

ISSN 1731-8971

ZUS

PREWENCJA i REHABILITACJA

kwartalnik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

nr 4 (30)

2012



PREWENCJA i REHABILITACJA

Spis treści

- 1** **Stres – rosnący problem społeczny XXI wieku**
— *Wojciech Gruszczyński*

- 5** **Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach psychosomatycznych**
— *Magdalena Bryła*

- 10** **Zasady prawidłowego żywienia z uwzględnieniem żywienia w chorobach psychosomatycznych**
— *opracowanie Instytut Żywności i Żywienia*

- 18** **Osoby niepełnosprawne – pełnoprawni obywatele, czy problem?**
— *Edward Przychodaj*

- 27** **Wydarzenia, opinie – 2012**
— *Irena Sajkowska*



Zbigniew Derdziuk
Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Finalista V edycji konkursu
„ZNAKOMITY PRZYWÓDCA”



Stres – rosnący problem społeczny XXI wieku

W pierwszym w województwie łódzkim mieście uzdrowiskowo-sanatoryjnym w Sanatorium Uniejów Park 26 lipca 2012 r. odbyło się seminarium naukowe pt.: „Choroby psychosomatyczne – najszybciej rosnące zagrożenie utraty zdolności do pracy”. Sympozjum zorganizował Instytut Zdrowia Człowieka i Klinika Psychosomatyczna z okazji wejścia w jedenasty rok współpracy z ZUS.

Gośćmi na sympozjum byli przedstawiciele: Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Wojewódzkiego i Marszałkowskiego Łodzi, burmistrz Uniejowa oraz przedstawiciele świata naukowego – prof. dr hab. Jan Tylka, prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński, prof. dr hab. n. med. Andrzej Radek, prof. dr hab. n. med. Wojciech Gaszyński.

Instytut Zdrowia Człowieka jest jednym z podmiotów realizujących program rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS. Współpracując z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, uczymy się razem, jak realizować prewencję i jak wykorzystywać jej wyniki. Autorytety medyczne potwierdzają, jak wielkim dobrem człowieka jest utrzymanie zdolności do pracy i jak ważne to jest dla zdrowia psychicznego. Utrata zdolności do pracy to jeden z najgroźniejszych stresów, drugi po utracie najbliższego partnera.

W części naukowej zostały przedstawione trzy referaty tematyczne wygłoszone przez: prof. Jana Tylkę – Krajowego Konsultanta ds. Psychologii Klinicznej, prof. Wojciecha Gruszczyńskiego – kierownika Kliniki Zaburzeń Nerwicowych Związanych ze Stresem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Małgorzatę Nietopiel – dyrektora Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS.

„Przyczyny wzrostu zachorowań na choroby psychosomatyczne”

Prof. Jan Tylka w swoim wystąpieniu zatytułowanym „Przyczyny wzrostu zachorowań na choroby psychosomatyczne” przedstawił rys historyczny i poglądy wybitnych przedstawicieli medycyny, któ-

rzy od czasów starożytnych aż do współczesnych zwracali uwagę na jedność psychobiologiczną i społeczną człowieka. Mottem wykładu było stwierdzenie E. Fromma (1996): „*To nie szatan ani nie sadysta, ale zwykły człowiek posiadający władzę stanowi główne zagrożenie dla gatunku ludzkiego*”.

W dalszej części wykładu prof. J. Tylka omówił dwie **zasadnicze grupy przyczyn zaburzeń psychosomatycznych**, a mianowicie:

- swoiste – do których zaliczył doświadczenie (przebyte urazy), zwłaszcza w okresie dzieciństwa,
- nieswoiste – czyli wszechwładny stres związany z wyzwaniem współczesnej cywilizacji.

Mimo postępu tzw. medycyny „naprawczej” (uniwersyteckiej) narastają zagrożenia chorobami układu krążenia, cukrzycą, depresją i zespołami alergicznymi. Dużo uwagi profesor, jako wybitny znawca i badacz psychologicznych aspektów układu krążenia, poświęcił chorobom serca, a zwłaszcza: chorobie wieńcowej, zawałowi, nadciśnieniu tętniczemu. Dlatego z punktu widzenia praktycznego dla każdego lekarza i pacjenta ważna jest znajomość zgłaszanych przez hospitalizowanych skarg, które najczęściej świadczą o problemach psychosomatycznych.

Do problemów tych należą: • ból w klatce piersiowej (90,2%) • niespokojne bicie serca (85,4%) • wzdęcia brzucha (85,4%) • uczucia depresyjne (82,9%) • uczucie wyczerpania (82,9%) • zawroty głowy (80,5%) • bóle głowy (78,0%) i • zmęczenie (75,6%).

Jako psycholog kliniczny prof. J. Tylka dużą część swojego referatu poświęcił problematyce depresji – jako groźnemu czynnikowi zachorowań i nagłego zgonu (samobójstwo). Depresja jest lawinowo narastającym zjawiskiem w naszym społeczeństwie

oraz coraz częściej towarzyszy wielu chorobom somatycznym. Jako ratunek przed dalszymi zagrożeniami epidemiologicznymi depresji profesor wskazywał na działania w zakresie promocji, profilaktyki i rehabilitacji, a więc przede wszystkim na edukację – zwłaszcza osób z podwyższonym ryzykiem i bardzo ważnym tzw. „wsparciem” rozumianym bardzo szeroko i wieloaspektowo.

„Zakład Ubezpieczeń Społecznych - autor (inicjator) wprowadzenia psychosomatyki do prewencji rentowej - kierunki rozwoju tej dziedziny”

Kolejnym wystąpieniem naukowym był wykład prof. Wojciecha Gruszczyńskiego – specjalisty psychiatry zatytułowany: „Zakład Ubezpieczeń Społecznych – autor (inicjator) wprowadzenia psychosomatyki do prewencji rentowej – kierunki rozwoju tej dziedziny”.

Medycynę psychosomatyczną należy rozumieć jako próbę filozoficznego (interdyscyplinarnego) zrozumienia pojęcia zdrowia i choroby. Jej współczesny naukowy początek datuje się od 1939 r., kiedy to w USA powołano Amerykańskie Towarzystwo Psychosomatyczne i zaczęto wydawać czasopismo „Psychosomatic Medicine” (Dunbar).

Obecnie medycyna psychosomatyczna jest przedmiotem wykładowym na uniwersytetach medycznych w USA i w krajach Europy Zachodniej oraz dysponuje licznymi ośrodkami badawczo-usługowymi (leczniczymi). W Polsce praktycznie jest niedoceniona, niezauważona i marginalizowana przez wszechwładną medycynę „naprawczą” (uniwersytecką).

