

ISSN 1731-8971

ZUS

PREWENCJA i REHABILITACJA

kwartalnik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

nr 1 (31)

2013



PREWENCJA i REHABILITACJA

Spis treści

- 1** **Zawał serca, a powrót do pracy – fakty i mity**
— *Aleksandra Wilczek-Banc*
- 7** **Telerehabilitacja**
— *Bożena Wierzyńska*
- 10** **Rola rehabilitacji leczniczej w przywracaniu zdolności do pracy**
— *Anna Sójka*
- 13** **Zaburzenia głosu o podłożu zawodowym – jak leczyć i zapobiegać?**
— *Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi*
- 17** **Stanowisko Rady Ochrony Pracy w sprawie działań skierowanych na realizację strategii Wspólnoty Europejskiej na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia w pracy**
— *Izabela Katarzyna Mrzygłocka*
- 18** **Wydarzenia, opinie – 2012**
— *Irena Sajkowska*



Zbigniew Derdziuk
Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Finalista V edycji konkursu
„ZNAKOMITY PRZYWÓDCA”



Zawał serca, a powrót do pracy – fakty i mity

Chorobą niedokrwioną serca nazywamy zespół objawów klinicznych, spowodowanych niedostateczną podażą tlenu i substratów energetycznych w stosunku do aktualnego zapotrzebowania mięśnia sercowego. W ciągu ostatnich lat nadal obserwuje się wzrost liczby ostrych zespołów wieńcowych u ludzi starszych, a z drugiej strony pierwsze wystąpienie choroby wieńcowej dotyczy często osób w młodym wieku, aktywnych zawodowo.

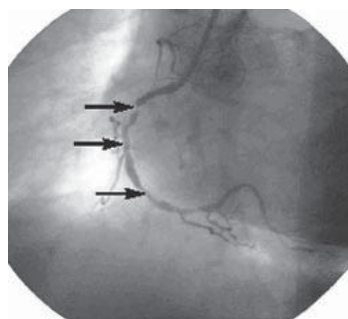
Wprowadzenie

Do przyczyn powstawania niedokrwienia należą organiczne procesy zwężające tętnice wieńcowe o różnorodnej etiologii, głównie miażdżycowej, oraz zaburzenia czynnościowe tych tętnic, a także zakłócenia metabolizmu miokardium.

Miażdżyca tętnic wieńcowych, która jest odpowiedzialna za ponad 80% przypadków choroby niedokrwiennej serca, rozpoczyna się często w pierwszej dekadzie życia człowieka. Po okresie utajonym powoduje występowanie objawów klinicznych, manifestujących się w sposób przewlekły jako **stabilna (wysiłkowa) dławica piersiowa**, bądź jako tzw. **ostry zespół wieńcowy (OZW)**.¹

Rycina 1

Krytyczne zwężenia prawej tętnicy wieńcowej



¹ M. A. Kośmicki, *Choroba niedokrwionna serca w Polsce i na świecie – nierozwiązany w pełni problem*, Kardiologia Oparta na Faktach 2010, nr 1, s. 35-48.

Definicja zawału serca²

Termin ostry zawał serca (MI) powinno się stosować w sytuacji klinicznej wskazującej na ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego. W takim przypadku spełnienie jednego z poniższych kryteriów pozwala na rozpoznanie MI:

- wykrycie wzrostu i/lub spadku wartości biomarkera sercowego [najlepiej troponiny sercowej (cTn)], przy co najmniej jednej wartości powyżej 99. centyla górnej granicy wartości referencyjnej (URL) oraz wystąpienie co najmniej jednego z następujących objawów:
 - niedokrwienie,
 - nowe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB),
 - powstanie patologicznych załamek Q w EKG,
 - nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
 - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym lub w autopsji,
- zgon sercowy z objawami wskazującymi na niedokrwienie mięśnia sercowego i przypuszczalnie z nowymi zmianami niedokrwionymi w EKG lub nowym LBBB, przy czym zgon wystąpił przed oznaczeniem biomarkerów sercowych lub nim stężenie biomarkerów sercowych we krwi mogło się zwiększyć,
- MI związany z przeszklaną interwencją wieńcową (PCI) jest zdefiniowany arbitralnie jako wzrost wartości cTn ($> 5 \times 99.$ centyla URL) u pacjentów z prawidłowymi wartościami wyjściowymi ($\leq 99.$ centyla URL) lub wzrost wartości cTn $> 20\%$, jeśli wartości

² Za: *Trzecia uniwersalna definicja zawału serca*, Kardiologia Polska 2012, t. 70, supl. V, s. 237.

początkowe były podwyższone i stabilne lub spadły. Dodatkowo wymagane są: (a) objawy wskazujące na niedokrwienie mięśnia sercowego lub (b) nowe zmiany niedokrwienne w EKG, lub (c) obraz angiograficzny zgodny z powikłaniami zabiegu, lub (d) uwidocznienie za pomocą badań obrazowych nowego ubytku żywnego mięśnia sercowego lub nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,

- MI związany z zakrzepicą w stencie rozpoznaje się w przypadku wykrycia zakrzepicy za pomocą koronarografii lub autopsji w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem wartości biomarkerów sercowych, gdy co najmniej jedna wartość przekracza 99. centyl URL,

- MI związany z pomostowaniem tętnic wieńcowych (CABG) jest zdefiniowany arbitralnie jako wzrost wartości cTn ($> 10 \times 99.$ centyla URL) u pacjentów z prawidłowymi wartościami wyjściowymi cTn ($\leq 99.$ centyla URL). Dodatkowo konieczne jest stwierdzenie: (a) nowych patologicznych załamków Q lub nowego LBBB lub (b) udokumentowanie w badaniu angiograficznym nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej pacjenta, lub (c) uwidocznienie nowego ubytku żywnego mięśnia sercowego lub nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości.

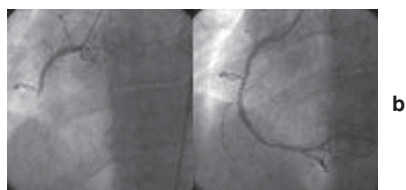
■ Kryteria przebytego zawału serca

Spełnienie któregośkolwiek z poniższych kryteriów pozwala na rozpoznanie przebytego MI:

- patologiczne załamki Q z objawami lub bez nich przy braku przyczyn nie-niedokrwiennych,
- obecność w badaniach obrazowych odcinkowego ubytku żywnego mięśnia sercowego, z jego ścięciem i akinezą, przy braku przyczyn nie-niedokrwiennych,
- obraz histopatologiczny przebytego MI.

Rycina 2

Prawa tętnica wieńcowa zamknięta w czasie zawału (a) i otwarta po plastyce (b)



Leczenie ostrego zespołu wieńcowego

W dzisiejszych czasach najważniejsza metoda leczenia OZW, w tym zawału serca, to leczenie inwazyjne w pracowniach hemodynamicznych (patrz: fotografie 1 i 2).³ Liczba tych pracowni i wykonywa-

³ Wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrego zespołu wieńcowego bez przetrwałego uniesienia odcinka ST, Kardiologia Polska 2011, t. 69, supl. V.

nych tam zabiegów, zarówno diagnostycznych (koronarografia) jak i terapeutycznych – przezskórnych interwencji wieńcowych (*percutaneous coronary intervention* – PCI), rośnie z roku na rok.



Pracownia hemodynamiczna.

Obecnie w kraju mamy 137 pracowni. Liczba ta wskazuje, że obecnie na 1 mln mieszkańców przypada 3,6 ośrodka kardiologii inwazyjnej, innymi słowy – jeden ośrodek przypada na około 280 tys. mieszkańców. Co ważne, większość z nich, bo aż 114 (83%), prowadzi 24-godzinne dyżury hemodynamiczne, przyjmując pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi.

W leczeniu ostrego zespołu wieńcowego liczy się czas, jaki upływa od pierwszego kontaktu medycznego (*First Medical Contact* – FMC) do plastyki naczyń:

- preferowany czas od FMC do EKG i rozpoznania ≤ 10 min,
- preferowany czas od FMC do fibrynolizy ≤ 30 min,
- preferowany czas od FMC do pierwotnej PCI (*door-to-balloon*) w szpitalach wykonujących pierwotną PCI ≤ 60 min,
- preferowany czas od FMC do pierwotnej PCI ≤ 90 min (≤ 60 min, jeżeli pacjent trafia do szpitala wcześniej, a obszar zagrożonego mięśnia sercowego jest duży),

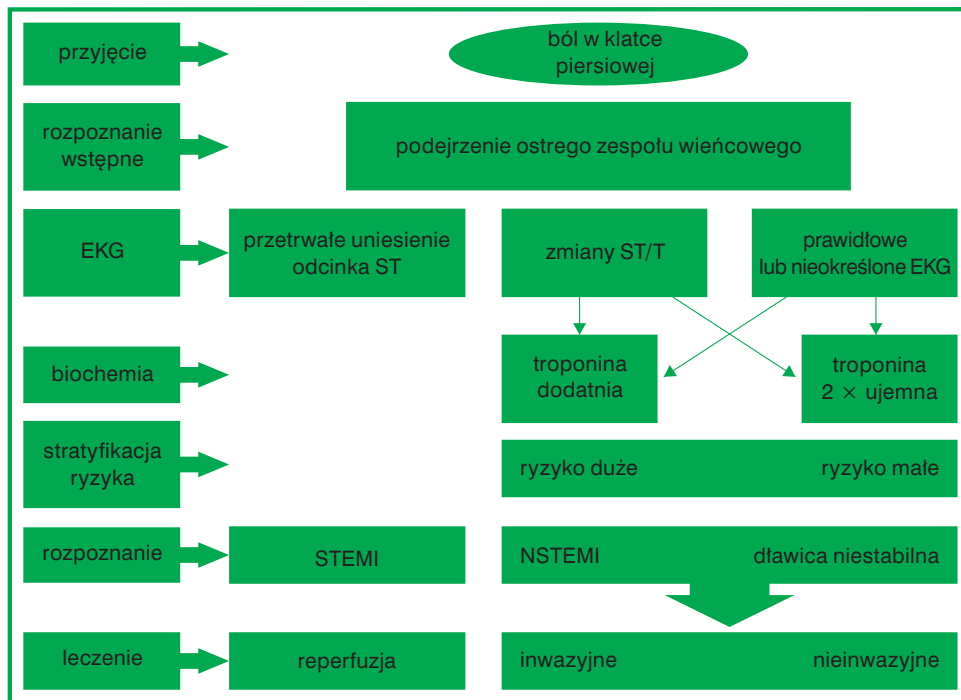
- dopuszczalny czas od FMC raczej do pierwotnej PCI niż fibrynolizy ≤ 120 min (≤ 90 min, jeżeli pacjent trafia do szpitala wcześniej, a obszar zagrożonego mięśnia sercowego jest duży) – jeżeli w tym czasie nie można wykonać PCI, to należy rozważyć fibrynolizę,
- preferowany czas od skutecznej fibrynolizy do koronarografii **3-24 godz.**⁴.

Obecnie najczęstszą metodą leczenia zawału mięśnia serca lub krytycznego zwężenia naczynia wieńcowego jest wszczepienie stentu, celem zapewnienia odpowiedniej średnicy naczynia (patrz: ryc. 4 i 5).

