życiu i zdrowiu, co pozwala uznać, że takie praktyki nie spotykały się ze zdecydowaną reakcją ze strony kierownika budowy – realizującego zadania z zakresu bhp również w imieniu pracodawcy”. Ponadto w przedmiotowych kontrolach na dwóch budowach prowadzonych przez kontrolowanego pracodawcę stwierdzono „pracę na rusztowaniach bez ich odbioru technicznego, co również wskazuje na lekceważenie przez pracodawcę tego elementu zapewnienia bezpieczeństwa. Jeżeli rusztowanie nie było gotowe do użytku a kierownik budowy pozwalał na pracę z jego wykorzystaniem, to nie można zasadnie zastręczać się winą pracowników”²⁸. W przedmiotowej sprawie warto również podnieść niezwykle istotną sprawę, którą dostrzegł Sąd Apelacyjny, że duży pracodawca mający znacznie większe możliwości finansowo-organizacyjne powinien z większą starannością podchodzić do kwestii zapewnienia pracującym odpowiednich warunków pracy. Zdaniem Sądu Apelacyjnego „przepisy BHP zastrzegają się i nakładają na pracodawcę coraz więcej obowiązków właśnie ze wzrostem wielkości zakładu pracy i specyfiką prowadzonej działalności”. Według Sądu

Apelacyjnego „im więcej pracowników lub bardziej specjalistyczna produkcja, tym większe wymagania pod względem bezpieczeństwa i higieny pracy jakie egzekwowane są od pracodawcy. W ocenie Sądu Apelacyjnego w takiej sytuacji nie może usprawiedliwiać pracodawcy to, że kierownik budowy nie miał wiedzy i świadomości tego, że jeden z kilkudziesięciu pracowników na rozległym terenie budowy wykonywał pracę bez zabezpieczenia, im bowiem większy zakład tym mniejsza powinna być tolerancja nawet dla najmniejszych i incydentalnych naruszeń”²⁹. Powyższe oznacza, że co do zasady postawiona przez Sąd Najwyższy teza, że „ZUS nie może podwyższyć składki o 100 proc. wysokości składek za zatrudnionych, jeżeli winę za wypadek ponoszą pracownicy”, jest słuszna, ale jak wynika z powyżej przytoczonego wyroku, nie w każdym stanie faktycznym. Nie dotyczy to przypadku, gdy pracodawca jest współwinny zaistniałej sytuacji.

Na zakończenie omawiania uprawnień inspektora pracy do skierowania wniosku o podwyższenie składki wypadkowej warto przywołać wypowiedź Sądu Najwyższego w wyroku dotyczącym wymiaru kary za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy przez płatników składek, którzy są specyficznymi z uwagi na swoją strukturę jednostkami organizacyjnymi prowadzącymi działalność w wielu miejscowościach na terenie całego kraju. Według Sądu Najwyższego bowiem „instytucja podwyższenia składki na ubezpieczenie wypadkowe w trybie art. 36 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych ma penalny charakter, a jej celem jest ochrona życia i zdrowia pracowników przez wyeliminowanie bezpośrednich zagrożeń będących skutkiem nieprzestrzegania przez płatników składek przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Kara powinna być zatem adekwatna do skali naruszeń tychże przepisów (analizowanych z punktu widzenia zagrożeń dla życia i zdrowia) i stopnia zawinienia pracodawcy. Analiza ta nie może przy tym abstrahować od specyfiki samego płatnika składek”³⁰. Powyższe oznacza, że inspektor pracy, któremu ustawodawca przyznał uprawnienie

²⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku III AUa 1544/13 z dnia 16 maja 2014 r., LEX nr 1477042.

²⁹ Tamże.

³⁰ Wyrok Sądu Najwyższego II UK 288/14 z dnia 24 września 2015 r., LEX nr 1929084.

do występowania w określonych sytuacjach z wnioskiem do ZUS o podwyższenie składki na ubezpieczenie wypadkowe, w każdym przypadku musi rozważyć, czy zastosowanie tego środka będzie sprawiedliwe i czy w dalszej perspektywie wywoła pokładany w nim rezultat, jakim jest w każdym przypadku poprawa stanu bhp.

Zakończenie

Po przeprowadzonej analizie przepisów prawnych ustawy wypadkowej, które odnoszą się do zróżnicowanej stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe, należy stwierdzić, że ustawodawca słusznie wprowadził takie rozwiązania, które umożliwiają w określonych sytuacjach oddziaływanie finansowe na podmioty organizujące pracę pracownikom oraz innym osobom fizycznym. W dalszej

perspektywie pozwala to osiągać zamierzony cel, jakim jest wysoki standard w zakresie warunków bezpieczeństwa pracy. Jednakże obowiązujące w tym zakresie przepisy są w pewnym stopniu niedoskonałe i wymagają doprecyzowania. Moim zdaniem właściwe byłoby, aby w przepisie dotyczącym wniosku o podwyższenie składki wypadkowej ustawodawca doprecyzował pojęcie „rażące” w odniesieniu do naruszenia przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Ponadto nie powinno budzić wątpliwości, czy wysunięty przez wyspecjalizowany organ, jakim jest inspektor pracy, wniosek o podwyższenie składki wypadkowej jest wiążący czy też nie jest wiążący dla organów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Moim zdaniem organy ZUS w przypadku kompletności takiego wniosku powinny być nim związane z zastrzeżeniem możliwości jego weryfikacji przez płatnika składek w drodze postępowania sądowego.

Grażyna Ślawska

Wydarzenia, opinie – 2019

■ **6–8 marca** odbyła się XXV Konferencja Szkoleniowa Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – Kasprowisko 2019. Przedsięwzięcie organizowane jest corocznie w Zakopanem. Ma długoletnią tradycję i ugruntowaną pozycję w kalendarzu wydarzeń Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jubileuszowa konferencja kardiologów zorganizowana pod hasłem „25 lat minęło, a elektrokardiologia nadal ciekawa i aktualna” była pod wieloma względami wyjątkowa. Potwierdza to urozmaicony program wydarzenia, skupiony w przeważającej części na aktualnych zagadnieniach związanych z elektrokardiologią.

Zgromadzone po raz dwudziesty piąty grono sympatyków tej dziedziny medycyny przeprowadziło szereg dyskusji i debat naukowych poświęconych m.in. ciekawym przypadkom i interpretacji trudnych zapisów EKG.

Spotkanie elektrokardiologów było pod względem liczby zaproszonych gości, udziału ekspertów, sesji naukowych i dydaktycznych oraz warsztatów drugą co do wielkości krajową

konferencją o tematyce kardiologicznej. Swoim doświadczeniem podzielili się uznani wykładowcy z polskich i zagranicznych wyższych uczelni medycznych, których wysłuchało ponad 500 uczestników. Trudne i kontrowersyjne zapisy elektrokardiograficzne interpretowali eksperci z zakresu kardiologii. Obradom przewodniczyli profesorowie i doktorzy habilitowani z krajowych placówek medycznych oraz goście zagraniczni. Program konferencji zawierał około 60 różnorodnych wystąpień, w tym sesję prac oryginalnych (wystąpień konferencyjnych przygotowywanych zgodnie z wymaganiami Deklaracji helsińskiej), sesję w języku angielskim oraz zajęcia praktyczne w formie warsztatów.