W rejestrze placówek leczniczych Ministerstwa Zdrowia nie ma nazwy „oddziały (kliniki) psychosomatyczne”, stąd niemożność ich oficjalnego utworzenia i rejestracji w NFZ. Doświadczył tego Instytut Zdrowia Człowieka, który jako jeden z pierwszych w Polsce czynił bezowocne starania utworzenia oddziałów rehabilitacji schorzeń psychosomatycznych na różnych szczeblach decyzyjnych służby zdrowia.

Dlatego istotne znaczenie ma rozpoczęcie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w schorzeniach psychosomatycznych. To niekwestionowana zasługa i sukces ZUS.

Wystąpienie profesora W. Gruszczyńskiego poświęcone było m.in. prezentacji w sposób holistyczny (całościowy) problemów związanych z zaburzeniami stresowymi, które wyjaśniają etiopatogenezę chorób psychosomatycznych.

Stres definiowany jest jako niespecyficzna, o charakterze adaptacyjnym, uogólniona reakcja ustroju na zaburzoną homeostazę (równowagę), sytuację

przedłużającej się rozbieżności pomiędzy oczekiwanym a faktycznym stanem otoczenia.

Niespecyficzna (nieswoista) reakcja oznacza, że niezależnie od bodźca (stresora psychicznego lub fizycznego) zasadnicze mechanizmy organizmu są zawsze takie same, mają charakter ogólnoustrojowy.

Podłoże anatomiczne zaburzeń stresowych. Jest nim głównie mózg człowieka, który odbiera (rejestruje) zewnętrzne czynniki psychiczne (psychologiczne) pod postacią tzw. bodźców psychospołecznych (stosunki międzyludzkie). Wymienione czynniki psychospołeczne (stresory psychiczne) uruchamiają tzw. oś stresową, która składa się z następujących elementów: • układu limbicznego (czyli tzw. mózgu emocjonalnego) • podwzgórza • przysadki i • nadnerczy.

Psychobiologiczna reakcja na stres. Obejmuje trzy najważniejsze układy człowieka, a mianowicie:

- neuroendokrynologiczny (uwalnianie kortyzolu, ACTH, katecholamin, betaendorfin, testosteronu, insuliny),
- autonomiczno-metaboliczny (układ krążenia, oddychania, nerek, perystaltyka żołądka i jelit, metabolizm tłuszczowy),
- immunologiczny (stężenia immunoglobulin, liczba leukocytów, limfocytów, stężenie cytokin, wolne rodniki).

Dynamika stresu. Początkowo stres wzmacnia mechanizmy odpornościowe organizmu, mechanizmy immunoprotekcji, mobilizuje zasoby energetyczne oraz wzmacnia sprawność funkcji poznawczych (pozytywny efekt).

Jednak, kiedy nasilenie stresu lub jego charakter przekracza możliwości człowieka, dochodzi do rozwinięcia zaburzeń (choroby) psychicznej i/lub somatycznej.

W wyniku neurotoksycznego oddziaływania biochemicznych parametrów stresu (głównie kortyzolu i wolnych rodników) dochodzi do uszkodzenia i zaburzeń zarówno neuronów (komórek nerwowych), jak i ich połączeń, głównie kory czołowej i układu limbicznego.

Można zatem obrazowo powiedzieć, że stres wywołany czynnikami psychologicznymi (bodźcami psychospołecznymi) może powodować organiczne uszkodzenie struktur mózgu (poznawczo-emocjonalnych) – często nieodwracalne. Proces ten dotyczy nie tylko mózgu, ale również innych narządów i układów człowieka, w tym również naszego DNA, doprowadzając do niszczenia telomerów, czyli „skuwek” chroniących końce chromosomów.

Do przedstawionego powyżej destrukcyjnego oddziaływania parametrów biochemicznych dochodzi również w stanie tzw. odżywiania stresu, czyli przypomnienia sytuacji katastroficznej, np. wypadku samolotowego, tortur, zgwałcenia itp.

Dynamika objawów klinicznych stresu. Przebiega ona w trzech etapach, a mianowicie:

Etap I – to zaburzenia psychopatologiczne zwane dawniej nerwicami, do których należą m.in.: lękowe (fobie społeczne, panika, depresyjno-lękowe), obsesyjno-kompulsywne (tzw. nerwica natręctw), dysocjacyjne (czyli histrioniczne dawniej nazywane histerycznymi), ostra reakcja na stres, zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz złożony zespół stresu pourazowego (DESNOS) nazywany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 trwałą zmianą osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej.

Etap II – obok psychicznych ujawniają się zaburzenia pod postacią somatyczną (które w praktyce nazywamy „nerwicą serca”), „nerwica żołądka”, zespół jelita drażliwego, pęcherz neurogeny, przewlekły zespół bólowy kręgosłupa, bóle głowy z napięcia i wiele innych.

Etap III – dochodzi w nim do rozwinięcia się przewlekłych chorób somatycznych pochodzenia psychogennego, czyli psychosomatycznych. W grupie tej dominują m.in.: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, łuszczyca, cukrzyca, jaskra, zaćma, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD), dychawica oskrzelowa i wiele innych, które obecnie nazywamy chorobami cywilizacyjnymi.

Spółeczny aspekt przewlekłego stresu. Ostatnim elementem holistycznej koncepcji działania przewlekłego stresu według prof. W. Gruszczyńskiego są przejawy patologii społecznej wszechobecne i dynamicznie narastające nie tylko w Polsce i Europie, ale również w skali światowej.

Należą do nich m.in.: bezrobocie, przemoc i agresja (zespół dziecka maltretowanego, molestowanie seksualne, pedofilia, tortury itp.), terroryzm globalny, mobbing, uzależnienia od środków psychoaktywnych i tzw. nowej generacji itp.

Mamy w tym przypadku do czynienia ze sprzężeniem zwrotnym, które działa na zasadzie „błędnego koła”. Narastanie wymienionych patologicznych zjawisk społecznych zaostrza zaburzenia stresowe, które mimo postępu medycyny naprawczej paradoksalnie zwiększają zachorowalność społeczeństwa przedłużając co prawda wiek pacjenta, ale nie jego jakość życia.

Przykładowo największy problem społeczny współczesnej Europy – bezrobocie jest również problemem zdrowotnym. Badania wykazały jednoznacznie, że pozostawanie bez pracy ponad 12 miesięcy skutkuje powstawaniem zmian organicznych serca (widocznych w EKG), przewodu pokarmowego, mięśniowego i innych o charakterze psychosomatycznym.

Dotyczy to nie tylko dorosłych bezrobotnych, ale również ich rodzin, zwłaszcza dzieci.