W porównaniu z rokiem 2010 zaobserwowano zwiększenie liczby koronarografii. W 2011 roku wykonano ich w sumie 197 284 (przyrost o 9278 w sto-

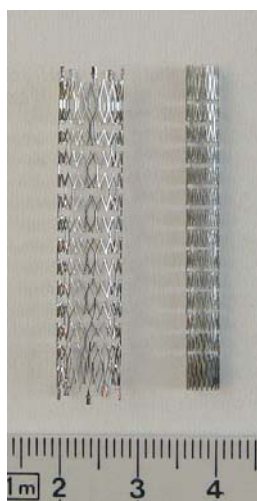
Rycina 3

Spektrum ostrych zespołów wieńcowych według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2007



Rycina 4

Stent rozprężony i nierozprężony



Rycina 5

Implantacja stentu do naczynia wieńcowego



⁴ Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawałe serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST, Kardiologia Polska 2012, t. 70, supl. V.

sunku do 2010 roku). Całkowita liczba przezskórnych interwencji wieńcowych wyniosła 109 291, czyli o ponad 3500 więcej niż w 2010 roku (współczynnik PCI/

koronarografia równy 0,55, podczas gdy w 2010 roku wyniósł 0,56).

Liczba zabiegów PCI w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców stawia Polskę powyżej średniej europejskiej (2866 PCI na 1 mln mieszkańców), co z pewnością stanowi olbrzymi sukces naszych kardiologów interwencyjnych. Także wskaźnik liczby osób w populacji na 1 pracownię inwazyjną jest jednym z najkorzystniejszych w Europie.

Polska nadal utrzymuje czołowe miejsce w Europie w zakresie organizacji interwencyjnego leczenia zawału serca i od kilku lat osiąga, a nawet przekracza, minimalne wskaźniki zakładane przez europejski program „Stent dla życia” (*Stent for life*). Dla przykładu, liczba pierwotnych PCI w STEMI w Polsce wynosi 736 na 1 mln mieszkańców (przy zakładanej przez program „Stent dla życia” minimalnej docelowej liczbie powyżej 600 pierwotnych PCI na 1 mln mieszkańców), co należy do bardzo dobrych wskaźników w Europie. Istotnie natomiast zwiększyła się w ostatnim roku liczba PCI u pacjentów z niestabilną dławicą piersiową. W ubiegłym roku wykonano ich 22 649, czyli o ponad 2000 więcej niż w 2010 roku⁵.

Niezależnie od zaznaczającego się trendu do zmniejszenia się ilości zachorowań i śmiertelności z powodu schorzeń układu krążenia, w Polsce na chorobę wieńcową choruje prawie 3 miliony osób.

Rola rehabilitacji kardiologicznej

W ciągu ostatnich lat obserwuje się wzrost liczby ostrych zespołów wieńcowych zarówno u ludzi starszych, jak i osób w młodym wieku, aktywnych zawodowo. W związku z tym jeszcze bardziej wzrosła rola rehabilitacji kardiologicznej w przywracaniu sprawności tym chorym i umożliwieniu im powrotu do normalnego życia.

Dynamiczny postęp w leczeniu chorób układu krążenia pozwala na leczenie i ratowanie życia osobom, u których jeszcze niedawno było to niemożliwe. Przybywa więc pacjentów, będących potencjalnymi kandydatami do rehabilitacji kardiologicznej. Rozwój metod leczenia ostrych zespołów wieńcowych spowodował powstanie nowej, licznej grupy młodych pacjentów, nierzadko bez uszkodzenia mięśnia sercowego i wydolnych, a więc wymagających zupełnie innego podejścia do programowania i prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej, ze zwróceniem szczególnej uwagi na działania z zakresu prewencji, edukacji zdrowotnej i możliwości powrotu do pracy zawodowej.

Zmniejszenie śmiertelności w wyniku stosowania rehabilitacji kardiologicznej zostało dobrze udokumentowane naukowo. Badania dowiodły, że

programy rehabilitacji oparte wyłącznie na kilkunastotygodniowym stosowaniu treningu fizycznego, a także kompleksowa rehabilitacja z wykorzystaniem dodatkowych interwencji psychospołecznych i edukacji zdrowotnej, zmniejszają o 25-30% śmiertelność ogólną i śmiertelność z przyczyn kardiologicznych.⁶

Wiele badań wykazało również, że rehabilitacja kardiologiczna wpływa korzystnie na zmniejszenie częstości powtórnych hospitalizacji z powodu zaostrzenia choroby niedokrwiennej serca, powtórzonego zawału serca, kolejnych zabiegów angioplastyki wieńcowej i rewaskularyzacji operacyjnej. Ze zmniejszeniem częstości rehospitalizacji łączy się zmniejszenie kosztów leczenia pacjentów poddanych rehabilitacji, poprawa jakości ich życia oraz szansa na powrót do pracy zawodowej. W związku z powyższym, nakazem chwili jest włączenie rehabilitacji kardiologicznej jako niezbędnej kontynuacji leczenia wszystkich epizodów sercowo-naczyniowych.

■ Główne zasady rehabilitacji kardiologicznej

Według prof. dr hab. Ryszarda Piotrowicza⁷ w rehabilitacji kardiologicznej powinno obowiązywać **osiem zasad głównych**:

Zasada 1. Kompleksowość

- optymalizacja leczenia farmakologicznego,
- rehabilitacja fizyczna,
- rehabilitacja psychospołeczna,
- diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca,
- modyfikacja stylu życia,
- edukacja chorych i ich rodzin.

Zasada 2. Integracja działań specjalistów

Zadania kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (KRK) pod nadzorem kardiologa realizuje zespół, w skład którego wchodzi fizjoterapeuci, psycholog, dietetycy, socjolog i pielęgniarki.

Zasada 3. Natychmiastowość wdrożenia

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna winna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów. Chodzi zwłaszcza o leczenie ruchem. Zwraca się uwagę, że bezwzględnymi przeciwwskazaniami są jedynie: • stany zagrożające życiu • destabilizacja stanu klinicznego. Oczywiście istnieją stany kliniczne wymagające specjalnego dostosowania lub okresowego zaprzestania aktywności fizycznej. Pamiętajmy jednak, że nawet wystąpienie wymienionych zjawisk nie upoważnia do zaprzestania realizacji innych niż kinezyterapia elementów KRK.

⁶ Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2008-2010. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.

⁷ Rehabilitacja kardiologiczna. Osiem zasad głównych, Kardiologia Polska 2006, t. 64, nr 8, s. 924-926.

⁵ Raport Zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Postępy w Kardiologii Interwencyjnej 2012, nr 2, s. 108-113.

Zasada 4. Wieloetapowość

Realizacja KRK jest procesem wieloetapowym. Zgodnie z zaleceniami opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK), stosuje się podział rehabilitacji kardiologicznej (oparty na zasadach stworzonych przez Askanasa i Rudnickiego) na III etapy. Wyróżniamy okres wczesny, realizowany w dwóch etapach oraz okres późny, realizowany jako etap III.

Etap I

Rehabilitacja szpitalna (sala intensywnej opieki medycznej, oddział pooperacyjny, oddział kardiologii, chorób wewnętrznych).

Cel: jak najszybsze osiągnięcie przez chorego samodzielności i samowystarczalności w zakresie czynności życia codziennego oraz przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia.

Czas trwania: do uzyskania stanu klinicznego umożliwiającego wypisanie do domu lub przeniesienie na oddział rehabilitacji kardiologicznej w celu realizacji II etapu.

Etap II

Rehabilitacja szpitalna (oddział rehabilitacji kardiologicznej).

Chorzy z powikłaniami lub wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, z poważnymi chorobami współistniejącymi, pochodzący z małych, odległych ośrodków i żyjący w trudnych warunkach społecznych.

Wczesna rehabilitacja ambulatoryjna.

Pacjenci z niepowikłanym przebiegiem I etapu rehabilitacji. Kontynuacja formy stacjonarnej. Rehabilitacja w warunkach domowych prowadzona pod nadzorem poradni rehabilitacji kardiologicznej, poradni kardiologicznej lub przez lekarza rodzinnego przeszkolonego w rehabilitacji kardiologicznej.

Cel: Osiągnięcie korzystnych efektów wynikających z realizacji podstawowych elementów KRK.

Etap III

Późna rehabilitacja ambulatoryjna (poradnie rehabilitacji kardiologicznej, poradnie kardiologiczne lub lekarze rodzinni przeszkoleni w rehabilitacji kardiologicznej).

Cel: Podtrzymanie dotychczasowych efektów leczenia i rehabilitacji oraz zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby. Powinien trwać do końca życia.

Zasada 5. Ciągłość

Wszelkie przerwy w każdym procesie terapeutycznym wpływają negatywnie na jego efektywność.

Zasada 6. Indywidualizacja

Uzyskanie maksymalnych korzyści przy minimalizacji zagrożeń wymaga indywidualnego planowania i realizacji procesu KRK w zależności od całości obrazu klinicznego.

Zasada 7. Nie czynj drugiemu, co tobie niemiłe

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna musi być procesem bezpiecznym i radosnym. Nie może być wywołującą stresy, niebezpieczną, wymagającą poświęceń harówką dla zdrowia, która jest udręką dla chorego i jego otoczenia.

Zasada 8. Pamiętaj, że zaniechanie jest grzechem

W dalszym ciągu aktualna jest opinia polskich i światowych ekspertów, że rehabilitacja stacjonarna II etapu (wczesna) powinna być skierowana głównie do pacjentów z powikłaniami choroby wieńcowej, wysokim ryzykiem kardiologicznym, pacjentów starszych, z powikłanym przebiegiem leczenia i schorzeniami dodatkowymi a także wszystkich tych pacjentów, którzy z różnych przyczyn nie mogą uczestniczyć w ambulatoryjnych formach rehabilitacji. Natomiast wczesna ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna powinna być prowadzona u pozostałych pacjentów.⁸

Według prof. R. Piotrowicza dostęp do stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej w Polsce jest nadal bardzo niski (17%) i ogromnie zróżnicowany terytorialnie. W cytowanym raporcie POLKARDU wykazano, iż dostępność powyżej 20% występuje jedynie w województwach opolskim, śląskim, lubelskim, lubuskim i świętokrzyskim. Natomiast najmniejsza dostępność (< 5%) do stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej istnieje w województwie małopolskim, mazowieckim, zachodniopomorskim, a w podlaskim nie ma żadnego ośrodka stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej.

Z tej formy rehabilitacji, według wytycznych NFZ, mogą skorzystać osoby z następującymi rozpoznaniem:

- I50.0 Niewydolność serca zastoinowa,
- I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa,
- I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona,
- Z95.1 Obecność pomostów naczyniowych aortalno-wieńcowych omijających (bypass),
- Z95.2 Obecność protez zastawek serca,
- Z95.5 Obecność wszczepów i przeszczepów związanych z angioplastyką wieńcową.⁹

Przyjęcie na rehabilitację w warunkach stacjonarnych może nastąpić, wg NFZ, maksymalnie do 56 dni od wypisu z ośrodka ostrej fazy.

Maksymalny czas trwania rehabilitacji może wynosić do 5 tygodni u osób z chorobami współistniejącymi.

Według Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD „pozytywny trend w kardiologii interwencyjnej i kardiologii chirurgicznej pozostał w kontraście do minimalnej liczby odpowiednio przygotowanych do bezpiecznej i kompleksowej rehabilitacji oddziałów i szpitali rehabilitacyjnych.