Elektrokardiologia nieinwazyjna, a w szczególności diagnostyka elektrokardiograficzna (badania holterowskie, testy wysiłkowe) była wiodącym tematem konferencji. Szczególnie dużo miejsca poświęcono praktycznym aspektom tego zagadnienia. Dyskutowano również na temat rehabilitacji kardiologicznej, niewydolności krążenia, kardiologii sportowej, dzie-

cięcej i kardiologicznej opieki medycznej. Swoje wystąpienia prezentowali przedstawiciele następujących sekcji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego: Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny, Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku, Zaburzeń Rytmu Serca, Niewydolności Serca, Kardiologii Sportowej, Pielęgniarstwa i Techniki Medycznej.

Od kilku lat rosnącym zainteresowaniem cieszą się wystąpienia z zakresu telemedycyny. Zagadnieniom tym poświęcono kilka sesji i zajęcia warsztatowe.

Telemedycyna jest innowacyjną formą świadczenia usług medycznych, która łączy elementy telekomunikacji i informatyki medycznej, umożliwia przy tym szybką wymianę informacji pomiędzy lekarzem specjalistą a pacjentem. Konferencja była okazją do zapoznania zebranych z nowymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego na temat telekardiologii, które przedstawiła Komisja Informatyki i Telemedycyny oraz Komitet Nauk Klinicznych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Ponadto udostępniono szeroką gamę specjalistycznych urządzeń służących do fizykoterapii i rehabilitacji monitorowanej telemedycznie. Uczestnicy spotkania obejrzeli również trening fizyczny osoby obciążonej schorzeniami kardiologicznymi realizowany w ramach wczesnej telerehabilitacji.

Ważnym uzupełnieniem części wykładowej były zajęcia warsztatowe przeprowadzone zarówno w formie tradycyjnej, jak i interaktywnej. Podczas spotkań omówiono m.in. następujące zagadnienia: stymulatory i nie tylko – elektrokardiografia dla rezydentów; komputerowy system EKG dla gabinetu, przychodni, szpitala; ćwiczenia z interpretacji zapisów EKG; automatyczne algorytmy stymulatorów; ICD i CRT – zastawianie pułapek na lekarzy (wybrane przypadki). Podczas warsztatów eksperci udzielali porad i konsultacji, wyjaśniając niejednoznaczne zapisy badań elektrokardiograficznych.

Na konferencję Kasprowisko 2019 zaproszenie przyjęli specjaliści z krajowych i zagranicznych placówek medycznych, w tym między innymi: Emanuela Locati (Włochy), Maja Elstad (Norwegia), Jana Krohova (Słowacja), Michal Javorka (Słowacja), Branislav Milovanovic (Serbia), Sławomir Łobodziński (USA), Wojciech Zaręba (USA). Środowisko polskich kardiologów reprezentowali: Iwona Cygankiewicz, Elżbieta Katarzyna Biernacka, Katarzyna

Bieganowska, Renata Głowczyńska, Katarzyna Mizia-Stec, Maria Miszczak-Knecht, Małgorzata Kurpesa, Agnieszka Kuch-Wocial, Ewa Straburzyńska-Migaj, Beata Średniawa, Maria Trusz-Gluza, Anna Turska-Kmieć, Bożena Werner, Rafał Baranowski, Waldemar Bobkowski, Leszek Bryniarski, Artur Filipecki, Grzegorz Gierak, Marcin Grabowski, Piotr Hetman, Marek Jastrzębski, Przemysław Kaźmierczak, Oskar Kowalski, Piotr Kukla, Piotr Kułakowski, Przemysław Mitkowski, Romuald Ochotny, Ryszard Piotrowicz, Piotr Ponikowski, Paweł Ptaszyński, Jakub Sienkiewicz, Maciej Sterliński, Krzysztof Szydło i Jerzy Krzysztof Wrancz.

Sesję inaugurującą Kasprowisko poprzedził próbny egzamin z EKG zorganizowany dla kandydatów przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego. Przedstawiciele z krajowych ośrodków medycznych przedstawili przykładowe zapisy EKG ponad dwudziestu badań obrazujących różnorodność schorzeń kardiologicznych. Odnieśli się do nich praktycy i eksperci z dziedziny kardiologii.

Tematy poszczególnych wystąpień naukowych dotyczyły w szczególności takich zagadnień jak: migotanie przedsionków – od rozpoznania do leczenia; kardiografia impedancyjna – perspektywy na przyszłość; elektrokardiogram w niewydolności serca – od rozpoznania do (wy)leczenia; stymulacja pęczyka Hisa dla niewtajemniczonych; co się zmieniło, a co pozostanie – wyzwania elektrokardiologii; wszystko, co chcielibyśmy wiedzieć o EKG, ale boimy się zapytać; kardiomiopatia przerostowa – czas zmienić poglądy o leczeniu; analiza zmienności rytmu (HRV) – stan po 25 latach; arytmia w wadach wrodzonych serca; zaburzenia rytmu u chorych bez ograniczonej choroby serca w codziennej praktyce klinicznej; układ autonomiczny jako cel leczenia niewydolności serca; omdlenia – przypadki z życia wzięte; jak zdiagnozować i leczyć zgodnie z najnowszymi wytycznymi ESC; wyzwania w leczeniu kanałopatii; wczesne rozpoznanie choroby wieńcowej serca – analiza SATRO ECG; pogranicze w ogniu, czyli młodzi dorośli z zaburzeniami rytmu; czy można przewidzieć migotanie przedsionków; polskie innowacje w telekardiologii; farmakoterapia w zaburzeniach rytmu serca AD 2019; ostry zespół wieńcowy w zapisie EKG; ryzyko nagłego zgonu sercowego – czy to określenie jeszcze ma sens?; arytmie nadkomorowe

wymagające leczenia przeciwzakrzepowego – kontrowersje w rozpoznaniu i leczeniu; elektrokardiografia w diagnostyce i leczeniu powikłań stymulacji; automat ocenia EKG... i co z tego wynika.

■ **28–30 marca** w Ustroniu/ Wiśle zorganizowane zostało 23 Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Konferencja jest największym forum w tej dziedzinie kardiologii w Polsce. Sympozjum odbywa się corocznie w cyklu spotkań naukowo-dydaktycznych i dotyczy aktualnych wyzwań, które stoją przed rehabilitacją kardiologiczną. W tegorocznym Sympozjum zorganizowanym pod hasłem „Rehabilitacja kardiologiczna – postępowanie kompleksowe” wzięli udział lekarze i terapeuci sprawujący kompleksową opiekę w oddziałach kardiologicznych. Zdaniem ekspertów rehabilitacja kardiologiczna winna być integralną częścią standardów medycznych wobec każdego chorego na serce. Organizowana w formie szpitalnej, ambulatoryjnej czy telerehabilitacji stała się elementem kompleksowego podejścia do opieki nad chorym, przyczyniając się jednocześnie do szybszego powrotu pacjenta do zdrowia.

Dynamiczny rozwój kardiologii, wprowadzanie usprawnień w zakresie technologii medycznych, sprzętu, metod operacyjnych oraz farmakologii pozwalają coraz skuteczniej leczyć pacjentów ze schorzeniami układu krążenia. Zauważalny postęp w tej dziedzinie jest jednocześnie przyczyną problemów medycznych i społecznych. Wynikają one zarówno z wysokiego poziomu czynników ryzyka, przedwczesnej śmiertelności, epidemii niewydolności serca, jak również utraty zdolności do pracy czy starzenia się społeczeństwa. Poszukiwanie metod i rozwiązań zmierzających do poprawy tej sytuacji prowadzi do prewencji pierwotnej i wtórnej. Niezwykle ważne jest kompleksowe i skoordynowane postępowanie z pacjentem, uwzględniające jego stan zdrowia po przebytych leczeniu czy zabiegu operacyjnym.