Na zakończenie wystąpienia prof. W. Gruszczyński przedstawił 5 propozycji, z których dwie są bardzo istotne z punktu widzenia prewencji rentowej. Są to:

- kierowanie na rehabilitację rentową ubezpieczonych we wczesnych stadiach choroby, tzn. w I lub II etapie rozwoju zaburzeń psychosomatycznych. Jest to jedyna możliwość przywrócenia pełnej zdolności do pracy zwłaszcza w perspektywie wydłużenia wieku emerytalnego,

- monitorowanie ciągłości leczenia w ramach ambulatoryjnych (POZ) i współodpowiedzialności pacjenta za skuteczność terapii.

Ten ostatni postulat jest bardzo ważny, zwłaszcza w warunkach polskiego społeczeństwa, gdzie znaczną grupę chorych cechują przejawy różnego rodzaju zaniedbań zdrowotnych oraz nadużywanie i uzależnienia od środków psychoaktywnych, głównie alkoholu i nikotyny. Zachodzi pytanie, czy osoby te powinny nadal korzystać z przywilejów ubezpieczonego na koszt podatnika.

Kończąc, prof. W. Gruszczyński stwierdził, że medycyna psychosomatyczna w Polsce, jako strategiczny kierunek działania rządu i służby zdrowia, w niedalekiej przyszłości jest „skazana” na sukces i dynamiczny rozwój wzorem krajów wysokorozwiniętych, które ograniczają finansowanie medycyny naprawczej na rzecz prewencji i profilaktyki chorób psychosomatycznych.

„Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS”

Pani Małgorzata Nietopiel – dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wygłosiła referat pt. „Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS”. Wystąpienie obejmowało podsumowanie 16 lat (1996-2012) działalności ZUS w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

W latach 1990-1995 Zakład przeprowadził programy pilotażowe mające na celu określenie 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. Wyniki pilotażu wskazywały jednoznacznie na efektywność jak najwcześniejszego podjęcia kompleksowej rehabilitacji.

Z programu prowadzonego w ramach prewencji rentowej ZUS do czerwca 2012 r. skorzystało ponad 896 tysięcy ubezpieczonych. Należy podkreślić, że liczba osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą, systematycznie wzrasta.

Dane przedstawione w referacie wskazują, że rehabilitacja lecznicza przynosi wymierne korzyści, gdyż dzięki poprawie stanu zdrowia ubezpieczeni odzyskują zdolność do pracy, mają szansę na peł-

ne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym. Rehabilitację leczniczą należy uznać za skuteczną, jeżeli po jej zakończeniu osoba ubezpieczona nie korzystała z żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym lub jedynym świadczeniem pobieranym po rehabilitacji był zasitek chorobowy nieprzekraczający 20 dni.

Dyr. M. Nietopiel zwróciła szczególną uwagę, że realizacja programu rehabilitacji leczniczej prowadzonego przez ZUS przynosi nie tylko wymienione korzyści ekonomiczne dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, redukując koszty świadczeń wypłaconych z tytułu niezdolności do pracy, ale przede wszystkim ma wymiar społeczny.

Ponadto wystąpienie dyr. M. Nietopiel obejmowało problematykę zaburzeń psychosomatycznych: podstawy prawne i algorytmy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego rehabilitacji leczniczej. Przedstawione podczas prezentacji dane wskazują, że od 1990 r. odnotowywano stały wzrost liczby osób, u których wystąpiła niezdolność do pracy z powodu zaburzeń psychosomatycznych (w związku m.in. z przemianami ustrojowo-politycznymi i gospodarczymi w Polsce). Z tego powodu od 2005 r. ZUS prowadzi program rehabilitacji leczniczej dotyczący grupy schorzeń psychosomatycznych.

Ośrodki rehabilitacyjne, realizując program rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych:

- ustalają specjalistyczną diagnozę psychologiczną i medyczną,
- przeprowadzają program terapeutyczno-rehabilitacyjny.

Celami szczegółowymi kompleksowej psychoterapii są:

- osiągnięcie poprawy objawowej,
- zmiana stosunku do choroby (wyjście z roli chorego),
- zwiększenie aktywności i poczucia sprawności,
- wypracowanie nowych sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych,
- nabycie umiejętności rozwiązywania problemów,
- poszerzenie umiejętności społecznych.

W 2011 r. spośród 73 828 osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, 3939 to liczba osób rehabilitowanych z powodów schorzeń psychosomatycznych, co stanowi 5,3%. Zakład, dostrzegając zwiększenie liczby pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi, (w tym z uwagi na narastający problem tzw. stresu zawodowego), planuje zwiększenie liczby miejsc w ośrodkach realizujących program rehabilitacji leczniczej w tych schorzeniach.

Referująca podkreśliła, że występowanie stresu zawodowego powodowane jest niszczącym wpływem na organizm ludzki czynników występujących w środowisku pracy. W następstwie stresu wzrastają koszty ponoszone przez pracowników i pracodaw-

ców spowodowane m.in. zmaganiem ze szkodliwymi skutkami stresu zawodowego. Zwiększają one nie tylko zachorowalność psychosomatyczną, ale również stanowią ryzyko wypadków przy pracy. Przewlekły stres zawodowy jest spowodowany takimi zjawiskami patologii społecznej, jak: wypalenie zawodowe, pracoholizm, mobbing i inne.

*

Po przedstawionych powyżej trzech wykładach odbyła się dyskusja, której moderatorem był prof. Wojciech Gaszyński – kierownik Kliniki Anestezjologii i Medycyny Ratunkowej UM w Łodzi.

Przedstawiona problematyka spotkała się z żywym zainteresowaniem uczestników seminarium. Zabierający głos często podnosili problem niedostatecznej znajomości problematyki psychosomatycznej wśród lekarzy innych specjalności medycznych. Wynika to z faktu braku programu kształcenia w tej dziedzinie zarówno w szkoleniu przed-, jak i podyplomowym. Nie istnieje do tej pory żadna forma edukacji specjalistycznej potwierdzająca nabyte umiejętności.

Dyskusja trwała nadal mimo oficjalnego zakończenia obrad. Uczestnicy podkreślali zaangażowanie ZUS we wdrożenie rehabilitacji chorób psychosomatycznych.

Należy wskazać, że do ośrodków prowadzących rehabilitację w schorzeniach psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS są kierowane osoby z rozpoznaniem „organicznego zaburzenia nastroju” (według Klasyfikacji ICD-10 to jest F06-F07). Grupa ta z punktu widzenia psychiatryczno-psychologicznego nie należy do schorzeń psychosomatycznych. Od 2006 r. aż do chwili obecnej odsetek tych pacjentów ulega systematycznemu zmniejszaniu od 18% na początku działalności prewencji rentowej do 10% w 2011 r. Natomiast skuteczność rehabilitacji leczniczej dla pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi od F40 do F48 wynosi aż 85%.