Zainwestowane w rozwój kardiologii interwencyjnej oraz kardiologii chirurgicznej olbrzymie środki, są niestety w istotnej części marnotrawione poprzez brak nakładów na nowoczesną RK, która, jak udowodniono, jest niezbędnym elementem »podtrzymania« sukcesu terapeutycznego, osiągniętego za pomocą leczenia inwazyjnego. Dlatego grupami szczególnego zainteresowania powinni być chorzy po operacjach kardiologicznych oraz chorzy po interwencyjnym leczeniu choroby niedokrwiennej serca.”

⁸ Standardy rehabilitacji kardiologicznej 2001.

⁹ Wytyczne NFZ dotyczące rehabilitacji kardiologicznej w jednorodnych grupach pacjentów 2011.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z roku 2010, dotyczącymi rewaskularyzacji mięśnia sercowego¹⁰, „rolą kardiologa inwazyjnego i kardiochirurga jest zalecanie rehabilitacji kardiologicznej oraz prewencji wtórnej u wszystkich pacjentów poddanych rewaskularyzacji (...).

Rehabilitacja kardiologiczna i prewencja wtórna są niezbędnymi elementami długoterminowego leczenia po rewaskularyzacji, ponieważ takie środki zmniejszają przyszłą chorobowość i umieralność w sposób efektywny kosztowo”.

■ **Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS**

Niebagatelną rolę w rehabilitacji kardiologicznej po zawale serca odgrywa rehabilitacja w ramach prewencji rentowej ZUS, stanowiąca niejednokrotnie jedyną szansę dla chorego na tę formę kontynuacji leczenia. W ciągu ostatnich 16 lat, czyli od 1996 r., z takiej formy rehabilitacji skorzystało ponad 144 tys. ubezpieczonych. Rehabilitację uważa się za skuteczną, jeśli po jej zakończeniu ubezpieczony nie pobiera żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym, lub jedynym świadczeniem pobieranym po rehabilitacji jest zasiłek chorobowy, nieprzekraczający 20 dni.

Z rehabilitacji leczniczej w schorzeniach kardiologicznych, w ramach prewencji rentowej ZUS, mogą skorzystać osoby z:

- chorobą niedokrwienną serca bez zawału i po przebytych zawale serca,
- chorobą niedokrwienną serca po operacji mostowania aortalno-wieńcowego,
- chorobą niedokrwienną serca po przeszkońnych interwencjach wieńcowych,
- łagodnym i dobrze kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym,
- wyrównaną niewydolnością serca,
- stanem po implantacji układu stymulującego serce lub kardiowertera-defibrylatora,
- wadami zastawkowymi serca niewymagającymi korekcji chirurgicznej,
- wadami zastawkowymi serca po leczeniu chirurgicznym.

Skierowanie na tę formę rehabilitacji może wystawić lekarz pierwszego kontaktu lub specjalista. Rehabilitacja może odbywać się w ramach urlopu wypoczynkowego lub czasowej niezdolności do pracy i refundowana jest w całości przez ZUS.

*

Jak widać, nasz kraj znajduje się w czołówce europejskiej pod względem nowoczesnego, interwen-

¹⁰ Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego, Kardiologia Polska 2010, t. 68, supl. VIII, s. 569-638.

cyjnego leczenia zawału serca. Słabszym ogniwem jest rehabilitacja, do której dostęp ma tylko 17% pacjentów.

Należy się zastanowić, dlaczego przy naszej wiedzy, możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych, na końcu tej drogi mamy tylu rencistów z chorobami układu krążenia.

Powinniśmy rozważyć, kto jest winny: ● pacjent ● lekarz prowadzący ● ZUS ● zakład pracy ● NFZ.

W takiej sytuacji nasuwa się pytanie, czy wykorzystaliśmy wszystkie możliwości, aby przywrócić chorego do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie, z czym nierozłącznie wiąże się praca zawodowa.

Pacjent niejednokrotnie czuje się zagubiony, przestraszony, zdezorientowany i jedyną szansę na dalsze życie upatruje w pójściu na rentę. Prawdziwie kompleksowa rehabilitacja, z szeroko pojętą edukacją, daje choremu szansę na zrozumienie choroby, swojego stanu klinicznego i podjęcie odpowiedniej decyzji, co do dalszego sposobu na życie.

Zarówno NFZ, jak i ZUS powinny zagwarantować pacjentowi pełny pakiet możliwości terapeutyczno-rehabilitacyjnych, umożliwiających powrót do pracy. Postęp, jaki dokonał się w leczeniu zawału, powinien przekładać się na korzyści ekonomiczno-finansowe.

ZUS wydał w 2010 roku 3 777 753 zł¹¹ na renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu chorób układu krążenia, co stanowi 25,3% wszystkich wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy w tym okresie. Odsetek zachorowalności na choroby układu krążenia jest najwyższy wśród wszystkich grup chorób, w związku z tym należałoby podjąć działania zmniejszające tę niekorzystną tendencję.

Okres wypłaty świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy, wielokrotnie bezzasadnie przedłużany przez lekarzy prowadzących, nie przystaje do nowoczesnych metod leczenia zawału i stanu klinicznego pacjenta. Taka długa absencja w pracy pociąga za sobą niekorzystną reakcję zakładu pracy w postaci zwolnienia pracownika.

Te krótkie rozważania na temat tego, co oferuje nam nowoczesna medycyna i jej zadowalający poziom w naszym kraju, w zderzeniu z szarą rzeczywistością, przekładającą się na życie przeciętnego pacjenta po zawale, powinny skłonić nas do refleksji na temat zmian. Obecnie mamy bowiem do czynienia z sytuacją, w której wiele osób w sile wieku, po przebytych zawale serca i zakończonej rehabilitacji kardiologicznej, w dobrym stanie klinicznym, przechodzi na rentę. Konieczne jest zatem rozważenie, co można zmienić, poprawić, aby ograniczyć liczbę takich rencistów.

¹¹ Adres: www.zus.pl

Aleksandra Wilczek-Banc



Telerehabilitacja

Telemedycyna, czyli świadczenie usług zdrowotnych na odległość, może przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów oraz przynieść rozwiązanie problemów, z jakimi borykają się systemy opieki zdrowotnej (starzenie się społeczeństwa, rozwój chorób przewlekłych, pozostawanie chorego w domu, brak równowagi w rozmieszczeniu terytorialnym usług opieki zdrowotnej i in.).

Telemedycyna, w pewnych jasno określonych warunkach, stanie się niewątpliwie czynnikiem usprawnienia systemu opieki zdrowotnej z korzyścią dla pacjentów, lekarzy i instytucji zabezpieczenia społecznego. Działania na rzecz rozwoju i upowszechniania telemedycyny podejmowane w Polsce są zgodne ze stanowiskiem Unii Europejskiej.

Wprowadzenie

Telemedycyna jest jedną z najmłodszych, prężnie rozwijających się dziedzin medycyny obejmującą świadczenie różnorodnych usług zdrowotnych z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych w sytuacji, gdy pracownik służby zdrowia i pacjent (lub dwaj pracownicy służby zdrowia) nie znajdują się w tym samym miejscu.

Usługi telemedyczne wiążą się z przesyłem danych i informacji medycznych (jako tekstu, obrazu, dźwięku lub w innej formie), które są konieczne do podjęcia działań prewencyjnych, diagnozy, leczenia i kontroli stanu zdrowia pacjenta.

Telemedycyna obejmuje szeroki i różnorodny zakres usług, a do najczęściej stosowanych należą: • telechirurgia • teleokulistyka • teleradiologia • teledermatologia • telekonsultacje • telemonitorowanie oraz • telerehabilitacja.

Telemonitorowanie to usługa telemedyczna polegająca na monitorowaniu na odległość stanu zdrowia pacjentów. Dane mogą być gromadzone automatycznie za pomocą osobistych urządzeń monitorujących stan zdrowia lub przy aktywnym udziale pacjenta (np. gdy pacjent wprowadza pomiary wagi czy dzienne pomiary poziomu cukru we krwi do specjalnego narzędzia w internecie).

Telemonitorowanie jest szczególnie pomocne w przypadku osób cierpiących na choroby przewlekłe (np. cukrzycę lub niewydolność serca), ponieważ pozwala wykryć niepokojące objawy choroby

wcześniej niż podczas rutynowej wizyty lekarskiej. Umożliwia to podjęcie szybkich interwencji terapeutycznych, zanim dojdzie do poważniejszych komplikacji zdrowotnych. Telemonitorowanie może także zmniejszyć częstotliwość wizyt w placówkach opieki zdrowotnej, polepszając w ten sposób jakość życia pacjentów.

Telemonitorowanie i telekonsultacje są także wykorzystywane w telerehabilitacji.

Telerehabilitacja

Jest to całokształt działań służących dostarczeniu odbiorcy usług rehabilitacyjnych na odległość z wykorzystaniem sieci połączeń telekomunikacyjnych i internetu.

Rosnące znaczenie telerehabilitacji wynika z konieczności objęcia rehabilitacją coraz większej liczby pacjentów, przy wciąż niedostatecznej liczbie ośrodków rehabilitacyjnych. Ważnymi aspektami telerehabilitacji, poza oczywistymi korzyściami zdrowotnymi, jest także zmniejszenie niedogodności związanych z dojazdem do ośrodka rehabilitacyjnego (czasochłonność, uciążliwość, koszty przejazdów) oraz możliwość pogodzenia uczestnictwa w rehabilitacji z aktywnością zawodową czy rodzinną.

Ma to istotny wpływ na zwiększenie motywacji osób uczestniczących w programach rehabilitacji oraz poprawia ich efektywność.

Zastosowanie telerehabilitacji

Telerehabilitacja znalazła zastosowanie m.in. w rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia, chorobami narządu ruchu, u pacjentów z zaburzeniami słuchu i mowy.

Innowacyjnym na skalę światową rozwiązaniem informatycznym, opracowanym dla potrzeb medycyny, stała się Krajowa Sieć Teleaudiologii, pomy-

słodawcą której jest prof. Henryk Skarżyński – dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

Krajowa Sieć Teleaudiologii jest pierwszym na świecie nowoczesnym systemem telemedycznym, umożliwiającym prowadzenie taniej i skutecznej rehabilitacji słuchu i mowy oraz zdalnej obsługi pacjentów po operacjach wszczepienia implantów ślimakowych. Jednym z najważniejszych zadań, wchodzących w zakres tej opieki, jest optymalne dopasowanie implantu ślimakowego dla uzyskania najlepszych wyników w zakresie poprawy słuchu.

Z kolei możliwości telerehabilitacji osób ze schorzeniami narządu ruchu pokazała realizacja międzynarodowego projektu „CLEAR” – „Clinical Leading Environment for the Assessment and validation of Rehabilitation Protocols for home care” (Wiodące Środowisko Kliniczne do oceny i walidacji protokołów rehabilitacji w zakresie terapii domowej) współfinansowanego ze środków Komisji Europejskiej. W Polsce projekt ten prowadzony był w oparciu o bazę badawczą i specjalistów Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Centrum Doskonałości „TeleOrto”, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus.

W ramach tego projektu prowadzono bezpłatny program zdalnie nadzorowanej kinezyterapii skierowany do pacjentów cierpiących z powodu zmian wywołanych chorobą zwyrodnieniową stawów, przed lub po zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego. Telerehabilitację z udziałem specjalistów prowadzono w domu pacjenta przy pomocy komputera, za pośrednictwem Internetu.