Odpowiadając na potrzeby epidemiologiczne i społeczne, należy zauważyć doniosłą rolę rehabilitacji kardiologicznej w procesie terapeutycznym, która jest niezbędnym elementem kompleksowego leczenia pacjentów z chorobami układu krążenia i stanowi wyjątkową możliwość w systemie opieki

zdrowotnej. Kompleksowość rehabilitacji polega m.in. na zapewnieniu pacjentom prócz treningów i ćwiczeń również edukacji zdrowotnej i motywacji do przeprowadzenia niezbędnych zmian w dotychczasowym stylu życia, np. rzucenia palenia, utrzymania właściwej wagi ciała i poziomu cholesterolu czy regularnej aktywności fizycznej. W ocenie ekspertów tylko tak rozumiana rehabilitacja kompleksowa realizowana poprzez cykl zabiegów i dzięki współpracy tzw. zespołu rehabilitacyjnego (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, dietetycy) zapobiega postępowi i nawrotom choroby.

Aby wymienione oddziaływanie przyniosły oczekiwane efekty, metody rehabilitacji powinny być oparte na nowoczesnych, zgodnych z dowodami naukowymi standardach, ze szczególnym uwzględnieniem szerokiego dostępu dla wszystkich pacjentów, którzy jej potrzebują.

Do udziału w 23 edycji Sympozjum Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku PTK zaproszenie przyjęli: Jarosław Pinkas – konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Główny Inspektor Sanitarny, Adam Niedzielski – zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Piotr Jankowski – sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Krystian Wita – konsultant w dziedzinie kardiologii województwa śląskiego, Anna Jegier – konsultant medycyny sportowej województwa łódzkiego, Jadwiga Wolszakiewicz – przewodnicząca Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku, Bartosz Szafran – przewodniczący elekt Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny, Ewa Straburzyńska-Migaj – Sekcja Niewydolności Serca, Oskar Kowalski – Sekcja Rytmu Serca. Krajowe ośrodki naukowe reprezentowali profesorowie i doktorzy nauk medycznych, w tym m.in.: Renata Głowczyńska, Małgorzata Kurpesa, Ewa Piotrowicz, Krystyna Rożek-Piechura, Edyta Smolis-Bąk, Dominika Szalewska, Hanna Szwed, Jerzy Bralczyk, Piotr Buszman, Zbigniew Eysymontt, Michał Gałaszek, Robert Irzmański, Artur Mamcarz, Piotr Podolec, Ryszard Piotrowski, Roman Topór-Mądry, Jan Tylka, Michał Zakliczyński, Tomasz Zdrojewski i Michał Zembala.

Podczas trzydniowych obrad odbył się szereg sesji naukowych, których tematem przewodnim była rehabilitacja kardiologiczna. We

współpracy z innymi sekcjami Towarzystwa przygotowano wystąpienia Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny, Niewydolności Serca, Prewencji i Epidemiologii oraz Kardiologii Sportowej.

Dopełnieniem programu były dwie sesje – plakatowa przypadków klinicznych oraz sesja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ważnym uzupełnieniem części teoretycznej symposium były zajęcia warsztatowe obejmujące m.in. zagadnienia z zakresu podstaw interpretacji EKG, Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej, KOS-Zawał – doświadczenia własne Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu, zastosowania technik powięziowych w terapii wybranych powikłań po zabiegach kardiochirurgicznych, sercowo-płucnych testów wysiłkowych w diagnostyce kardiologicznej osób dorosłych i niestandardowego monitorowania treningu fizycznego w rehabilitacji kardiologicznej.

Warsztaty realizowane pod kierunkiem ekspertów z dziedziny kardiologii i kardiologii oraz specjalistów reprezentujących inne zawody medyczne umożliwiły praktyczną naukę zagadnień objętych tą tematyką. Uczestnicy mieli okazję do zdobycia wszechstronnej wiedzy z zakresu rehabilitacji kardiologicznej. Tematyka sesji naukowych była bardzo zróżnicowana. Przedstawione zostały między innymi następujące problemy: efekty rehabilitacji kardiologicznej w programie KOS-Zawał; pierwszy rok doświadczeń – oczekiwania i wnioski; humanistyka i psychologia w rehabilitacji kardiologicznej; aktywność ruchowa w prewencji chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych – gorące tematy; choroby towarzyszące a rehabilitacja kardiologiczna; rehabilitacja kardiologiczna – szansa na dłuższe życie Polaków; TAVI – nasza rola przed i po zabiegu; testy wysiłkowe: wytyczne a codzienna praktyka; medycyna stylu życia; niewydolność serca u osób uczestniczących w rehabilitacji kardiologicznej; co nas może zaskoczyć w rehabilitacji kardiologicznej; monitorowanie wydolności fizycznej u osób po zabiegach rewaskularyzacji wieńcowej; znaczenie rokownicze sercowo-płucnych testów wysiłkowych; diabetologia, otyłość, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, transplantacja serca; zaburzenia lipidowe w rehabilitacji kardiologicznej; transplantacja serca i płuc: aktualny stan wiedzy; rola rehabilitacji w prowadzeniu pacjentów po przeszczepie

serca i płuc – doświadczenia ośrodka zabrzańskiego; mechaniczne wspomaganie krążenia – kolejne wyzwania rehabilitacji kardiologicznej; aktywność fizyczna dla osób z chorobą wieńcową i chorobami współwystępującymi; czy zalecenie aktywności fizycznej stanowi problem dla lekarza.

Zagadnienia dotyczące perspektywy ośrodka realizującego moduł rehabilitacji kardiologicznej w programie KOS-zawał przedstawił dr Zbigniew Eysymontt – Dyrektor Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu. Tematem wystąpienia były obserwacje dotyczące profilu pacjentów rehabilitowanych po przebytym zawał serca. To w szczególności po ostrym zespole wieńcowym pojawiają się objawy innych schorzeń lub powikłań wymagających indywidualnego podejścia. Ma to związek zarówno ze zmianami demograficznymi, jak i postępem w leczeniu chorób serca. Wprowadzenie nowoczesnych metod leczenia sprzyja wydłużeniu życia, czego konsekwencją jest wielochorobowość i niesprawność. Dla pacjentów aktywnych zawodowo przed zawałem korzystanie z kompleksowej opieki jest szansą na szybszy powrót do pracy.

Rehabilitacja kardiologiczna jest skoordynowanym, wielokierunkowym oddziaływaniem podejmowanym u pacjentów z chorobą niedokrwinną i niewydolnością serca, a w szczególności po ostrym zespole wieńcowym (zawał serca) czy zabiegu kardiochirurgicznym. Prowadzenie kompleksowej rehabilitacji umożliwia chorym samodzielne funkcjonowanie, poprawia jakość życia, wielokrotnie prowadzi również do wyeliminowania czynników ryzyka i zmniejsza zaburzenia chorobowe. Temat przewodni tego rocznego spotkania nawiązuje do korzeni oraz teraźniejszości w rehabilitacji kardiologicznej. Duży dorobek naukowy w tej dziedzinie pozwala na wprowadzenie zmian w dotychczasowym systemie nadzoru nad pacjentem, rehabilitacji i profilaktyce. W ciągu lat kształtowały się poglądy na temat postępowania wobec chorych po incydentach wieńcowych. Ewolowały od zaleceń przebywania w łóżku przez 6–8 tygodni poprzez tzw. terapię krzesłkową (wypoczynek w pozycji siedzącej) po trwające od 3 do 5 minut spacerów po 4 tygodniach od zawału serca. Ostatnie obserwacje wykazują, że wcześniejsze uruchamianie chorych chroni ich przed incydentami zatorowo-zakrzepowymi i nie naraża na dodatkowe ryzyko.