Wydaje się, że pacjenci z omawianymi rozpoznaniem „organicznego zaburzenia nastroju” mogą być kierowani do ośrodków prowadzących rehabilitację w schorzeniach psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS, ale muszą spełniać kryteria tzw. *minimal brain damage*, czyli mikrouszkodzenia (mikrodysfunkcji) mózgu, w którym zaburzenia kliniczne (psychopatologiczne) mają zupełnie inny charakter, nasilenie i dynamikę. Wówczas skuteczność rehabilitacji byłaby zbliżona do tej w schorzeniach psychosomatycznych. Wielu dyskutantów przy aprobacie ogółu uczestników postulowało rozpoczęcie programu edukacji i szkolenia w zakresie medycyny psychosomatycznej. Tego rodzaju działania podniosłyby jeszcze bardziej efektywność rehabilitacji rentowej, zwłaszcza w aspekcie ekonomiczno-społecznym, jak również zdrowotnym.

Wojciech Gruszczyński



Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach psychosomatycznych

Obserwowany w latach dziewięćdziesiątych XX w. w Polsce szybki wzrost liczby osób, które utraciły zdolność do pracy z powodu chorób i ich następstw i pobierających z tego tytułu świadczenia rentowe spowodowała, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych podjął działania mające na celu odwrócenie tych niekorzystnych tendencji.

Wprowadzenie

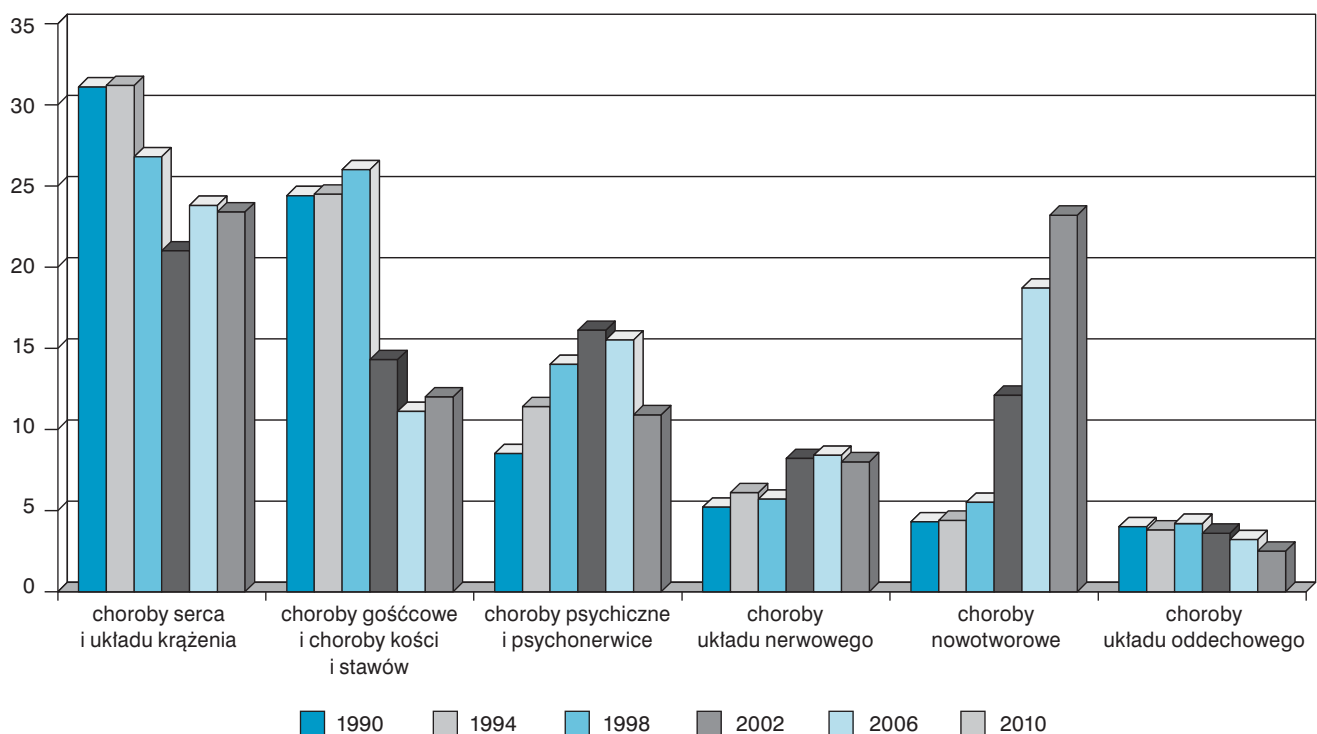
W 1996 r. w związku z szybkim wzrostem liczby osób, które utraciły zdolność do pracy z powodu chorób i ich następstw i pobierających z tego tytułu świadczenia rentowe podjęto pilotażową realizację programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, obejmującego grupy schorzeń, które były w tym czasie najczęstszą przy-

czyną niezdolności do pracy (wykres 1). Pilotaż obejmował rehabilitację leczniczą osób ze schorzeniami narządu ruchu, układu krążenia i układu oddechowego.

Stały wzrost liczby osób niezdolnych do pracy z powodu chorób psychicznych i psychoneurwicz zaowocował wprowadzeniem w 2005 r. nowego profilu rehabilitacji dla osób ze schorzeniami psychosomatycznymi.

Wykres 1

Najczęstsze przyczyny niezdolności do pracy wg grup schorzeń w latach 1990-2010



Podstawę realizacji programu stanowią: art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585) i 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. nr 131, poz. 1457).

O przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS wnioskować może każdy lekarz prowadzący leczenie, natomiast podstawą skierowania do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji wydane przez lekarza orzecznika Zakładu. Takie orzeczenie może być także wydane podczas kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, przy ustalaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego oraz podczas orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych.

Schorzenia psychosomatyczne

Psychosomatyka to „dział medycyny badający wzajemne związki między zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi, a w szczególności uwarunkowania powstawania i leczenia zaburzeń psychosomatycznych”¹. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia **choroby psychosomatyczne** to: „*choroby przebiegające albo pod postacią zaburzeń funkcji, albo zmian organicznych dotyczących poszczególnych narządów czy układów, w przebiegu których czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę w występowaniu objawów chorobowych, ich zaostrzeniu i zejściu choroby*”.