Rehabilitacja kardiologiczna

Jest to nieodłączny element procesu leczenia pacjentów z chorobami układu krążenia. W ostatnich latach pojawiło się w piśmiennictwie medycznym wiele doniesień o korzystnym wpływie rehabilitacji kardiologicznej na rokowania pacjentów w prewencji wtórnej, w szczególności zmniejszeniu śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych, zmniejszeniu ryzyka ponownego zawału serca, zmniejszeniu śmiertelności całkowitej.

Rehabilitacja kardiologiczna ma również korzystny wpływ na jakość życia, powrót do pracy zawodowej i aktywności rodzinnej.

Odsetek pacjentów uczestniczących w programach rehabilitacji kardiologicznej w naszym kraju jest niski, szczególnie w ośrodkach ambulatoryjnych, w których rehabilitację odbywa zaledwie kilka procent osób po przebytych ostrych zespołach wieńcowych. Przyczyną tego stanu rzeczy jest wciąż niedostateczna ilość ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, ograniczenia związane z codziennymi dojazdami do ośrodków, brak możliwości kontynuowania pracy zawodowej w trakcie rehabilitacji, obowiązki rodzinne. Dlatego też istotne znaczenie mają wszelkie

rozwiązania, które przyczyniają się do zwiększenia liczby pacjentów uczestniczących w rehabilitacji kardiologicznej – należy do nich niewątpliwie wdrażanie programów telerehabilitacji.

Telerehabilitacja kardiologiczna oparta jest na wykonywaniu przez pacjenta ćwiczeń fizycznych w domu pod nadzorem telemedycznym specjalistycznego ośrodka. W Polsce pierwsze badania nad skutecznością i bezpieczeństwem tego typu rehabilitacji prowadzone były w ramach programu POLKARD (Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego) pt.: „Wdrożenie, realizacja i ocena pilotażowego wzorcowego projektu ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej uwzględniającego metody telekardiologii w nadzorze chorych rehabilitowanych w warunkach domowych”. Po zakończeniu programu, we wnioskach końcowych podkreślono, że rehabilitacja kardiologiczna prowadzona w warunkach domowych u pacjentów po przebytych zawałach serca lub operacji pomostowania aortalno-wieńcowego jest bezpieczna i efektywna. Wywiera pozytywny wpływ na stan psychiczny pacjentów, poprawia jakość ich życia, jest akceptowana przez pacjentów, nie sprawia trudności w życiu codziennym, działa mobilizująco, zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Ponadto wpływa na zwiększenie aktywności fizycznej pacjenta w jego codziennym środowisku, podejmowanej już samodzielnie po zakończeniu cyklu telerehabilitacji.

Wieloletnie doświadczenia Kliniki Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie pokazały, że tego typu rehabilitacja jest bardzo korzystna również u pacjentów z niewydolnością serca, nawet w zaawansowanym stadium choroby. W 2008 roku zespół kliniki pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Ryszarda Piotrowicza wdrożył innowacyjny model domowej telerehabilitacji z wykorzystaniem telemedycyny u pacjentów z niewydolnością serca. Również unikalnym w skali światowej było opracowanie i wdrożenie w tym ośrodku, w ramach rehabilitacji kardiologicznej, metod treningów w środowisku wodnym, z jednoczesną teletransmisją danych określających częstość rytmu serca i występowanie zaburzeń rytmu serca.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych po raz pierwszy wdrożył program monitorowanej telemedycznie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach domowych w 2009 roku, początkowo w formie programu pilotażowego. Główne założenia tego programu zostały opracowane dla potrzeb Zakładu pod kierunkiem prof. Ryszarda Piotrowicza, kierownika Kliniki Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Wyniki programu pilotażowego wykazały zasadność wdrożenia w następnych latach rehabilitacji monitorowanej telemedycznie w warunkach domowych do programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach układu krą-

żenia. W szczególności potwierdzono efektywność i bezpieczeństwo tej formy rehabilitacji, a pozytywną opinię w aspekcie zdolności do pracy otrzymało aż 93% pacjentów. Pacjenci uczestniczący w programie mieli możliwość jego oceny w anonimowych ankietach. Wyniki tych ankiet pokazały, że 99% respondentów samodzielnie obsługiwała aparat do telerehabilitacji domowej, uznając go za łatwy w obsłudze (3 pkt w skali 0-10). Wprawdzie zdarzały się przejściowe trudności techniczne (tj. brak zasięgu czy problemy z przekazaniem danych do stacji odbiorczej), jednak w żadnym przypadku nie były one przyczyną przerwania rehabilitacji. Aż 84% ankietowanych podkreśliło, że używanie aparatu do rehabilitacji wpłynęło korzystnie na ich poczucie bezpieczeństwa, a ponad 80% pacjentów deklarowało również kontynuowanie aktywności fizycznej z okresu rehabilitacji.

Łączenie rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej

Program rehabilitacji kardiologicznej monitorowanej telemedycznie prowadzonej przez Zakład w ramach prewencji rentowej, w swoich założeniach jest oparty na **modelu hybrydowym**, tj. łączącym rehabilitację ambulatoryjną i domową.

Celem tego modelu jest optymalizacja procesu wdrażania rehabilitacji w warunkach domowych uwzględniająca: stan kliniczny pacjenta, akceptację dla tej formy rehabilitacji, predyspozycje pacjenta do realizacji rehabilitacji w warunkach domowych, uwarunkowania socjalno-bytowo-zawodowe.

Wspomniany powyżej **model hybrydowy rehabilitacji** realizowany jest w trzech etapach.

Etap I prowadzony jest w **ośrodku rehabilitacji ambulatoryjnej**. W trakcie tego etapu odbywa się:

- ocena aktualnego stanu klinicznego pacjenta i jego wydolności fizycznej,
- optymalizacja leczenia farmakologicznego, indywidualne zaplanowanie i przeprowadzenie treningów fizycznych w ośrodku, w tym treningów szkoleniowych połączonych z teletransmisją danych,
- nauka obsługi aparatury monitorującej domową telerehabilitację,
- nauka samooceny w zakresie rozpoznawania niepokojących objawów,
- nauka wykonywania pomiarów podstawowych parametrów, np. tętna, ciśnienia tętniczego krwi.

Na zakończenie tego etapu lekarz prowadzący w ośrodku przeprowadza kwalifikację do rehabilitacji w warunkach domowych. W razie braku takiej kwalifikacji (np. z powodu trudności w obsłudze aparatury do rehabilitacji domowej) pacjent może kontynuować rehabilitację w warunkach ośrodka ambulatoryjnego (jeżeli nie ma innych przeciwwskazań do rehabilitacji). Taka możliwość istnieje również w sytuacjach, gdy kontynuowanie rehabilitacji w warunkach domowych jest niemożliwe, np. z powodu braku współpracy ze strony pacjenta.

W trakcie tego etapu prowadzone są także, zgodnie z wymaganiami ZUS, oddziaływania psychologiczne, tj. psychoedukacja i treningi relaksacyjne oraz edukacja zdrowotna.

Etap II odbywa się w **miejscu zamieszkania pacjenta**. Pacjent samodzielnie wykonuje wyuczone ćwiczenia fizyczne z zastosowaniem aparatury do monitorowania EKG, która umożliwia sterowanie cyklem ćwiczeń i kontakt werbalny za pośrednictwem sieci telefonii komórkowej. W aparacie zaprogramowana jest indywidualnie dla każdego chorego sesja treningowa. Bezpośrednio przed i po każdej sesji pacjent za pomocą telefonu komórkowego przesyła zapisy EKG do ośrodka rehabilitacyjnego, gdzie oceniane jest bezpieczeństwo i efektywność wykonywanych ćwiczeń.

Obecnie stosowane są również bardziej zaawansowane technologicznie zestawy do rehabilitacji domowej, pozwalające na przesyłanie i analizowanie zapisów EKG w trakcie sesji treningowej.

Należy podkreślić, że każdorazowo pacjent musi otrzymać zezwolenie na rozpoczęcie sesji treningowej od osoby nadzorującej w ośrodku rehabilitacyjnym. Odbywa się to po przeprowadzeniu przez pacjenta samooceny na podstawie specjalnego kwestionariusza, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz przesłaniu spoczynkowego EKG (wykonanego przed rozpoczęciem treningów) do ośrodka.

Ponadto pacjenci mają możliwość przesyłania EKG oraz kontaktu telefonicznego z ośrodkiem również w okresach poza treningiem, np. w przypadku złego samopoczucia.

Przebieg każdego treningu domowego, podobnie jak treningów prowadzonych w ośrodku, jest odpowiednio dokumentowany.

Do najczęściej stosowanych form ćwiczeń fizycznych stosowanych w rehabilitacji domowej należą marsze w terenie (w tym typu nordic walking) i treningi rowerowe.

Etap III odbywa się ponownie w **ośrodku rehabilitacyjnym**. Dokonywana jest ocena stanu klinicznego pacjenta i efektów rehabilitacji, również w aspekcie odzyskania zdolności do pracy. Ponadto pacjent otrzymuje zalecenia dotyczące dalszej opieki kardiologicznej oraz stylu życia. Na zakończenie rehabilitacji sporządzana jest „Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”, w której są opisane wszystkie elementy procesu diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego.

Niewątpliwą zaletą tego modelu telerehabilitacji kardiologicznej jest możliwość stratyfikacji ryzyka sercowo-naczyniowego oraz oceny ewentualnego ryzyka związanego z wykonywaniem treningów fizycznych w domu. Ponadto pacjent nauczony bezpiecznych dla niego form aktywności fizycznej może je samodzielnie kontynuować. Wiadomo, że regularnie wykonywany wysiłek fizyczny jest jednym z kardynalnych czynników wpływających na poprawę rokowania u pacjentów po przebytych ostrych zespołach wieńcowych.

W 2011 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych został uhonorowany przez Zarząd Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego statuetką „Przyjaciół Polskiej Rehabilitacji Kardiologicznej” w uznaniu wybitnego wkładu w rozwój rehabilitacji kardiologicznej, a w szczególności w praktycznym wdrażaniu telerehabilitacji w Polsce.

*

W ostatnich latach poczyniono znaczące postępy w leczeniu chorób układu krążenia, co powoduje, że populacja osób wymagających rehabilitacji kardiologicznej będzie stale rosła. Wdrażanie programów telerehabilitacji kardiologicznej stanowi bardzo istotną alternatywę dla tradycyjnych form rehabilitacji – stacjonarnej czy ambulatoryjnej.

W niektórych krajach europejskich prowadzone są programy pilotażowe z zastosowaniem telerehabilitacji także u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, zespołami bólowymi kręgosłupa, po przebytych udarach mózgu.

Doświadczenia płynące z tych programów niewątpliwie pozwolą w przyszłości na zwiększenie dostępności tej formy leczenia dla znacznie większej liczby pacjentów.