23 Sympozjum Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Ustroniu/ Wiśle było ważnym forum dyskusyjnym. Udział w obradach wykładowców ze znaczących placówek naukowych, specjalistów kardiologii i rehabilitacji kardiologicznej oraz przedstawicieli administracji rządowej był okazją do wzajemnej wymiany bogatej wiedzy i doświadczeń uczestników.

■ **26–29 maja** w Zamku Biskupim w Janowie Podlaskim odbyła się 18 edycja Międzynarodowej Konferencji Zwalczania Hałasu Noise Control 2019, zorganizowana przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy oraz Komitet Akustyki Polskiej Akademii Nauk. Konferencja została objęta honorowym patronatem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Głównego Inspektora Ochrony Środowiska.

Rozwój gospodarczy i postępujący wraz z nim dynamiczny wzrost infrastruktury wyeliminował ciszę z najbliższego otoczenia człowieka. Nasz organizm odbiera hałas jako niebezpieczne dla zdrowia potencjalne zagrożenie, które wpływa negatywnie na cały organizm i przyczynia się do uszkodzeń narządu słuchu. Długotrwałe przebywanie w strefie hałasu obniża odporność, powoduje poważne zaburzenia równowagi emocjonalnej i fizycznej. Dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że kłopoty ze zdrowiem i samopoczuciem z powodu nadmiernego hałasu dotyczą niemal co drugiego Europejczyka. Osób niedosłyszących przybywa tak szybko, że zjawisko to zostało uznane za epidemię XXI wieku.

Problem zagrożenia hałasem i wibracjami istnieje w Polsce od lat. W świetle danych prezentowanych podczas konferencji w 2017 r. zwiększonej emisji na hałas oraz narażeniu na drgania i wibracje podlegało ponad 185 tysięcy zatrudnionych, a w 2012 r. – ponad 195 tysięcy. Zatrudnia się zatem coraz więcej pracowników i w ciągu ostatnich 5 lat ubyło około 4% zagrożonych hałasem.

W konferencji Noise Control 2019 w uczestniczyło 106 osób – głównie z Polski, ale przybyli również goście z Kanady, Niemiec, Rumunii, Słowacji i Włoch zajmujący się zagadnieniami ograniczania wpływu hałasu i drgań na człowieka i środowisko. W większości byli to pracownicy nadzorujące warunki pracy i środowiska. Dużą grupę uczestników konferencji stanowili także producenci i dystrybutorzy aparatury i środków redukcji hałasu, a także przedsiębiorcy poszukujący nowoczesnych rozwiązań z zakresu ograniczania wibracji i hałasu w środowisku pracy. Zagrożenia te powodują znaczące skutki społeczne i ekonomiczne. Obniżenie poziomu hałasu poprawia warunki życia oraz ma bezpośredni pozytywny wpływ na środowisko pracy i ekosystem.

Wydarzenie w Janowie Podlaskim było okazją do popularyzacji najnowszych osiągnięć, m.in. z zakresu ochrony człowieka przed zagrożeniem hałasem i drganiami mechanicznymi, monitoringu akustycznego środowiska przemysłowego i naturalnego, projektowania rozwiązań i urządzeń ograniczających wpływ hałasu i drgań na środowisko pracy oraz środowisko naturalne.

Podczas 18 edycji Międzynarodowej Konferencji Zwalczania Hałasu Noise Control 2019



Uczestnicy
18 Międzynarodowej
Konferencji Zwalczania
Hałasu Noise Control
2019

Fot. CIOP-PIB

wygłoszono 65 referatów – 10 podczas sesji plenarnych i 55 podczas sesji tematycznych. Prezentowane były wyniki badań naukowych i prac rozwojowych dotyczących wpływu hałasu na organizm człowieka, właściwości środków ochrony indywidualnej, działania z zakresu edukacji, a także kierunki prac normalizacyjnych oraz sposoby realizacji konkretnych rozwiązań technicznych w zakresie walki z hałasem. Referaty dotyczące tych zagadnień wygłosili wybitni naukowcy z ośrodków krajowych i zagranicznych.

W programie tegorocznej konferencji znalazła się również sesja praktyczna, podczas której wystawcy prezentowali rozwiązania wspomagające działania na rzecz ograniczania hałasu i drgań mechanicznych. Swoimi projektami, rozwiązaniami praktycznymi i organizacyjnymi z zakresu ograniczania hałasu i wibracji w środowisku pracy dzielili się przedstawiciele przedsiębiorstw należących do Forum Liderów Bezpiecznej Pracy CIOF.

■ **26–27 września** w Warszawie pod patronatem honorowym Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Rady Ochrony Pracy odbyło się III Ogólnopolskie Forum Służby BHP „Bezpieczeństwo pracownika przyszłości”. Konferencję zorganizował Zarząd Główny Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pracowników Służby Bezpieczeństwa i Higieny Pracy we współpracy z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym. Partnerami

konferencji byli: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwowa Inspekcja Pracy, Urząd Dozoru Technicznego, Wyższy Urząd Górniczy, Główny Instytut Górnictwa.

Spotkanie otworzyła Elżbieta Bożejewicz, prezes Stowarzyszenia. W wystąpieniu powitałym nawiązała do uwarunkowań historycznych i społecznych bezpieczeństwa i higieny pracy – interdyscyplinarnej nauki, która zajmuje się kształtowaniem właściwych warunków pracy. Prezes Bożejewicz wskazała zależności zachodzące na rynku pracy, na które wpływ mają: pojawienie się nowych technologii, nowelizacje w prawie pracy z powodu migracji pracowników oraz wszechobecna konkurencja. Są to nowe wyzwania, które coraz częściej stawiane są przed inspektorami bhp. Aby zatem praca zawodowa była źródłem satysfakcji pracowników, specjaliści ds. bezpieczeństwa i higieny pracy muszą być kompetentnymi doradcami reprezentującymi pracodawców.

Tematyka jednej z debat podczas III Forum dotyczyła bezpieczeństwa zatrudnionych w przemyśle 4.0 opartym na potencjale maszyn i urządzeń połączonych siecią internetową. Koncepcja ta przewiduje, że w nowoczesnej fabryce nastąpi intensywne wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnej (ICT), a będą ją wyróżniać elastyczność produkcji, wydajność i ergonomia. W fabryce przyszłości będzie możliwa produkcja coraz mniejszych partii

III Ogólnopolskie
Forum
Służby BHP.
Bartosz Gaca,
Wicedyrektor
Departamentu
Prewencji
i Rehabilitacji
przedstawia
prezentację

Fot. M. Dziegielewska



wyrobów realizowanych w systemie przepływu jednej sztuki w bardzo krótkim czasie. Produkowane elementy uzyskują dostęp do świata IT i samodzielnie będą sterować swoim postępem wytwarzania. Innym wątkiem konferencji były zagrożenia chemiczne. W gronie praktyków dyskutowano na temat zagrożeń chemicznych w środowisku pracy, a w szczególności stosowania procedur w sytuacjach awaryjnych oraz trudności w wypełnianiu wymogów prawnych podczas stosowania substancji chemicznych. III Forum Służby BHP było również okazją do wymiany poglądów o nowych formach zatrudnienia oraz zadaniach służby bhp w krajach Unii Europejskiej. Zwrócono też uwagę na problem zagrożeń spowodowanych elastycznymi formami świadczenia pracy.