Somatyzacja oznacza przeżywanie psychologicznego cierpienia w postaci objawów somatycznych, a ich odróżnienie od objawów spotykanych w chorobach uwarunkowanych podłożem czynnościowym często jest trudne.

W XVIII w. Heinroth po raz pierwszy użył terminu „psychosomatyczny” w stosunku do zaburzeń psychicznych będących skutkiem poczucia „winy”. Uważał on, że „*im więcej grzechów, tym liczniejsze są zaburzenia psychiczne*”.

Wiemy już, że na rozwój chorób psychosomatycznych ma wpływ silny, długotrwały stres. W trakcie każdego kontaktu z pacjentem należy pamiętać, że choruje człowiek, a nie narząd. Jednak wielu lekarzy nadal niechętnie zajmuje się emocjonalnym kontekstem choroby.

Zaburzenia psychiczne mogą nie tylko maskować chorobę somatyczną, mogą też pełnić rolę zwiastunów, tj. wyprzedzać wystąpienie objawów fizykalnych. Powszechnie obserwowane są napady lęku w zespole wypadania płotka zastawki mitralnej, zaburzenia nastroju w nadczynności tarczycy, zmiany osobowości w guzach mózgu, zaburzenia urojenowe w chorobach krwi – szczególnie niedokrwistości złośliwej. Także leki stosowane w chorobach somatycznych mogą generować zaburzenia nastroju. Np. sterydy, leki hipotensyjne, środki antykoncepcyjne są częstą przyczyną zaburzeń depresyjnych. Z kolei pochodne teofiliny wywołują lub nasilają bezsenność. Sam fakt rozpoznania choroby somatycznej, często przewlekłej, wpływa deprymująco na psychikę chorego. Każdy przed ważnym spotkaniem lub egzaminem oprócz silnych emocji, lęku, niepokoju uruchamia liczne objawy somatyczne: tachykardię, bóle brzucha, dolegliwości gastryczne.

Przez chorobę psychosomatyczną w medycynie rozumiemy taką chorobę, w powstaniu której główną rolę odgrywają czynniki psychiczne, np. silny, długotrwały stres, powodujący przeżywanie dyskomfortu, niepokoju i niezadowolenia, mogący wyrażać się w postaci objawów choroby somatycznej. Osoba, która podlega silnym urazom psychicznym zaczyna cierpieć na szereg objawów emocjonalnych nazywanych „zespołem poddawania się” i charakteryzującym się poczuciem braku nadziei i pomocy, poczuciem braku zdolności znalezienia wyjścia z sytuacji, subiektywnym odczuwaniem własnej niekompetencji, skłonnością do ponownego przeżywania doznanych strat, spadkiem zdolności do przeżywania nadziei i zaufania.

Za ojca psychosomatyki uważa się Franza Alexandra, który zaliczył **do chorób psychosomatycznych** następujące jednostki (1948):

- nadciśnienie samoistne
- dychawicę oskrzelową
- wrzodzące zapalenie jelit
- atopowe zapalenie skóry
- chorobę wrzodową
- nadczynność tarczycy
- gościec przewlekły postępujący.

Dziś na początku XXI w. znamy już podłoże czynnościowe tych zaburzeń i trudno byłoby mówić, że stres to jedyny i główny ich czynnik.

Zespoły somatyczne, opisywane jako odrębne zespoły kliniczne i sugerujące podłoże organiczne choroby, powodują dyskomfort i poczucie zagrożenia u chorego. Istnieje wiele takich objawów, np.:

- bóle brzucha w zespole jelita drażliwego – w gastrologii
- przewlekły ból w podbrzuszu – w ginekologii
- fibromialgia – w reumatologii
- nietypowe bóle w klatce piersiowej – w kardiologii
- „globus histericus” – w laryngologii
- napięciowe bóle głowy i pseudo-napady padaczkowe – w neurologii.

Znaczenie czynników psychospołecznych w powstawaniu zaburzeń psychosomatycznych stało się powodem do wyodrębnienia **najważniejszy stre-**

¹ E. Zięba-Rydzik, A. Karpel, *Rehabilitacja pacjentów ze schorzeniami psychosomatycznymi w ramach prewencji rentowej ZUS w Instytucie Zdrowia Człowieka w Wysowej*, Instytut Zdrowia Człowieka, *Kiedy umysł płacze... naszymi narządami*, Warszawa 2011, s. 50.

sorów związanych ze zmianą sytuacji życiowej.

Ranking ten przedstawia się następująco:

- 1) śmierć współmałżonka,
- 2) rozwód,
- 3) śmierć bliskiego członka rodziny,
- 4) separacja małżeńska,
- 5) poważny uraz (wypadek) lub choroba,
- 6) zwolnienie z pracy (bezrobocie),
- 7) pobyt w więzieniu,
- 8) śmierć bliskiego przyjaciela,
- 9) ciąża,
- 10) nowa działalność gospodarcza.

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zaburzenia psychosomatyczne są opisane i zakwalifikowane pod numerami:

- F40-F48, tj. „Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoforniczne)”,
- F50-F59 jako „Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi”.

Pierwsza grupa (**F40-F48**) to zaburzenia o symptomatologii psychicznej i somatycznej, występujące bez uchwytnych dostępnymi badaniami dodatkowymi zmian organicznych. Zaburzenia te wiążą się z przyczynami psychologicznymi (psychospołecznymi) i stanowią odzwierciedlenie przeżywanych emocji – głównie lęku. W zaburzeniach tej grupy mogą dominować zespoły psychopatologiczne, głównie: lękowe, obsesyjno-kompulsywne, konwersyjne, reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne albo przeważać dolegliwości somatyczne z poszczególnych narządów bądź układów (krążenia, przewodu pokarmowego, oddechowego, moczowo-płciowego itp.).

Podobne mechanizmy można stwierdzić w etiopatogenezie zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (**F50-F59**). Do tej grupy zalicza się m.in.: zaburzenia odżywiania z jadłowstrętem psychicznym (*anorexia nervosa*) i żarłocznością psychiczną (*bulimia*), nieorganiczne zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne.

Leczenie osób ze schorzeniami psychosomatycznymi powinno być kompleksowe i obejmować oddziaływanie na wszystkie sfery pacjenta: fizyczne, psychiczne i społeczne.

Rehabilitacja lecznicza w schorzeniach psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS obejmuje w szczególności kompleksowe oddziaływania psychoterapeutyczne, które mają na celu:

- wzbudzenie i kształtowanie motywacji do zmiany obecnej sytuacji psychospołecznej,
- wzmacnianie pożądanych wzorców działań, wygaszanie wzorców patogennych,
- kształtowanie aktywnej postawy w zachowaniu,

- wzrost poziomu koherencji (spójności) – zdolności rozumienia wydarzeń, poczucia zaradności, poczucia sensowności,

- ukazanie roli wsparcia społecznego,
- określenie kierunku rozwoju osobistego – możliwości i ograniczenia,
- ukazanie rehabilitacji psychologicznej jako początku lub kontynuacji procesu zmian.