Piśmiennictwo

1. E. S. Ford, U. A. Ajani, J. B. Croft, et al, *Explaining the decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980-2000*. N. Engl. J. Med. 2007.
2. Komisja Wspólnot Europejskich. *Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa*. Bruksela 2008, KOM (2008) 689 wersja ostateczna.
3. R. Piotrowicz, R. Baranowski, *Monitorowana telemedycznie rehabilitacja kardiologiczna w warunkach domowych*, Warszawa 2007.
4. R. Piotrowicz, I. Korzeniowska-Kubacka, R. Baranowski, B. Dobraszkievicz-Wasilewska, J. Gwilkowska, *Ocena wyników programu pilotażowego rehabilitacji leczniczej układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z monitorowaną telemedycznie rehabilitacją kardiologiczną w warunkach domowych*, Warszawa 2010.
5. R. S. Taylor, A. Brown, Ibrahim S., et al, *Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*, Am. J. Med. 2004.
6. *Telerehabilitacja*, red. R. Piotrowicz, E. Piotrowicz. Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2011.

Bożena Wierzyńska



Rola rehabilitacji leczniczej w przywracaniu zdolności do pracy

Konferencja „Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS” była okazją do podsumowania prowadzonej od 17 lat przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych rehabilitacji leczniczej oraz zaprezentowania nowego wizerunku Zakładu jako nowoczesnej instytucji publicznej nastawionej na podnoszenie jakości obsługi klienta.

Wprowadzenie

W konferencji wzięli udział przedstawiciele instytucji oraz organizacji działających w obszarze rehabilitacji leczniczej, takich jak: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, ośrodki rehabilitacyjne współpracujące z ZUS, a także przedstawiciele oddziałów oraz Centrali ZUS.

Nowe podejście Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do realizacji zadań ustawowych, którego ce-

lem jest zwiększenie satysfakcji klienta oraz zmiany w funkcjonowaniu organizacji wpłynęły także na prowadzenie przez Zakład rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.



Konferencję otworzył prezes ZUS Zbigniew Derdziuk.

Fot.: R. Milczarski

Rozpoczynając konferencję prezes Zbigniew Derdziuk złożył specjalne podziękowania prof. Annie Wilmowskiej-Pietruszyńskiej, podkreślając jej wolę i determinację, które doprowadziły do wprowadzenia rehabilitacji leczniczej do katalogu zadań realizowanych przez Zakład. Na istotną rolę pani profesor w procesie uruchomienia programu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS zwróciła uwagę prezes Elżbieta Łopacińska – członek Zarządu nadzorujący pion świadczeń i orzecznictwa, przypominając aktywny udział prof. A. Wilmowskiej-Pietruszyńskiej, która przez wiele lat jako Naczelną Lekarkę Zakładu uczestniczyła w tworzeniu założeń do programu rehabilitacji leczniczej oraz nadzorowaniu jego realizacji w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS.

Pierwsza sesja

W pierwszej części konferencji przedstawione zostały wystąpienia przedstawicieli instytucji i organizacji działających w obszarze rehabilitacji leczniczej, mającej na celu przywrócenie zdolności do pracy.

Nieocenione znaczenie balneoterapii w procesie rehabilitacji leczniczej przedstawiła prof. Irena Ponikowska – krajowy konsultant w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, prezes Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej. Temat rehabilitacji przedrentowej ZUS w warunkach lecznictwa uzdrowiskowego przedstawiła Kamila Kasprzak – przedstawiciel Stowarzyszenia Unii Uzdrowisk Polskich. Zadania Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie rehabilita-

cji leczniczej zaprezentował Marek Jankowski – wicedyrektor Biura Prewencji i Rehabilitacji KRUS.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych współpracuje z ośrodkami rehabilitacyjnymi, z których znaczna część znajduje się na terenach uzdrowiskowych. Podstawową funkcją lecznictwa uzdrowiskowego jest odnowa sił biologicznych człowieka poprzez wykorzystanie wód leczniczych, kopalin naturalnych i zdrowotnych właściwości klimatu. Rozwój rehabilitacji jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej – uznano ją wtedy za integralną, obok diagnozowania i leczenia, trzecią fazę procesu terapeutycznego.

W Polsce w latach 1990-1995 Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wzorem innych krajów, prowadził badania pilotażowe dotyczące wpływu rehabilitacji leczniczej na powrót do pracy osób ze schorzeniami układu krążenia i narządu ruchu, zagrożonych długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy. Schorzenia te stanowiły wówczas najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy.

Zebrane podczas programu pilotażowego doświadczenia oraz jego wyniki wskazały na konieczność jak najwcześniejszego podjęcia kompleksowej rehabilitacji prowadzonej w oparciu o określone procedury diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjne, uzupełnione elementami edukacji zdrowotnej i psychologicznej.

Informacje na temat rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS zaprezentowała dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji – Małgorzata Nietopiel. Prowadzona od 1996 roku rehabilitacja obejmuje aktualnie: narząd ruchu, układ krążenia, układ oddechowy, schorzenia psychosomatyczne oraz schorzenia onkologiczne po operacji nowotworu gruczołu piersiowego. Ubezpieczeni mogą skorzystać zarówno z formy stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej. W ramach programu przeprowadzono rehabilitację ponad 908 tys. ubezpieczonych.



Przemawia dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Małgorzata Nietopiel.

Fot.: R. Milczarski

Druga sesja

Druga część konferencji obejmowała cykl specjalistycznych wykładów poświęconych najczęściej występującym w XXI wieku chorobom.

Zagadnienia związane z układem krążenia, dotyczące zależności między zawałem serca a powrotami do pracy oraz faktami i mitami towarzyszącymi temu zagadnieniu, przedstawiła dr n. med. Aleksandra Wilczek-Banc.

Temat rehabilitacji w schorzeniach onkologicznych przybliżyła dr Iwona Malicka, która zwróciła uwagę na jej wpływ na powrót ubezpieczonego do aktywności zawodowej.

O rehabilitacji osób ze schorzeniami psychosomatycznymi mówił prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński. W swoim wystąpieniu podkreślił ogromny wkład ZUS w rehabilitację w ramach prewencji rentowej osób z tego typu schorzeniami.

Panel dyskusyjny

Po przedstawieniu referatów odbył się panel dyskusyjny, w którym udział wzięli wszyscy zaproszeni goście. Prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, mówiąc o wdrożeniu 17 lat temu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji ZUS, przedstawiła powody wprowadzenia rehabilitacji leczniczej do zadań realizowanych przez Zakład.



Genezę wprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS podczas panelu dyskusyjnego przedstawiła prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska.

Fot.: R. Milczarski

Wzrastająca liczba osób czynnych zawodowo, tracących z powodu chorób i ich następstw zdolność do pracy i otrzymujących z tego tytułu świadczenia rentowe, spowodowała konieczność podjęcia przez instytucje ubezpieczenia społecznego intensywnych działań w celu poprawy lub przywrócenia zdolności do pracy. Model taki sprawdził się i funkcjonował w innych państwach europejskich, m.in. w: Austrii, Francji, Hiszpanii, Niemczech, Wielkiej Brytanii. W swoim wystąpieniu profesor podkreśliła zaangażowanie wielu osób, w tym pracowników Zakładu, we wprowadzanie tej idei w życie.



Widok ogólny sali.

Fot.: R. Milczarski

W dyskusji poruszono także temat współpracy z ośrodkami rehabilitacyjnymi oraz wymagań stawianych ośrodkom realizującym usługi rehabilitacyjne na podstawie umów zawartych z ZUS.

Podsumowanie

Konferencja, która odbyła się 10 października 2012 roku w siedzibie Centrali ZUS przy ul. Szamockiej 3, 5 w Warszawie, była okazją do dyskusji i wymiany doświadczeń związanych z rolą rehabilitacji leczniczej w przywróceniu zdolności do pracy.

W szerszej perspektywie rehabilitacja lecznicza przynosi nie tylko wymierne korzyści ekonomiczne dla instytucji ubezpieczenia społecznego, redukując koszty świadczeń wypłacanych z tytułu niezdolności do pracy, ale przede wszystkim ma wymiar społeczny. Pomaga w znoszeniu barier środowiskowych, ekonomicznych i zawodowych, jakie dotyczą osób o różnym stopniu dysfunkcji organizmu spowodowanych chorobą, dając im szansę na poprawę stanu zdrowia i pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym.

Anna Sójka



Zaburzenia głosu o podłożu zawodowym – jak leczyć i zapobiegać?

Zawodowe zaburzenia głosu (dysfonie zawodowe) to zaburzenia tego narządu, które rozwijają się jako efekt przewlekłego obciążania głosowego związanego z wykonywaną pracą. Niekorzystne czynniki środowiskowe dodatkowo nasilają dolegliwości ze strony gardła i krtani.

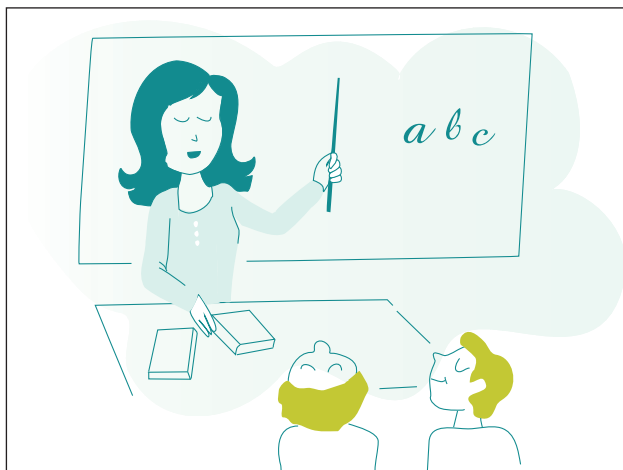
Najczęściej spotykanymi dolegliwościami w dysfoniach zawodowych są:

- nawykowe chrząkanie,
- uczucie przeszkody w gardle,
- suchość w gardle i krtani,
- zmiana barwy głosu,
- zawężenie skali głosu,
- chrypka,
- zmęczenie głosowe,
- okresowe zaniki głosu,
- bezgłos.

Epizody bezgłosu trwającego dłużej niż jeden dzień są niepokojącym symptomem.

Narażenie na dysfonie zawodowe

Narażony na wystąpienie zawodowych chorób narządu głosu może być np.: • nauczyciel prowadzący lekcje kilka godzin codziennie, zwłaszcza gdy w klasie panuje hałas • przewodnik prowadzący wycieczki, mówiący na hałaśliwej ulicy pełnej spalin lub • pracownik infolinii, rozmawiający bardzo długo



przez telefon w pomieszczeniach z klimatyzacją wysuszającą błony śluzowe gardła i krtani.

Ostatnio, wraz z nadejściem epoki informacji, przybywa zawodów, w których głos staje się podstawowym narzędziem pracy. Oprócz nauczycieli szczególnie narażeni są śpiewacy, aktorzy, prezenterzy, lektorzy, wykładowcy, trenerzy, prawnicy, dziennikarze, tłumacze symultaniczni, pracownicy biur obsługi klienta.

Czynniki mogące przyczynić się do zaburzeń głosu

Do zaburzeń głosu mogą przyczyniać się:

- przedłużony czas pracy głosem,
- hałas w pomieszczeniu,
- nieprawidłowa akustyka sal i brak odpowiedniego sprzętu nagłaśniającego,
- niekorzystny klimat pomieszczeń, na który składają się głównie: suche, przegrzane, zapyłone powietrze, przeciągi lub duże różnice temperatur,
- nieprawidłowa emisja głosu,
- stres zawodowy,
- częste infekcje górnych dróg oddechowych,
- choroby współistniejące (np. alergie, zaburzenia hormonalne lub choroba refluksowa – często po raz pierwszy rozpoznawana podczas badania obrazowego krtani),
- brak podstawowej wiedzy o higienie pracy głosem.