Uczestnicy konferencji wzięli udział w pięciu panelach tematycznych. Dyskutowali m.in. na temat aktualnych, a także przyszłych kierunków w zakresie bezpieczeństwa człowieka w środowisku pracy. Podczas spotkania głos zabrali m.in. Zbigniew Janowski – wiceprzewodniczący Rady Ochrony Pracy, prof. dr hab. n. med. Danuta Koradecka – dyrektor CIOP-PIB oraz przedstawiciele: Głównego Inspektoratu Pracy, Urzędu Dozoru Technicznego, Wyższego Urzędu Górniczego, Głównego Instytutu Górnictwa i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Drugiego dnia III Forum Służby BHP odbyła się sesja międzynarodowa z udziałem

przedstawicieli europejskiej organizacji ENSHPO (European Network of Safety and Health Professional Organisations), której OSPSBHP jest członkiem. Dyskutowano na temat kształcenia służby bhp w krajach Unii Europejskiej oraz podejmowania wspólnych działań na rzecz bezpieczeństwa i ochrony życia zatrudnionych. Kolejna sesja obejmowała zagadnienia oceny ryzyka zawodowego w systemie zarządzania bezpieczeństwem, a także perspektywy i wyzwania, przed którymi stoi służba bhp w Europie. Na zakończenie konferencji poruszono tematykę systemu szkolenia specjalistów bezpieczeństwa pracy, w tym potrzeby wprowadzenia do kształcenia specjalizacji branżowej dla służby bhp.

■ **6 listopada** w kinie Kultura w Warszawie odbył się uroczysty finał trzeciej edycji konkursu fotograficzno-filmowego O!ZNAKI PRACY, organizowanego przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (CIOP-PIB). Temat przewodni tej edycji brzmiał: „O!ZNAKI PRACY 2019. Praca z punktu widzenia”.

Finał konkursu połączony był z pokazem filmów i wernisażem wystawy nagrodzonych zdjęć. Uczestnicy uroczystości obejrzeli najlepsze filmy, nagrodzone we wszystkich dotychczasowych edycjach konkursu. W uroczystości wzięli udział przedstawiciele urzędów



Laureaci
Nagrody
Głównego
Inspektora
Pracy im. Haliny
Krahelskiej 2019

Fot. M. Olejnik

centralnych, współpracujących z CIOP-PIB, m.in. Główny Inspektor Pracy Wiesław Łyszczek, zastępca dyrektora Departamentu Prawa Pracy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Dariusz Głuszkiewicz, przedstawicielka Rady Ochrony Pracy przy Sejmie RP Renata Górna, przedstawiciele partnerów i sponsorów konkursu oraz członkowie jury i uczestnicy konkursu.

Członkowie jury konkursu fotograficznego i filmowego O!ZNAKI PRACY 2019 dokonali oceny ok. 600 prac spełniających wymagania regulaminu. Zgodnie z regulaminem w tym roku jury wyłoniło nagrody w trzech kategoriach: fotografia, film i multimedia oraz cykle zdjęć.

W kategorii *Fotografia* jury przyznało Grand Prix Konradowi Kozłowskiemu za zdjęcie *Sztuka prze(życia)*. Wyróżniono trzy fotografie Tadeusza Koniarza: *Jak mrówki*, *Mona Lisa*, *W sieciach*. Wyróżniono również pracę Roberta Wierzbickiego *Asystent osób niepełnosprawnych* – 4.

Nagrodę honorową uczestników konkursu otrzymał Jacek Cisko za fotografię *Technik turbin wiatrowych*, a dwie równorzędne nagrody im. Sztucznej inteligencji przypadły Katarzynie Kruk za zdjęcie *Dzika radość w pracy* oraz Kosmie Kołodziejowi za zdjęcie *Kustosz*.

W kategorii *Film i multimedia* ze względu na bardzo wyrównaną punktację nie wybrano laureata nagrody głównej. Przyznano natomiast cztery równoległe wyróżnienia, które otrzymali: Paweł Turlej za film *Caminus*, Maciej W. Sławuski za film *O!ZNAKI PRACY w stolicy – Polska kronika pracowa*, Wojciech Szuster za film *Zregenerowani* oraz Michał Kotwica za filmy *Perła* i *Jaś*. Nagroda honorowa w tej kategorii przyznana przez uczestników konkursu trafiła do Kariny Gorzkowskiej za film *Przemiana*.

W kategorii *Cykle zdjęć* decyzją jury przyznano trzy równorzędne wyróżnienia dla: Piotra Zwarycza za cykl *Idziemy tam, skąd inni uciekają*, Stepana Rudika za cykl *Niewidzialni* oraz Anny Jarosz za cykl *Truckerka*.

Dwa cykle zostały też uhonorowane nagrodą im. Sztucznej inteligencji. Jury nagrodziło nią Roberta Wierzbickiego za cykl *Wycieczka z atrakcjami (Asystent turystyczny osób niepełnosprawnych)* oraz Adama Żądło za cykl *Prawdziwy Dom*.

Partnerzy konkursu wyróżnili również: Piotra Mańczaka za zdjęcie *Ostatni*, Piotra Zwarycza za cykl *Idziemy tam, skąd inni uciekają* i Roberta

Wierzbickiego za cykl *Wycieczka z atrakcjami (Asystent turystyczny osób niepełnosprawnych)*. Wyróżnienie Inspekcji Pracy przekazano Robertowi Wierzbickiemu. Wszystkie nagrodzone prace można obejrzeć na stronie internetowej konkursu pod adresem: <https://oznakipracy.ciop.pl/>.

■ **19–22 listopada** w Zegrzu odbyła się 12 Ogólnopolska Konferencja „Środki redukcji ryzyka zawodowego”, którą zorganizowała redakcja miesięcznika ATEST – Ochrona Pracy.

Przedsięwzięcie ma charakter cyklicznych spotkań praktyków z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy. W gronie uczestników znalazły się zarówno osoby od lat zajmujące się tematyką bezpieczeństwa pracy, jak i inspektorzy rozpoczynający dopiero pracę w zawodzie. Konferencja miała na celu upowszechnianie wiedzy na temat działań zmierzających do zmniejszenia liczby wypadków i chorób zawodowych, a w szczególności wszechstronnego poznania tematyki oceny ryzyka zawodowego. Kwestie te były poruszane również na wcześniejszych konferencjach ATESTU. Dyskutowano już o ryzyku w kontekście zagrożeń wypadkowych, identyfikacji przyczyn zagrożeń, jakości pracy służby bhp w ujęciu praktycznym i procedurach bezpiecznej pracy na podstawie oceny ryzyka. Przybliżone zostały zagadnienia związane z miejscem oceny ryzyka w systemie ochrony pracy oraz działaniami podejmowanymi przez pracodawcę i służbę bhp.

Każdy pracownik ponosi ryzyko związane z wykonywaną pracą. Zapewnienie warunków bezpieczeństwa oznacza wyeliminowanie lub ograniczenie zagrożeń występujących w środowisku pracy. Ryzyko zawodowe w rozumieniu przepisów dotyczących bhp oznacza prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń czy zagrożeń związanych z wykonywaną pracą, które powodują straty oraz ich skutki dla zdrowia lub życia pracowników w postaci chorób zawodowych i wypadków przy pracy.