Ponadto w programie rehabilitacji wykorzystywane są również: kinezyterapia, muzykoterapia, choreoterapia, terapia zajęciowa.

Obserwacja pacjentów, którzy korzystali z rehabilitacji leczniczej ZUS w schorzeniach psychosomatycznych, wykazała, że najlepszy efekt osiągnano w zaburzeniach psychicznych klasyfikowanych wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako:

- F40 – zaburzenia lękowe w postaci fobii,
- F41 – inne zaburzenia lękowe, w tym mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne,
- F42 – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne,
- F43 – ostra reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne,
- F44 – zaburzenia dysocjacyjne,
- F45 – zaburzenia somatyzacyjne,
- F48 – inne zaburzenia nerwicowe: neurasthenia i zespół depersonalizacji – derealizacji,
- F32 – epizod depresyjny,
- F33 – nawracające zaburzenia depresyjne,
- F34 – uporczywe zaburzenia nastroju (dystymia, cyklotymia),
- F50 – zaburzenia odżywiania,
- F51 – nieorganiczne zaburzenia snu.

Rehabilitacja w schorzeniach psychosomatycznych

■ Rehabilitowani

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach psychosomatycznych prowadzony jest od 2005 r. Uczestniczą w nim ubezpieczeni, którzy otrzymali orzeczenie o potrzebie rehabilitacji z powodu schorzeń i zaburzeń oznaczonych w Klasyfikacji ICD-10 numerami statystycznymi (wykres 2 na str. 8):

- F30-F39 – zaburzenia nastroju,
- F40-F48 – zaburzenia o charakterze nerwicowym, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną,
- F50-F59 – zespoły behawioralne z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

Zaburzenia te stanowią jedną z najczęstszych przyczyn przedłużającej się niezdolności do pracy. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi o podłożu organicznym (ICD-10: **F00-F09**), którzy odbyli rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, w większości przypadków pobierali rentę okresową (80% – 2006 r., 59% – 2010 r.). Mniejszy odsetek sta-

nowiły osoby pobierające świadczenie rehabilitacyjne (16% – 2006 r., 35% – 2010 r.). Tylko niewielki procent stanowili pacjenci pobierający zasiłek chorobowy (4% – 2006 r., 5% – 2010 r.).

Podobnie w przypadku osób z zaburzeniami nastroju (ICD-10: **F30-F39**) stosunkowo dużą część stanowili pacjenci pobierający rentę okresową (60% – 2006 r., 41% – 2010 r.). Co najmniej jedną trzecią stanowili pacjenci pobierający świadczenie rehabilitacyjne (31% – 2006 r., 47% – 2010 r.). Osoby pobierające zasiłek chorobowy stanowiły jedynie 9% – 2006 r. i 10% – 2010 r.

Pacjenci rehabilitowani skierowani z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (ICD-10: **F40-F48**) w mniejszej części pobierali rentę okresową (40% – 2006 r., 21% – 2010 r.). Duża część pobierała świadczenie rehabilitacyjne (38% – 2006 r., 57% – 2010 r.). Znacznie większa w porównaniu z poprzednimi była też grupa osób pobierająca zasiłek chorobowy (21% – 2006 r., 19% – 2010 r.).

We wszystkich grupach schorzeń pojawiła się też mała grupa pacjentów odbywająca rehabilitację bez pobierania świadczeń (0-2%).

Obserwowane różnice pomiędzy danymi za rok 2006 i 2010 wskazują, że w 2010 roku pacjenci byli kierowani na rehabilitację we wcześniejszym okresie choroby.

■ Program rehabilitacji

Kadra specjalistyczna ośrodka w pierwszych dniach turnusu, który trwa 24 dni, ustala diagnozę medyczną i psychologiczną, a następnie realizuje program terapeutyczno-rehabilitacyjny pod postacią kompleksowej psychoterapii.

Celem programu jest:

- uzyskanie poprawy objawowej,
- zmiany stosunku do choroby (wyjście z roli chorego),
- zwiększenie aktywności i poczucia sprawczości,
- wypracowanie sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych,
- nabycie umiejętności rozwiązywania problemów,
- poszerzenie umiejętności adaptacyjnych w życiu społecznym i zawodowym.

Na program rehabilitacji składają się **oddziaływania terapeutyczne** w formie:

- rozmów indywidualnych obejmujących m.in. badanie ogólnolekarskie i psychiatryczne, wywiad psychologiczny, krótkie rozmowy „kryzysowe”, rozmowę końcową,
- psychoterapii grupowej, stanowiącej główną metodę programu,
- treningów behawioralnych nacełowanych na objawy,
- treningów relaksacyjnych,
- treningów rozwijania umiejętności psychologicznych:

- trening rozwijania umiejętności emocjonalnych,
- stres i radzenie sobie z nim,
- trening efektywnej komunikacji interpersonalnej,
- trening skutecznej organizacji i gospodarowania czasem,
- muzykoterapii,
- terapii ruchem (choreoterapia, gimnastyka ogólnousprawniająca),
- terapii zajęciowej.

Integralną częścią programu rehabilitacji, oprócz kinezyterapii i fizykoterapii, są oddziaływania psychologiczne oraz edukacja zdrowotna, które mają propagować zdrowy styl życia. Należy podkreślić, że są one prowadzone we wszystkich profilach schorzeń.

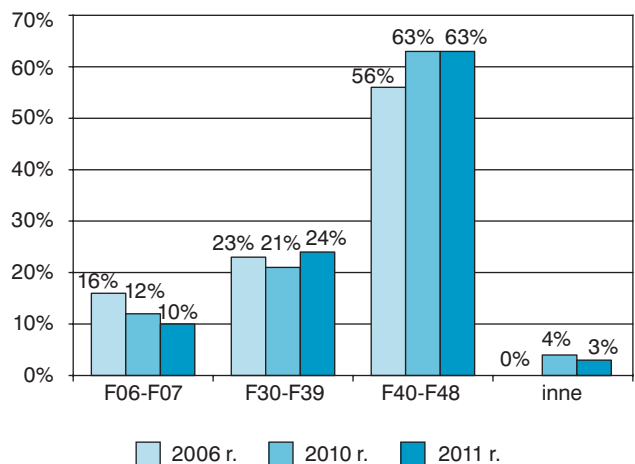
Oddziaływania psychologiczne obejmują zarówno czynności o charakterze diagnostycznym, jak i psychoterapię indywidualną, psychoterapię grupową, terapeutyczną serię treningów relaksacyjnych oraz psychoedukację.