Wpływ stresu zawodowego na jakość głosu

Czynniki psychogenne mogą być współodpowiedzialne za powstawanie problemów głosowych o podłożu zawodowym lub też mogą być bezpośrednią ich przyczyną. Powszechny obecnie stres

zawodowy wywołuje czynnościowe napinanie mięśni szyi i karku, obręczy barkowej oraz innych struktur, związanych z torem głosowym, co utrudnia emisję głosu. Z drugiej strony, często występujące chrypki lub zaniki głosu powodują istotny dyskomfort w funkcjonowaniu zawodowym, co w dalszym etapie może prowadzić do zmian w stanie zdrowia psychicznego i wywoływać takie objawy, jak obniżony nastrój lub lęk.

Związek pomiędzy zaburzeniami adaptacji w stresie a problemami głosowymi można wyjaśnić następującymi mechanizmami:

- przenoszeniem napięcia spowodowanego stresem z mięśni karku i kręgosłupa na mięśnie szyi i krtani, co prowadzi do objawu „zaciskania” gardła i krtani,
- spłyceniem oddechu jako utrwaloną reakcją na stres, co bardzo utrudnia emisję głosu,
- stresogennymi zaburzeniami w wydzielaniu śluzu w błonie śluzowej gardła i krtani (w sytuacjach stresu pojawia się uczucie suchości w gardle).

Higiena pracy głosem

Higiena pracy głosem polega głównie na:

Unikaniu przeciążenia głosu:

- mówienia czy śpiewania podczas przebywania na „zimnym” powietrzu,
- mówienia podniesionym głosem (zbyt głośno i wysoko),
- mówienia na „resztkach powietrza”,
- ciągłego chrząkania i pokasływania,
- długich rozmów przez telefon,
- konwersacji w pomieszczeniach, w których panuje hałas.

Ograniczaniu czynników drażniących błonę śluzową, takich jak:

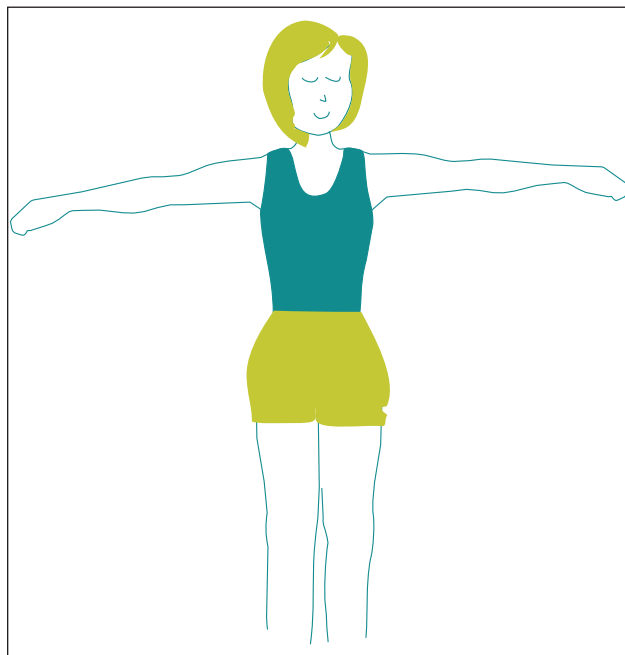
- palenie papierosów,
- spożywanie dużej ilości napojów gazowanych i alkoholowych,
- picie zimnych napojów, mocnej kawy i herbaty,
- przebywanie w suchych i zadymionych pomieszczeniach.



Korzystne nawyki

Aby uniknąć zaburzeń głosu:

- nawadniaj organizm (pij przynajmniej 8 szklanek napojów niegazowanych dziennie),
- utrzymuj odpowiednią wilgotność powietrza w pomieszczeniach, w których przebywasz,
- używaj mikrofonu bądź systemów nagłaśniających w dużych pomieszczeniach, gdy jest to konieczne,
- oszczędzaj głos w czasie choroby, szczególnie podczas przeziębienia i infekcji górnych dróg oddechowych,
- w razie przedłużającej się chrypki zgłoś się do laryngologa lub foniatry.



W celu utrzymania dobrej kondycji narządu głosu konieczne jest wyrobienie nawyków prawidłowych technik emisji głosu.

Obejmują one:

- swobodną postawę ciała, bez napięcia mięśni szyi i narządu artykulacyjnego,
- umiejętność oddychania torem żebrowo-przeponowym z wykorzystaniem podparcia przeponowego,
- prawidłowe tworzenie głosu z łagodnym zwieraniem się fałdów głosowych,
- umiejętność wykorzystania wszystkich rezonatorów i komór rezonansowych,
- prawidłową dykcję i szeroką artykulację.

Wpływ stylu życia na wydolność głosową

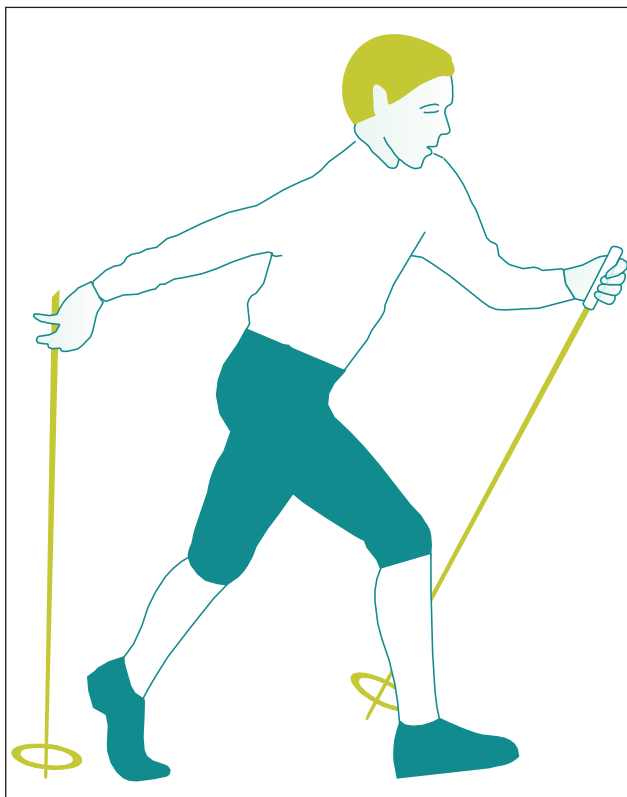
Zdrowy styl życia jest bardzo ważny dla naszego organizmu. Wprowadzając kilka prostych nawyków, możesz poprawić swoją sprawność psychofizyczną,

a co za tym idzie, ułatwić naukę prawidłowych technik emisji głosu.

■ Co należy robić, aby żyć zdrowo?

Dbaj o kondycję fizyczną, która pozwoli utrzymać ciało w dobrej formie, co więcej poprawi koordynację oddechowo-ruchową:

- spróbuj choć raz w tygodniu poświęcić godzinę na aktywność fizyczną,
- zapisz się na zajęcia sportowe,
- chodź na spacer, zacznij jeździć na rowerze,
- uczęszczaj na pływalnię lub zapisz się na jogę.



Dbaj o kondycję psychiczną – w miarę możliwości unikaj stresu i naucz się go rozładowywać, stosując odpowiednie techniki i ćwiczenia relaksacyjne, rozluźniające też mięśnie aparatu głosu i mowy.

W trakcie publicznych wystąpień pamiętaj o:

- spokoju i opanowaniu podczas mówienia,
- swobodnym rozpoczęciu fonacji, bez zbędnych napięć w okolicy gardła i szyi,
- prawidłowym oddychaniu,
- naturalnej wysokości głosu, również w sytuacjach wywołujących większe emocje.

Pamiętaj o odpowiednim sposobie odżywiania:

- wyeliminuj gorące i ostre potrawy,
- dobierz odpowiednią dietę, bogatą w wodę, błonnik, białko (owoce, warzywa, czerwone mięso, ryby), a ubogą w sól,

- spożywaj regularnie 4-5 posiłków dziennie, pamiętając, że najważniejszym z nich, dostarczającym organizmowi porcji niezbędnej energii, jest śniadanie,

- wyeliminuj niezdrową żywność (fast food).

Zdrowa dieta może uchronić Cię przed chorobą refluksową, ostatnio coraz częściej dotyczącą błony śluzowej gardła i krtani, co ma ujemny wpływ na funkcje narządu głosu.

Gdzie szukać pomocy w przypadku „chrypek zawodowych”?

Osoby pracujące głosem nie mogą lekceważyć objawów dysfunkcji narządu głosu. Jeśli leczenie zalecane przez lekarza pierwszego kontaktu jest niewystarczające, pacjent powinien być skierowany do poradni laryngologicznej, a jeśli to możliwe, do poradni foniatrycznej. Należy podkreślić, że niewłaściwe leczenie wczesnych objawów dysfonii zawodowych, np. chrypki będącej objawem zmęczenia głosowego, dodatkowo przyspiesza rozwój niedomogi głosowej. „Chrypka zawodowa” często jest niewłaściwie rozpoznawana jako ostre zapalenie krtani, a rutynowo włączana w takim przypadku antybiotykoterapia nie przynosi poprawy.



Osoby pracujące głosem nie mogą lekceważyć objawów dysfunkcji narządu głosu.

Dlaczego leczenie dysfonii zawodowych powinno być kompleksowe?

Ze względu na wieloczynnikową etiologię zawodowych chorób narządu głosu konieczne jest postępowanie kompleksowe, dobrane indywidualnie po dokładnej diagnostyce wykonanej przez specjalistę laryngologa lub foniatrę. Istotnym elementem diagnozy jest badanie wideostrobosko-

powe, które umożliwiają obserwację powiększonego ruchomego obrazu krtani i pozwala precyzyjnie ocenić jej strukturę i funkcję.

Celem leczenia powinno być przywrócenie takiego stanu narządu głosu, który spełniałby potrzeby pacjenta zarówno zawodowe, jak i emocjonalne oraz socjalne, oczywiście przy uwzględnieniu jego realnych możliwości.

Najważniejszym elementem terapii jest **rehabilitacja głosu**, obejmująca:

- edukację o higienie pracy głosem,
 - zmianę nawyków głosowych,
 - korektę emisji głosu poprzez trening głosowy
- najczęściej prowadzony przez logopedę/terapeutę głosu, ale w ścisłej współpracy z foniatrą.

Pozostałe elementy terapii to:

- leczenie farmakologiczne,
- fizjoterapia,
- leczenie chirurgiczne.

W początkowym okresie zawodowe zaburzenia głosu mają charakter dysfonii czynnościowych, tzn. nie występują zmiany morfologiczne w narządzie głosu, a dysfunkcja głosu jest odwracalna. U osób pracujących głosem dysfonie czynnościowe często wyprzedzają pojawienie się zmian organicznych głośni, które przeważnie wymagają leczenia chirurgicznego. Warto jednak przed zabiegiem poddać się rehabilitacji głosu, gdyż wczesne zmiany, np. guzki głosowe, ustępują w wyniku takiej terapii, bez konieczności leczenia operacyjnego. Natomiast, gdy interwencja chirurgiczna jest niezbędna, należy pamiętać o rehabilitacji głosu po zakończeniu procesu gojenia, aby nie doszło do nawrotów chorób organicznych krtani.