Główne tezy tegorocznego spotkania dotyczyły redukcji ryzyka zawodowego. Bezpieczeństwo i ryzyko to zbiór zasad bhp, które tworzą dopełniającą się całość. Obszar zawiera akceptowalny poziom ryzyka, który powinien być podstawą do podejmowania racjonalnych decyzji związanych ze wszystkimi elementami środowiska pracy (ludzie, obiekty, otoczenie, organizacja). Oznacza to, że najistotniejszym



Uczestnicy
12 Ogólnopolskiej
Konferencji
miesięcznika
ATEST

Fot. Archiwum DPR

zagadnieniem w procesie zarządzania bezpieczeństwem jest dobór środków pozwalających zminimalizować ryzyko do poziomu akceptowalnego. Zarządzanie bezpieczeństwem w środowisku pracy jest zatem sztuką łączenia i stosowania środków, którymi dysponuje przedsiębiorstwo, tak aby mogło skutecznie osiągać zaplanowane cele.

W programie 12 konferencji ATESTU, zarówno podczas sesji plenarnych, jak i zajęć warsztatowych, najwięcej miejsca zajęły zagadnienia związane z doбором i stosowaniem środków redukcji ryzyka, kryteriami akceptacji lub dyskwalifikacji ryzyka akceptowalnego. Odpowiednio dobrane i wdrażane przez kompetentną służbę bhp środki redukcji ryzyka zawodowego przyczyniają się do poprawy warunków pracy, zmniejszenia narażenia na czynniki szkodliwe i uciążliwe oraz zmniejszenia liczby wypadków i chorób zawodowych. Wszystko to przekłada się na wymierne efekty związane z poprawą zdrowia i komfortu pracy pracowników oraz podniesienia poziomu kultury bezpieczeństwa pracy.

Wydarzenie w Zegrzu cieszyło się dużym zainteresowaniem w środowisku inspektorów i zgromadziło ponad 140 uczestników reprezentujących również przedstawicieli małych, średnich i dużych przedsiębiorstw. Pierwszy dzień konferencji poprzedziły dwie sesje warsztatowe. Chętni uczestnicy wzięli udział w kursie

stosowania nowoczesnych środków ochrony indywidualnej.

W harmonogramie wydarzenia w Zegrzu znalazły się również trzy sesje plenarne, dwie dyskusje panelowe, strefa wystawiennicza i stolik eksperta. Podczas konferencji omówione zostały m.in. następujące zagadnienia: nowoczesne zarządzanie operacyjne z uwzględnieniem zarządzania ryzykiem w praktyce, programy promocji zdrowia w zakładach pracy, kształtowanie kultury pracy i komunikacji w firmach, bezpieczeństwo pracy człowieka z robotem, sposoby zabezpieczenia przed upadkiem z drabin stałych, pierwsza pomoc w kontekście wypadków drogowych i umiejętności udzielania jej przez innych kierowców, różne spojrzenia na zagadnienia związane z montażem i eksploatacją rusztowań, walidacja procedury indywidualizacji odzieży ochronnej dla grupy osób pracujących w środowisku pracy o wysokim stopniu zagrożenia zdrowia i życia – w oparciu o technikę skanowania obrazów trójwymiarowych 3D, bezpieczne ryzyko – kwestie związane z pojęciami podstawowymi, osobowość współczesnego behapowca – ambicje i trudności, kompetencje a możliwości, wynagrodzenie i formy działania.

Podczas konferencji kilka uznanych firm działających w obszarze bezpieczeństwa, w tym: Fellowes, Prosave.pl, Tarbonus, Filter Service, Alfa i Omega, Ejendals, PPO, BHP VR,

przedstawiło pełną gamę swoich produktów. W strefie wystawienniczej stoiska eksperckie prezentowały projekty, rozwiązania, usługi i wyroby potwierdzające nowoczesność danej marki. Ekspozycje wybranych środków ochrony indywidualnej dopełniły bogaty program konferencji, dzięki czemu podkreśliły innowacyjność rozwiązań w obszarze ochrony zdrowia pracowników. W przestrzeni poświęconej partnerom i patronom usytuowano stolik eksperta. Eksperci z firmy SEAM Group udzielali porad i wyjaśnień związanych z obsługą techniczną obiektów, badaniem ich stanu technicznego, bezpieczeństwem oraz zarządzaniem majątkiem.

Kolejne wydarzenie podczas konferencji w Zegrzu to ogłoszenie werdyktu w konkursie ZŁOTE SZEKLI. W tym roku laureatami w kategorii Promotor działań na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia pracowników zostali Bogumił Dudek i Grzegorz Szałas. Nagrody zostały przyznane za osiągnięcia zawodowe, wyróżniający się dorobek twórczy oraz pracę społeczną na rzecz Stowarzyszenia Pracowników Służby BHP i Stowarzyszenia Elektryków Polskich. O wyborze laureatów zdecydowały ich pasja i zaangażowanie w promowanie bezpieczeństwa w środowisku pracy, a w szczególności problematyki zagrożeń zawodowych w pracy pod napięciem, oraz organizację niestandardowych form szkolenia z zakresu bhp. W tegorocznej edycji ZŁOTE SZEKLI trafiły do rąk autorów

licznych artykułów oraz wystąpień konferencyjnych prezentujących nowatorskie podejście do problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy.

■ **21 listopada** w Katowicach pod patronatem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odbyła się wspólna konferencja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Uniwersytetu Śląskiego „Bezpieczeństwo i zdrowie w pracy. 15 lat prewencji wypadkowej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych”. Podczas spotkania zostały przedstawione najnowsze osiągnięcia naukowe dotyczące ograniczania zagrożeń występujących w środowisku pracy. Wydarzenie było również okazją do wymiany doświadczeń w zakresie działań podejmowanych na rzecz poprawy bezpieczeństwa pracy osób zatrudnionych w obszarach zagrożeń. Podsumowano inicjatywy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie prewencji wypadkowej podejmowane w ciągu 15 lat realizowania zadań promujących bezpieczniejsze i zdrowsze warunki pracy. Dbanie o zdrowie pracowników ma bezpośredni i wymierny wpływ na wydajność pracy, a zatem również przyczynia się do poprawy stabilności systemów zabezpieczenia społecznego.

W konferencji wzięli udział przedstawiciele ośrodków naukowych, urzędów centralnych, oddziałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, stowarzyszeń i organizacji działających w ochronie pracy oraz studenci Uniwersytetu

Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Bezpieczeństwo i zdrowie w pracy. 15 lat prewencji wypadkowej z ZUS”

Fot. M. Dziągiewska



Śląskiego. Wystąpienia inauguracyjne wygłosili: prof. dr hab. Tomasz Pietrzykowski – prorektor Uniwersytetu Śląskiego i prof. dr hab. Gertruda Uścińska – prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W sesji plenarnej zabrali głos m.in. prof. dr hab. Danuta Koradecka – dyrektor Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, Wiesław Łyszczek – Główny Inspektor Pracy i Elżbieta Dobrowolska – dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS.

■ **26 listopada** w Zamku Królewskim w Warszawie pod patronatem Marszałka Sejmu RP Elżbiety Witek odbyła się uroczystość wręczenia nagrody Głównego Inspektora Pracy im. Haliny Krahelskiej. Nagroda jest przyznawana za wybitne osiągnięcia w dziedzinie poprawy warunków pracy i eliminowania zagrożeń dla zdrowia i życia w środowisku pracy. Krahelska była działaczką niepodległościową, a w II Rzeczypospolitej tworzyła podstawy funkcjonowania inspekcji pracy. Nagroda jej imienia jest najwyższym wyróżnieniem, jakie można otrzymać za wkład w działania na rzecz bezpiecznego środowiska pracy.