Program psychoedukacji ukierunkowany jest na:

- poznanie psychospołecznych i medycznych przyczyn stresu oraz uzyskanie podstawowej wiedzy o sposobach radzenia sobie ze stresem,
- przeciwdziałanie powstawaniu zaburzeń emocjonalnych i stanów depresyjnych,
- wypracowanie skutecznych mechanizmów psychospołecznych nastawionych na modyfikację stylu życia,
- zwiększenie motywacji do pracy.

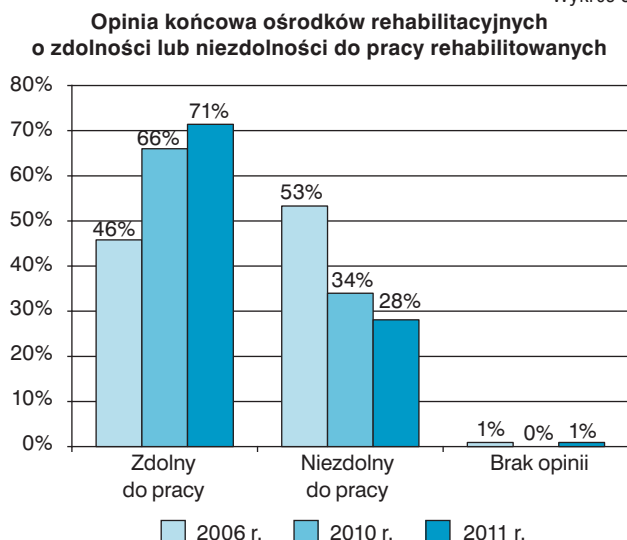
Badania i obserwacje pacjenta przeprowadzane w trakcie trwania rehabilitacji pozwalają na weryfikację rozpoznania i ocenę możliwości odzyskania zdolności do pracy (wykres 2).

Wykres 2
Rozpoznania ustalane w ośrodkach rehabilitacyjnych wg ICD-10



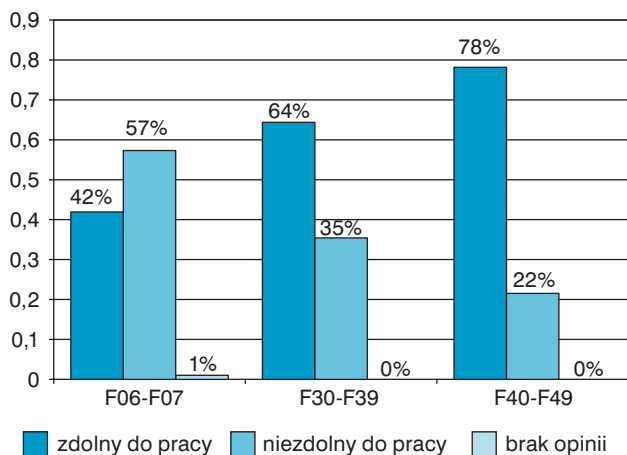
Z każdym rokiem wzrasta odsetek osób, które odbyły rehabilitację i rokują odzyskanie zdolności do pracy (wykresy 3 i 4).

Wykres 3



Wykres 4

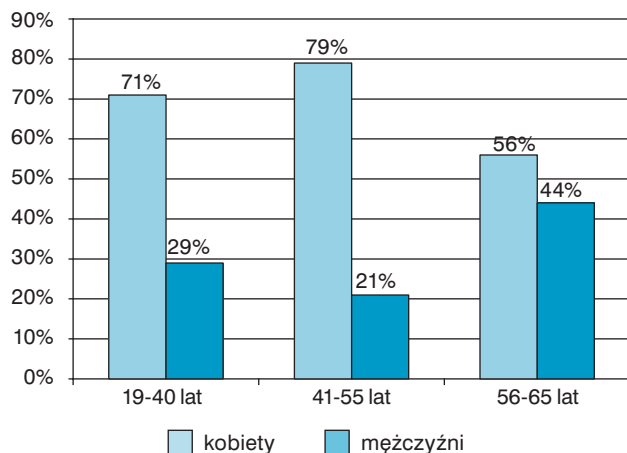
Rehabilitacja lecznicza w schorzeniach psychosomatycznych. Opinia ośrodka w poszczególnych grupach wg ICD-10 w 2011 r.



Wśród osób, które odbyły rehabilitację leczniczą w schorzeniach psychosomatycznych, przeważają kobiety, szczególnie w grupie wiekowej do 55 lat (wykres 5).

Wykres 5

Procentowy udział osób, które ukończyły rehabilitację w 2011 r. w podziale na płeć



Z prowadzonej przez Zakład rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych od początku prowadzenia programu skorzystało ponad 25 tys. osób.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych na lata 2010-2012 zawarł z ośrodkami rehabilitacyjnymi 11 umów, co daje 4004 miejsca w każdym roku.

W 2011 r. wydano aż 5523 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji dla osób ze schorzeniami psychosomatycznymi. Dlatego też na lata 2013-2015 zwiększono liczbę miejsc do 5460 w każdym roku obowiązywania umowy, zwiększył się także do 15 liczba ośrodków współpracujących w tym zakresie z ZUS.

*

Prowadząc program rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych, Zakład podejmuje również działania, które mają na celu efektywne zarządzanie stresem w miejscu pracy.

Program kompleksowej pomocy psychologicznej prowadzony w ramach prewencji rentowej stanowi całość, na którą składa się m.in. trening rozwijania umiejętności psychologicznych, który pozwala na poszerzenie osobistych kompetencji niezbędnych w skutecznym radzeniu sobie ze stresem i różnymi sytuacjami codziennego życia.

Program ten wspiera szereg inicjatyw podejmowanych w ramach prewencji wypadkowej (skierowanych do pracodawców i pracowników), mających na celu minimalizację kosztów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z występowaniem stresu w miejscu pracy.

Podjęcie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych aktywnego przeciwdziałania powstawaniu niezdolności do pracy osób ubezpieczonych, poza aspektami ekonomicznymi ma również bardzo ważny wymiar społeczny.

Dzięki programowi rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej osoby te zyskują poprawę stanu zdrowia i funkcji organizmu, otrzymują szansę odzyskania utraconej w wyniku procesu chorobowego oraz urazu zdolności do pracy, co ma istotne znaczenie dla ich pozycji zawodowej, społeczno-ekonomicznej i rodzinnej.