Utrwalone zmiany patologiczne krtani ograniczają w znacznym stopniu wydolność narządu głosu i uniemożliwiają posługiwanie się głosem zawodowo. Można im zapobiec, zgłaszając się po pomoc specjalistyczną, po wystąpieniu pierwszych niepokojących objawów.

Rehabilitacja zawodowych chorób głosu w warunkach sanatoryjnych

W przypadku zaawansowanych dysfonii zawodowych, w celu odzyskania sprawności narządu głosu, konieczna jest intensywne rehabilitacja, optymalnie prowadzona przez zespół specjalistów w warunkach sanatoryjnych. W skład zespołu prowadzącego rehabilitację głosu w sanatorium wchodzi:

- specjalista balneologii,
- laryngolog/foniatra,
- psycholog,
- fizjoterapeuta.

Leczenie sanatoryjne zapewnia korzystne warunki, gdyż pacjent w oderwaniu od codziennych



Istotny wpływ na efekty terapii ma kompleksowa rehabilitacja pod okiem specjalistów z zakresu zawodowych chorób narządu głosu.

obowiązków może się skoncentrować na swoim zdrowiu, a kompleksowa rehabilitacja prowadzona jest pod okiem specjalistów przeszkolonych z zakresu specyfiki zawodowych chorób narządu głosu, co ma istotny wpływ na efekty terapii.

Turnus sanatoryjny przeznaczony dla osób z zawodowymi zaburzeniami głosu zawiera następujące moduły:

- diagnostykę funkcjonalną,
- leczenie balneologiczne,
- trening głosowy dobrany indywidualnie,
- edukację na temat higieny głosu,
- elementy psychoterapii, które poprzez naukę relaksacji całego ciała ułatwiają uzyskanie prawidłowego oddechu i emisji głosu,
- zabiegi z udziałem fizjoterapeuty, najlepiej przeszkolonego w zakresie manualnych technik osteopatycznych, usprawniających biomechanikę struktur toru głosowego,
- autoterapię z motywacją do świadomego dbania o higienę głosu i zachowania nabytych na turnusie umiejętności głosowych.

Opracowanie:
**Instytut Medycyny Pracy
im. prof. J. Nofera w Łodzi**





Stanowisko Rady Ochrony Pracy

w sprawie działań skierowanych na realizację strategii Wspólnoty Europejskiej na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia w pracy

Rada Ochrony Pracy na posiedzeniu w dniu 9 października 2012 r. zapoznała się z materiałem przygotowanym przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, dotyczącym średniookresowej oceny Strategii Wspólnoty Europejskiej „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: Wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012” oraz założeniami przyszłej strategii WE na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2013-2020.

Z przedstawionych Radzie informacji wynika, że zgodnie z przeprowadzoną oceną średniookresową obecnej strategii, Polska należy do czołówki państw europejskich w zakresie podejmowanych działań na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy. Mimo to wskaźniki śmiertelnych wypadków w Polsce są wyższe od średnich w Unii Europejskiej: według najnowszych danych Eurostatu wskaźnik wypadków śmiertelnych (standaryzowany zgodnie z metodologią Eurostatu) wynosił w roku 2009 w Polsce 5,66, a w UE 2,52 (dane dla 27 krajów członkowskich).

Zgodnie z założeniami przyjętymi przez Komisję Europejską, zmniejszenie liczby wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych pozostanie naczelnym celem nowej strategii Unii. W zależności od potrzeb, państwa członkowskie mogą ustalać cele ilościowe w tym zakresie. Proponowane cele szczegółowe nowej strategii, wynikające ze średniookresowej oceny obecnej strategii oraz z realizacji strategii Europa 2020, obejmują osiągnięcie takiego samego (zgodnego z wymaganiami Dyrektywy Ramowej 89/391/EWG) poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników we wszystkich państwach UE, zapewnienie ciągłej poprawy stanu zdrowia pracujących, a także poprawy jakości miejsc pracy. Komisja wskazuje na potrzebę opracowywania krajowych strategii określających ogólne cele i kierunki działań długoterminowych na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy. Równocześnie kładzie nacisk na przygotowanie odpowiednich programów działań prewencyjnych, jako podstawowych narzędzi do osiągnięcia tych celów.

Biorąc powyższe pod uwagę Rada stwierdza, że przeniesienie strategii Unii Europejskiej na poziom krajowy, w celu zmniejszenia liczby wypadków przy pracy i chorób związanych z pracą oraz ograniczenia zagrożeń zawodowych, wymaga wzmocnienia integracji działań planowanych w tym celu zarówno przez organy administracji państwowej i samorządowej oraz nadzoru nad warunkami pracy, jak i przez partnerów społecznych. W szczególności Rada zwraca uwagę na potrzebę:

- wzmocnienia działań w zakresie prewencji zagrożeń zawodowych na poziomie zakładów pracy, w tym rozwoju partycypacji pracowniczej oraz wiedzy i umiejętności kadry zarządzającej we wspólnym kształtowaniu warunków pracy,
- zwiększenia skuteczności edukacji i szkoleń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- wykorzystania osiągnięć nauki,
- promowania dobrych praktyk w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- poprawy skuteczności nadzoru nad warunkami pracy,
- rozwoju dialogu społecznego i porozumień partnerów społecznych na każdym poziomie.

Rada popiera inicjatywę podjętą przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, która jest ukierunkowana na wymianę informacji i integrowanie działań na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy, planowanych zgodnie ze strategią UE przez organy administracji państwowej, organy nadzoru nad warunkami pracy i partnerów społecznych. Rada oczekuje na jej wyniki i uważa za celowe opracowanie na tej podstawie dokumentu strategicznego określającego cele oraz kierunki działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy w Polsce, zgodnie ze strategią Europa 2020.

Poseł Izabela Katarzyna Mrzygłocka
Przewodnicząca
Rady Ochrony Pracy



■ **28 września 2012 r.** w Łodzi odbyła się konferencja „Choroby układu krążenia i choroby metaboliczne a praca zawodowa”. Przedsięwzięcie zostało zorganizowane w związku z realizacją przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera projektu „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt ma na celu przygotowanie i wdrożenie programu profilaktyki chorób układu krążenia, uwzględniającego czynniki środowiska pracy, ukierunkowanego na wybrane grupy zawodowe. Organizatorzy konferencji starali się przybliżyć uczestnikom problematykę związaną z chorobami układu krążenia i chorobami metabolicznymi, takimi jak: cukrzyca, zespół metaboliczny czy osteoporoza u osób pracujących zawodowo oraz przygotowanie programów profilaktycznych odpowiednich dla wskazanych grup zawodowych. Realizacja projektu obejmowała m.in.: identyfikację i analizę związku czynników środowiska pracy z występowaniem chorób układu krążenia, wyłonienie grup zawodowych zagrożonych zwiększonym ryzykiem chorób układu krążenia. Ponadto w ramach projektu przewidziane było: • opracowanie i przygotowanie programów profilaktycznych ukierunkowanych na czynniki zawodowe • przygotowanie i upowszechnienie materiałów informacyjnych dotyczących wpływu czynników zawodowych na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego dla służb odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, lekarzy, pracodawców i pracowników • przeprowadzenie szkoleń i spotkań informacyjnych dla lekarzy, pracodawców, pracowników, służb bhp • przygotowanie schematów programów profilaktycznych skierowanych na określone grupy zawodowe.

Naukowcy podają, że w większości krajów zachodnich zmniejsza się zachorowalność na choroby układu krążenia. W Polsce, mimo postępu w diagnostyce i leczeniu, są one odpowiedzialne za ok. 50% wszystkich zgonów, a rocznie występuje ok. 100 000 nowych zawałów serca. Pod tym względem stawia to nasz kraj na jednym z pierwszych miejsc w Europie. Działania zapobiegające powstawaniu i rozprzestrzenianiu się chorób sercowo-naczyniowych w społeczeństwie są ciągle niewystarczająco skuteczne. Wynika to również z podejmowanych działań profilaktycznych, ukierunkowanych wyłącznie na klasyczne czynniki ryzyka chorób układu krążenia – wysoki cholesterol, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość, brak aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, palenie tytoniu. Powyższe czynniki są odpowiedzialne za

zaledwie 50% przypadków zachorowań. Przedstawione podczas konferencji wyniki badań naukowych pokazują, że istnieje jeszcze ok. 200 innych czynników, w tym również zawodowych, które mogą być odpowiedzialne za powstanie i rozwój chorób układu krążenia i choroby metaboliczne.

Podczas konferencji omówione zostały zagadnienia dotyczące m.in.: • chorób układu krążenia jako problemu osób pracujących • zawału mięśnia sercowego jako wypadku przy pracy • zawodowych czynników ryzyka chorób układu krążenia • zawału mięśnia sercowego w populacji osób pracujących • rehabilitacji kardiologicznej jako szansy powrotu do pracy • wybranych chorób metabolicznych w odniesieniu do pracy zawodowej.

W podsumowaniu konferencji podkreślono, że podejmując działania profilaktyczne chorób układu krążenia, należy również uwzględnić inne czynniki zwiększające ryzyko ich wystąpienia. Współczesna profilaktyka jest ukierunkowana niemal wyłącznie na klasyczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a uwzględnienie czynników zawodowych pozwoli podjąć kroki prowadzące do zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia wśród populacji pracujących. Uczestnicy konferencji „Choroby układu krążenia i choroby metaboliczne a praca zawodowa” wnioskuje, że uwzględnienie wpływu zawodowych czynników na ryzyko powstawania chorób układu sercowo-naczyniowego może stanowić przełom w zapobieganiu tym chorobom.

■ **10-12 października 2012 r.** w Ostrowie Wielkopolskim odbyła się V Ogólnopolska Konferencja „Praktyczne aspekty oceny ryzyka jako podstawa działań behapowskich w firmie” organizowana przez redakcję miesięcznika ATEST-Ochrona Pracy.

Spotkanie było kontynuacją zainicjowanego w 2008 r. ogólnopolskiego cyklu spotkań naukowców i praktyków zajmujących się poprawą bezpieczeństwa w środowisku pracy. Przedmiotem kolejnej edycji były zagadnienia dotyczące oceny ryzyka zawodowego, czyli prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń niepożądanych na określonym stanowisku pracy. Adresatami konferencji byli pracownicy służby bhp, naukowcy zajmujący się problematyką wypadków przy pracy i chorób zawodowych, wykładowcy i eksperci z dziedziny bezpieczeństwa, przedstawiciele firm szkoleniowych, producenci odzieży ochronnej, pracodawcy oraz osoby kierujące pracownikami.

Zamierzeniem organizatorów konferencji było przekonanie specjalistów ds. bezpieczeństwa do

konieczności podjęcia działań zmierzających do eliminowania zagrożeń, a tym samym zmniejszenia liczby wypadków.

Zdaniem ekspertów jednym z najlepszych narzędzi stosowanych w profilaktyce wypadkowej jest poprawnie sporządzona ocena ryzyka, poprzedzona wnikliwą analizą zagrożeń. Jej podstawą jest określenie zagrożeń i poziomu ich występowania, a także wskazanie środków umożliwiających ograniczenie ryzyka. Prawidłowe przeprowadzenie procesu oceny ryzyka zawodowego oraz stosowanie środków profilaktycznych jest jednocześnie elementem bezpośrednio chroniącym zdrowie i życie pracowników. W sposób pośredni wpływa na podnoszenie świadomości pracowników o istnieniu zagrożenia w miejscu pracy oraz sposobie bezpiecznego wykonywania pracy. Powszechnie stosowana ocena ryzyka nie jest sztuką samą w sobie, lecz sposobem na ograniczanie strat w firmach, strat społecznych i ludzkich.