Podczas tegorocznej edycji nagrody Dorota Bieniasz, członek zarządu ZUS, została uhonorowana za działania podejmowane na rzecz poprawy warunków pracy. W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w pionie nadzorowanym przez wiceprezes Bieniasz realizowany jest program dofinansowania działań skierowanych na utrzymanie zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej. Dofinansowanie dla płatników składek skutecznie promuje kwestie bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy. Dotychczas wsparcie otrzymało blisko 5,4 tys. przedsiębiorców na łączną kwotę ok. 374 mln zł. W tegorocznym konkursie na dofinansowanie projektów dotyczących poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy doceniono pracodawców, którzy zatrudniają osoby z niepełnosprawnością. Zauważeni zostali również pracodawcy działający w regionach o najwyższym wskaźniku wypadków przy pracy. Dzięki inicjatywom promowanym przez prezes Dorotę Bieniasz działania prewencyjne ZUS podejmowane są we współpracy m.in. z Państwową Inspekcją Pracy, Wyższym Urzędem Górniczym, Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi czy Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym. W efekcie powstają

innowacyjne projekty, które pozytywnie wpływają na poprawę bezpieczeństwa warunków pracy w całym kraju, a tym samym pomagają zmniejszyć liczbę wypadków przy pracy.

Wśród uhonorowanych tegoroczną nagrodą im. H. Krahelskiej znaleźli się m.in.: Karol Bielski – dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego SP ZOZ w Warszawie, Joanna Bugajska – pracownik naukowy Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, Wojciech Buczak – wicemarszałek województwa podkarpackiego, Ireneusz Lewandowski – komendant żaglowca Dar Młodzieży, Piotr Górny – działacz Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”, Krzysztof Król – Wiceprezes Wyższego Urzędu Górniczego. Podczas spotkania w Zamku Królewskim nagrody wręczali: Marlena Małąg – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Stanisław Szwed – sekretarz stanu w tym ministerstwie i Wiesław Łyszczek – Główny Inspektor Pracy. W imieniu laureatów Nagrody Głównego Inspektora Pracy im. Haliny Krahelskiej podziękował Wojciech Buczak.

■ **12 grudnia** w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odbyła się coroczna uroczystość wręczenia nagród laureatom Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy. Organizatorem Konkursu jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, sekretariat prowadzi Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy. W skład komisji konkursowej weszli eksperci zgłoszeni przez współorganizatorów: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Ministerstwo Przedsiębiorczości i Technologii, Ministerstwo Zdrowia, Państwową Inspekcję Pracy, Wyższy Urząd Górniczy, Urząd Dozoru Technicznego, Naczelną Organizację Techniczną (FSNT-NOT), Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Business Centre Club, Konfederację Lewiatan, Związek Rzemiosła Polskiego, Komisję Krajową NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych i Forum Związków Zawodowych.

Przedmiotem konkursu są wdrożone rozwiązania techniczne i technologiczne, przedsięwzięcia organizacyjne i edukacyjne, a także prace naukowo-badawcze, których za-

stosowanie służy kształtowaniu bezpiecznych warunków pracy na poziomie europejskim. Przedsięwzięcie jest realizowane w trzech kategoriach: Kategoria A – Rozwiązania techniczne i technologiczne, Kategoria B – Prace naukowo-badawcze, Kategoria C – Przedsięwzięcia organizacyjne i edukacyjne.

Celem konkursu jest inspirowanie do podejmowania działań oraz upowszechniania opracowań i rozwiązań poprawiających bezpieczeństwo i warunki pracy. Przedsięwzięcie jest najstarszym tego rodzaju konkursem w Polsce i od niemal pół wieku przyczynia się do podniesienia poziomu ochrony zdrowia i życia w środowisku pracy. Ma bezpośredni wpływ na poprawę warunków pracy kilkuset tysięcy osób. Laureaci konkursu wykorzystują otrzymane nagrody do promocji opracowań oraz swoich firm zaangażowanych w tworzenie bezpiecznych warunków pracy w ramach Społecznej Odpowiedzialności Biznesu (CSR). Organizatorzy starają się zachęcić pracodawców i pracowników do dzielenia się swoimi pomysłami, których zastosowanie wpływa na eliminację lub zmniejszenie zagrożenia czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy. Ma to zasadnicze znaczenie nie tylko dla poprawy jakości i warunków pracy, lecz także dla konkurencyjności. Instytucje i podmioty działające w obszarze obejmującym przeciwdziałanie wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym mają przed sobą wciąż nowe wyzwania. Szukają także sposobów wyeliminowania lub zmniejszenia zagrożenia czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy.



Laureaci nagrody II stopnia w 47 edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy

Fot. CIOP-PIB

Podczas 47 edycji Konkursu Poprawy Warunków Pracy rozpatrywane były projekty i przedsięwzięcia oraz prace naukowo-badawcze, które już znalazły lub wkrótce znajdą zastosowanie w praktyce. Wnioski zawierają również syntetyczne opisy rozwiązania technicznego/ organizacyjnego wzbogacone rysunkami i zdjęciami. Wnioskodawcy przedstawiają wyniki pomiarów w obszarze środowiska pracy przed i po zastosowaniu rozwiązania, wskazują liczbę osób, którym poprawiono warunki pracy, potwierdzenie wdrożenia rozwiązania, posiadanie certyfikatów dopuszczających do użytkowania, które dokumentują zgodność zgłaszanych rozwiązań z wymaganiami prawa. Komisja konkursowa ocenia prace popularyzujące oryginalne opracowania lub przedsięwzięcia organizacyjne z obszaru bezpieczeństwa i ochrony zdrowia człowieka w środowisku pracy z różnych działów gospodarki, wdrożone w ciągu ostatnich dwóch lat. Upowszechnianie wyróżnionych prac pozwala na wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań technologicznych, które przyczyniają się do zmniejszenia ryzyka związanego z użytkowaniem maszyn i urządzeń, oraz umożliwia wyjaśnianie przyczyn wypadków przy pracy.

Konkurs od lat cieszy się zainteresowaniem pomysłodawców i racjonalizatorów, w tym m.in. pracowników, zespołów naukowców, projektantów i specjalistów inżynierjno-technicznych. W 47 edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy Komisja Konkursowa oceniła łącznie 72 wnioski konkursowe, w tym 33 wnioski należały do kategorii Rozwiązania techniczne zastosowane w praktyce, 34 wnioski popularyzujące bezpieczeństwo pracy w kategorii Przedsięwzięcia organizacyjne i edukacyjne. W kategorii Prace naukowo-badawcze oceniono 6 prac z możliwością ich wykorzystania w praktyce.