W programie tegorocznej edycji ogólnopolskiej konferencji organizowanej przez redakcję miesięcznika ATEST-Ochrona Pracy znalazły się cztery sesje tematyczne, kilkanaście wykładów, „stolik eksperta”, sesja posterowa oraz debata ukierunkowana na problematykę oceny ryzyka zawodowego.

Spotkanie było okazją i miejscem do wymiany poglądów przedstawicieli różnych środowisk – naukowców, długoletnich praktyków oraz młodych pracowników służby bhp, zdobywających doświadczenie w tej dziedzinie.

Tematyka sesji była bardzo różnorodna i obejmowała m.in. prezentację zagadnień: • od analizy zagrożeń do oceny ryzyka • jak przeprowadzić ocenę ryzyka zawodowego – wybór metody • rola oceny ryzyka w zapewnianiu bezpieczeństwa operatorom maszyn • niebezpieczne chemikalia – ryzyko stosowania słabo przewidywalne • co oceniamy – ryzyko pracownika na stanowisku czy dla konkretnej pracy • ocena ryzyka podstawą działań przedsiębiorcy • ocena ryzyka zawodowego a dobór środków ochrony indywidualnej • ocena ryzyka w systemowym zarządzaniu bezpieczeństwem w zakładzie • zastosowanie odpowiednich środków ochrony indywidualnej w technologii GORE-TEX pod kątem analizy zagrożeń w pracy • czynniki psychospołeczne jako element ryzyka zawodowego • skuteczne informowanie pracowników o ryzyku.

■ **30 października 2012 r.** w Warszawie, w siedzibie Centralnego Instytutu Ochrony Pracy-Państwowego Instytutu Badawczego, odbyło się uroczyste otwarcie pokonkursowej wystawy plakatów Aktywni 50+, związanej z XXI edycją ogólnopolskiego konkursu na plakat bezpieczeństwa pracy. Organizatorami konkursu byli: Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy, Wydział Form Przemysłowych Akademii

Sztuk Pięknych w Krakowie, Wydział Form Przemysłowych Akademii Sztuk Pięknych w Łodzi, Wydział Wzornictwa Przemysłowego Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie. Patronat nad konkursem objęli Minister Pracy i Polityki Społecznej i Główny Inspektor Pracy.

Okazją do podjęcia tej tematyki w konkursie było ogłoszenie przez Komisję Europejską roku 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej.

Celem konkursu było uzyskanie oryginalnych projektów plakatów, promujących problematykę bezpieczeństwa i ochrony zdrowia ludzi starszych wiekiem w środowisku pracy. Inicjatywa ta miała służyć zwiększeniu szans osób starszych na rynku pracy i poprawie warunków zatrudnienia.

Wzrost przeciętnej długości życia przy jednoczesnym spadku liczby urodzin powoduje, że społeczeństwo Europy, w tym również Polski, starzeje się. Osoby po pięćdziesiątym roku życia, będące w pełni zdolności do pracy, stanowią jedną piątą społeczeństwa, co jednocześnie stanowi aż 22% ogółu bezrobotnych. Dlatego konieczne jest zwrócenie uwagi opinii publicznej na częste zjawisko umniejszania znaczenia i przydatności aktywności zawodowej osób po pięćdziesiątce. Pracownicy 50+ mają wiele do zaoferowania firmom, w których pracują. Aktywne wchodzenie tych ludzi w wiek dojrzałej aktywności zawodowej i korzystanie z możliwości wynikających z dłuższego życia w zdrowiu przynosi wymierne korzyści dla uczestników rynku pracy.

Na konkurs Aktywni 50+, związany z XXI edycją ogólnopolskiego konkursu na plakat bezpieczeństwa pracy, napłynęły 82 projekty plakatów. Jury konkursu przyznało dwie równorzędne nagrody I stopnia – Adrianowi Adamowi Ambrożewiczowi i Aleksandrowi Bąkowi, dwie III stopnia – Agnieszce Popek-Banach i Kamilowi Banachowi oraz sześć wyróżnień.

■ **13-14 listopada 2012 r.** w Legnicy odbyła się XV Konferencja Liderów Bezpiecznej Pracy pod hasłem „Przywództwo w działaniach na rzecz poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy”, poświęcona tematyce zdolności wpływania na rzecz poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy. Organizatorami przedsięwzięcia były Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy wraz z Kombinatem KGHM Polska Miedź S.A. Gospodarz spotkania, KGHM Polska Miedź S.A., zaprosił uczestników konferencji do odwiedzenia kilku swoich zakładów górniczych, takich jak: Lubin, Rudna, Polkowice-Sieroszowice, Zakładu Wzbogacania Rudy w Polkowicach oraz Huty Miedzi w Głogowie.

Goście konferencji, z racji zawodowych specjalizacji, wykazali duże zainteresowanie nie tylko polityką i praktyką koncernu w zakresie bezpieczeństwa pracy, ale samym procesem technologicznym wydobycia i przetwarzania rudy miedzi. Niezwykle interesujące dla zwiedzających świat polskiej miedzi

okazały się również nowoczesne systemy organizacji i zarządzania.

W zakładach KGHM S.A. zatrudnionych jest obecnie ponad 18 tys. pracowników, a w spółkach zależnych ok. 10 tys. W przedsiębiorstwie zostało zidentyfikowanych 48 zagrożeń wypadkowych, takich jak zagrożenia łąpnięciami oraz wyrzutami gazów i skał, zagrożenia gazowe i termiczne. A zatem zapewnienie bezpieczeństwa pracy załogi staje się dla kierownictwa coraz większym wyzwaniem z uwagi na to, że prace wydobywcze z roku na rok schodzą od 8 do 10 m w głąb ziemi, z czym wiążą się znaczne problemy wentylacyjne.

Specjaliści z dziedziny bezpieczeństwa w KGHM Polska Miedź S.A. poinformowali podczas spotkania, że w ciągu dziesięciu miesięcy 2012 roku odnotowano znaczny spadek liczby wypadków przy pracy, tj. o prawie 20% w porównaniu do roku ubiegłego. Podkreślili również, że największy problem w tym zakresie stanowi zachowanie standardów bezpieczeństwa przez pracowników firm zewnętrznych, współpracujących z kombinatem.

Na zakończenie seminaryjnej części konferencji odbyła się uroczystość wręczenia Kart Liderów Bezpiecznej Pracy. Po raz 14. Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy uhonorował firmy i instytucje prowadzące szczególnie aktywne i skuteczne działania na polu bezpieczeństwa pracy.

Podczas konferencji wręczono trzy Zielone Karty Liderów Bezpiecznej Pracy, dwie Srebrne Karty Bezpiecznej Pracy oraz dwanaście Złotych Kart, w tym m.in. dla kombinatu KGHM Polska Miedź S.A. Przedstawicielom ośmiu nowych przedsiębiorstw wręczone zostały nominacje dla nowych członków Forum Liderów Bezpiecznej Pracy.

W ramach XV Konferencji Liderów Bezpiecznej Pracy w Legnicy odbyło się również Spotkanie Krajowej Sieci Partnerów Krajowego Punktu Centralnego EU-OSHA. Przedstawiciele CIOP-PIB zaprezentowali zebranym program kampanii „Partnerstwo dla prewencji” na rok 2013. Celem kampanii przygotowanej przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy EU-OSHA jest udzielenie wsparcia przedsiębiorstwom, pracodawcom i pracownikom przy dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego i ograniczaniu zagrożeń występujących w miejscu pracy.

■ **20 listopada 2012 r.** w Sali Kolumnowej Sejmu RP odbyła się uroczystość wręczenia nagród laureatom XL edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy. Konkurs został zorganizowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej we współpracy z: Ministerstwem Gospodarki, Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji Narodowej, Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Państwową Inspekcją Pracy, Niezależnym

Samorządnym Związkiem Zawodowym „Solidarność”, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych.

Konkurs dotyczy opracowań z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii, służących poprawie warunków pracy i jest realizowany w dwóch kategoriach: kategoria „A” – Rozwiązania techniczne i organizacyjne, kategoria „B” – Prace naukowo-badawcze. Celem Konkursu jest inspirowanie i upowszechnianie prac naukowo-badawczych oraz rozwiązań organizacyjnych i technicznych prowadzących do poprawy warunków pracy, jej bezpieczeństwa oraz ochrony człowieka w środowisku pracy przez udoskonalanie stosowanych lub wprowadzenie nowych metod oceny zagrożeń i ryzyka zawodowego, nowych konstrukcji, technologii, urządzeń i materiałów.

W tegorocznej edycji Konkursu pierwszą nagrodę w kategorii Rozwiązania techniczne i organizacyjne przyznano za nowe rozwiązanie w zakresie warunków i bezpieczeństwa pracy w górniczych wyrobiskach eksploatacyjnych poprzez wdrożenie systemu PECM (Platforma Ewidencji Części Maszyn) z modulem Gather. Autorami tego rozwiązania byli przedstawiciele Instytutu Mechanizacji Górnictwa Politechniki Śląskiej w Gliwicach, Instytutu Techniki Górniczej KOMAG w Gliwicach oraz Elsta Sp. z o.o.

Przyznano również nagrody II stopnia za: • opracowanie i wdrożenie programu „Zgłoś zagrożenie bezpieczeństwa” • wprowadzenie instruktaży metodą „5 minut dla bezpieczeństwa” i • bezprzewodowy system wspierania logistyki dla transportu podziemnego WLSS.

Nagrody III stopnia w tej kategorii otrzymali autorzy: • nowego rozwiązania w pomostach bezpieczeństwa sztucznego dna szybu • nowego systemu ładowania otworów strzałowych o długości powyżej 70 m oraz • nowego rozwiązania technicznego w zakresie organizacji pracy na wysokościach wewnątrz i na zewnątrz hal naprawczych w Sekcjach Napraw i Eksploatacji Taboru w „Kolejach Mazowieckich – KM”.

W kategorii prace naukowo-badawcze nagrodę I stopnia otrzymał przedstawiciel CIOP-PIB za opracowanie rozwiązania polegającego na wykorzystaniu technik rzeczywistości wirtualnej do szkolenia pracowników w zakresie postępowania w czasie prac szczególnie niebezpiecznych. Nagrodą II stopnia uhonorowano innowacyjny system podnoszenia poziomu bezpieczeństwa pracy z wykorzystaniem technologii Rozszerzonej Rzeczywistości – SafeAR, a nagrodą III stopnia – opracowanie metody neutralizacji zużytych emulsji olejowych.

Irena Sajkowska
Departament Prewencji i Rehabilitacji



Sanatorium Uzdrowskie w Gołdapi.

Fot.: E. Szupień

PREWENCJA i REHABILITACJA

Wydawca:

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

Przygotowanie tekstów:

Anna Sójka, Marta Bil-Witkowska
z Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS

Adres: 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3, 5, tel.: 22 667-10-27, 22 667-10-25 (lub sekretariat: 22 667-10-15)

Opracowanie redakcyjne tekstów:

Redakcja Wydawnictw Gabinetu Prezesa

Projekt graficzny: Hanna Klimkowska

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

Nakład 500 egz. Zamówienie nr 757/13

ZUS