W 47 edycji Konkursu Poprawy Warunków Pracy w kategorii Rozwiązania techniczne i technologiczne nagrodę pierwszego stopnia otrzymali pomysłodawcy zastosowania mobilnego urządzenia czyszczącego MUC 2. Rozwiązanie powstało w Instytucie Techniki Górniczej KOMAG w Gliwicach we współpracy z Biurem Techniczno-Handlowym Waldemar Korolew w Bielsku-Białej. Nagrodę drugiego stopnia przyznano zespołowi autorów z PGE GiEK S.A. oddział Elektrownia Bełchatów za wdrożenie drona inspekcyjnego do przeglądów

wizualnych i termograficznych trudno dostępnych miejsc i urządzeń technologicznych. Nagrodą trzeciego stopnia uhonorowano dwa zespoły autorów. Pierwszą wręczono za modernizację suwnicy Q-100 T – zaprojektowanie i wykonanie stałego systemu asekuracji zbiorowej chroniącej przed upadkiem z wysokości na podłożu suwnicy w budynku maszynowni. Laureatami tej nagrody jest zespół autorów firmy Enea Elektrownia Połaniec S.A. Druga nagroda przypadła zespołowi autorów z firmy Lumileds S.A. w Pabianicach za opracowanie poprawy warunków pracy pracowników produkujących konwencjonalne lampy samochodowe w narażeniu na czynnik chemiczny: dwutlenek siarki, poprzez montaż dodatkowej wentylacji na stanowiskach pracy. W kategorii Prace naukowo-badawcze Kapituła przyznała nagrodę pierwszego stopnia zespołowi autorów z Polskiej Grupy Górniczej S.A. KWK ROW Ruch Chwałowice w Rybniku i Politechniki Śląskiej za opracowanie metody ograniczenia zagrożenia pożarami endogenicznymi w kopalniach węgla kamiennego.

Zespół wykonawców z KGHM CUPRUM Sp. z o.o. CBR we Wrocławiu i Uniwersytetu Wrocławskiego został uhonorowany nagrodą drugiego stopnia za opracowanie wstępnej propozycji metodologii z zakresu zarządzania wiekiem w przedsiębiorstwach wydobywczych w odniesieniu do zmieniających się warunków demograficznych. Pomysłodawcy i wykonawcy ogrzewanej rękawicy do ochrony przed zimnem z Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, Politechniki Warszawskiej, firmy JAKAR Sp. j. w Radomiu oraz REK-SWED Sp. z o.o. w Złotowie otrzymali nagrodę przyznaną przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

W kategorii Przedsięwzięcia organizacyjne i edukacyjne nagrodę pierwszego stopnia otrzymał zespół autorów z TRAKCJA PRKiL S.A. w Warszawie za opracowanie elektronicznej aplikacji BHP jako narzędzia do monitorowania stanu BHP oraz zagrożeń na budowie. Przyznane zostały dwie nagrody drugiego stopnia. Pierwszą z nich otrzymali autorzy wirtualnej rzeczywistości jako narzędzia wykorzystywanego podczas szkoleń w Polskiej Grupie Górniczej S.A. Druga przypadła realizatorom teledysków muzycznych *Tango w przebudowie*, *Zabawa w rabunek* oraz *Bezpieczny zestaw* jako narzędzia wykorzystywanego podczas szkoleń

z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy w Polskiej Grupie Górniczej S.A. Nagrodą trzeciego stopnia uhonorowani zostali pomysłodawcy kampanii „Moda na bezpieczeństwo” spersonalizowanej na bezpieczeństwo dla pracowników Kimball Electronics Poland Sp. z o.o. promującej bezpieczeństwo w pracy i po pracy. Jej motywem przewodnim jest hasło „W pracy i po pracy – ubierz się w bezpieczeństwo”.

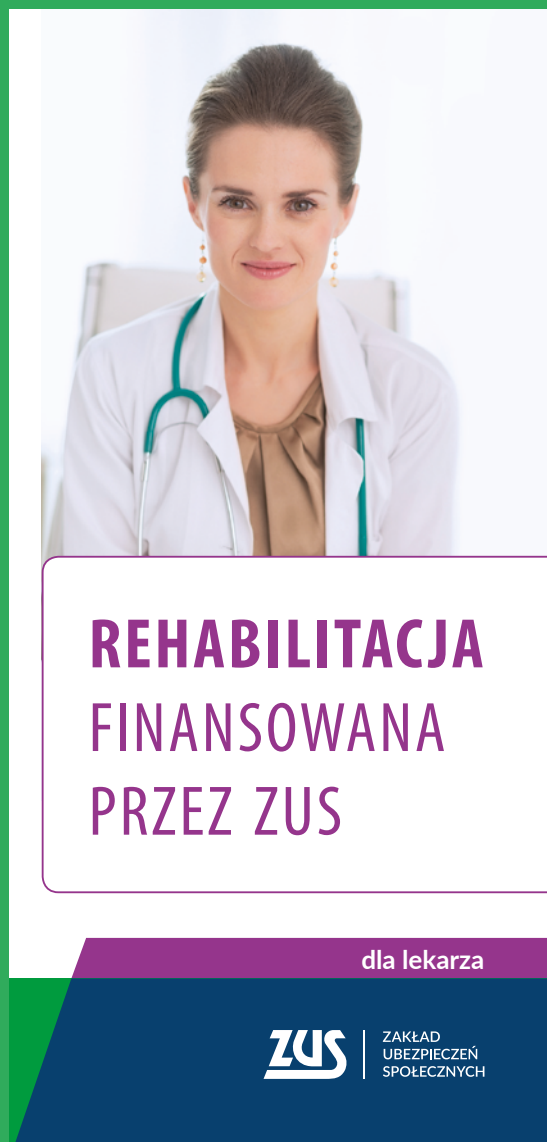
Kapituła 47 edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy nagrodziła dyplomami i statuetkami autorów 10 prac, przyznała 15 wyróżnień, a do kolejnych 12 nagrodzonych wysłano wyrazy uznania i gratulacje w formie listownej. Laureatom konkursu nagrody wręczali: Marlena Małag – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Stanisław Szwed – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Danuta Koradecka – przewodnicząca Sądu Konkursowego i dyrektor Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego.

W imieniu nagrodzonych głos zabrał Robert Sobieraj – prezes firmy Lumileds S.A. w Pabianicach, który doceniając inicjatywę organizowania Konkursu, podkreślił sens pracy, a szczególnie tej wykonywanej z pasją. Zwracając się do zebranych, zaznaczył, że wykonawcom i wszystkim nagrodzonym jest szczególnie miło, że Kapituła Konkursu dostrzegła rezultaty ich pracy oraz tę niepowtarzalną wartość dodaną. Satysfakcja jest tym większa, że Kapituła zauważyła wśród przestanych na konkurs projektów i opracowań te, które wnoszą coś nowego do szeroko rozumianego obszaru ochrony pracownika w środowisku pracy. Otrzymane statuetki i dyplomy są wynikiem dostrzeżenia pracy zespołowej i jednocześnie motywują do podejmowania kolejnych inicjatyw na rzecz przeciwdziałania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym. Podczas uroczystości wręczenia dyplomów Laureatom 47 edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy Zakład Ubezpieczeń Społecznych reprezentowały Elżbieta Dobrowolska – dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji i Irena Sajkowska – członek Sądu Konkursowego.

Irena Sajkowska
Departament Prewencji i Rehabilitacji

Lekarzu, aby ułatwić Ci kierowanie pacjentów na rehabilitację, przygotowaliśmy dla Ciebie ulotkę *Rehabilitacja finansowana przez ZUS*. Znajdziesz tam m.in. informacje:

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



Na rehabilitację możesz kierować:

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

Wniosek możesz wystawić:

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

Wniosek musi zawierać:

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

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

www.zus.pl

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

Należy otworzyć zakładkę [Baza wiedzy], wejść w [Biblioteka ZUS] i wybrać [Czasopisma].

Można tam znaleźć wszystkie numery „Prewencji i Rehabilitacji” wydane od 2009 roku.

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

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

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