Piśmiennictwo

1. W. Gruszczyński, *Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej*, Family Medicine & Primary Care Review 2010; nr 4, s. 1121-1129.
2. E. Zięba-Rydzik, A. Karpel, *Rehabilitacja pacjentów ze schorzeniami psychosomatycznymi w ramach prewencji rentowej ZUS w Instytucie Zdrowia Człowieka w Wysowej*, Instytut Zdrowia Człowieka, *Kiedy umysł płacze... naszymi narządami*, Warszawa 2011.

Magdalena Bryła



Zasady prawidłowego żywienia z uwzględnieniem żywienia w chorobach psychosomatycznych

Fizjologiczną podstawą żywienia człowieka są normy żywienia. Są one standardem, do którego powinno odnosić się żywienie człowieka zdrowego i chorego.

Wprowadzenie

Normy żywienia są zbiorem danych liczbowych wyrażonych w kcal, g, mg czy w innych jednostkach miary. Ze względów praktycznych normy te wyrażane są w sposób poglądowy w postaci graficznej lub ogólnych zasad żywienia. Opracowania takie ułatwiają realizatorom żywienia i indywidualnym konsumentom zastosowanie się do zasad prawidłowego żywienia.

Prawidłowe żywienie wymaga regularnego spożycia takich pokarmów, które dostarczą organizmowi optymalnych ilości energii i składników odżywczych zgodnych z zapotrzebowaniem. Umożliwia ono wówczas fizyczny i umysłowy rozwój człowieka, zgodny z genetycznymi uwarunkowaniami oraz pomaga utrzymać dobry stan zdrowia przez całe życie. Prawidłowe żywienie w połączeniu z umiarkowaną aktywnością fizyczną jest niezbędnym elementem profilaktyki przewlekłych chorób niezakaźnych. Aby ułatwić dokonywanie wyboru rodzaju produktów, które należy spożywać, a także ilości składników pokarmowych, które powinny być spożyte, w Instytucie Żywności i Żywienia opracowano zasady zdrowego żywienia, m.in. osób dorosłych, a także odpowiadającą im Piramidę Zdrowego Żywienia. Precyzuje ona ogólne cele, którym powinno sprostać codzienne żywienie osób dorosłych.

Zasady zdrowego żywienia dla osób dorosłych

■ Dbaj o różnorodność spożywanych produktów

Wszystkie składniki pokarmowe, które są organizmowi człowieka potrzebne do prawidłowego funkcjonowania, znajdują się w produktach spożywczych. Nie ma jednego produktu uniwersalnego, który w swoim składzie posiadałby wszystkie składniki pokarmowe. W różnych produktach składniki pokarmowe występują w różnych ilościach i różnych proporcjach. Wartość odżywcza posiłku lub całodziennego żywienia będzie tym lepsza, im więcej produktów w nim wystąpi. Prawidłowe żywienie polega zatem na takim doborze produk-

tów spożywczych i spożywaniu takich ich ilości, które zapewnią w sposób optymalny zapotrzebowanie na energię i składniki pokarmowe. Aby pokryć zapotrzebowanie zarówno energetyczne, jak i na kilkadziesiąt składników pokarmowych, konieczne jest uwzględnienie w codziennym spożyciu produktów ze wszystkich grup wymienionych w Piramidzie Zdrowego Żywienia. Tylko urozmaicone żywienie zapewnia dobre pokrycie zapotrzebowania na składniki pokarmowe. Zasada urozmaicenia powinna dotyczyć wszystkich posiłków.

■ Strzeż się nadwagi i otyłości, nie zapominaj o codziennej aktywności fizycznej

Zbyt duże w stosunku do zapotrzebowania na energię spożycie prowadzi do wzrostu masy ciała wskutek nadmiernego przyrostu tkanki tłuszczowej, co przejawia się nadwagą lub otyłością wraz z towarzyszącymi im zaburzeniami metabolicznymi.

Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowania na wiele chorób: • cukrzycę • nadciśnienie tętnicze • choroby układu krążenia • niektóre nowotwory i wiele innych. Zachowanie prawidłowej masy ciała wiąże się z praktycznym codziennym stosowaniem zasad prawidłowego żywienia oraz zachowaniem umiarkowanej aktywności fizycznej przynajmniej przez 30 minut codziennie przez osoby dorosłe. Osoby z nadwagą i otyłością powinny ograniczyć spożycie tłuszczów widocznych (smalec, masło, olej) oraz niewidocznych zawartych w tłustych gatunkach mięs i wędlin lub w słodyczach (ciastka, ciasta, batony). Należy również zrezygnować ze spożycia produktów typu fast food, słodyczy i cukru do napojów. Ważne są także sposoby przyrządzania potraw – unikanie smażenia na tłuszczu, a stosowanie pieczenia w folii czy rękawie, gotowanie na parze, duszenie w wodzie bez obsmażania, itd. Trzeba także wyeliminować doprawianie potraw zasmażkami, śmietaną czy mąką.

Natomiast należy zwiększyć spożycie warzyw, bez dodatków śmietany czy tłustych sosów, oraz zwiększyć spożycie natki pietruszki, szczypiorku, koperku i ziół zamiast soli. Nasiona i suszone owoce także wzbogacają dietę.

Obecnie przyjmuje się, że najkorzystniejsze dla zachowania zdrowia jest przyjmowanie 4-5 posiłków. Przy 3 posiłkach przerwy nie powinny być krótsze niż 4 godziny i nie dłuższe niż 6 godzin. Dłuższe przerwy między posiłkami powodują obniżenie koncentracji glukozy we krwi, co wzmacnia uczucie zmęczenia i wpływa na codzienną wydajność. Stwierdzono, że rozłożenie dziennej racji na 4-5 posiłków zmniejsza skłonność do tycia.

■ **Produkty zbożowe powinny być dla Ciebie głównym źródłem energii (kalorii)**

Produkty zbożowe obfitujące w **węglowodany** powinny stanowić podstawowe źródło energii w diecie człowieka. Dostarczają one węglowodanów złożonych (skrobi), białka roślinnego, witamin z grupy B oraz E, składników mineralnych: żelaza, miedzi, magnezu, cynku oraz potasu i fosforu, a także błonnika. Ich wartość odżywcza zależy od stopnia przemiału. Najmniejszą wartość posiadają wyroby z białej mąki, białe pieczywo, drobne kasze i ryż oczyszczony. Natomiast razowe pieczywo i grube kasze, makarony z mąki razowej mają większą zawartość witamin i składników mineralnych oraz błonnika pokarmowego.

Umiarkowane ograniczenie spożycia produktów węglowodanowych jest ważnym postępowaniem w razie konieczności zmniejszania masy ciała, np. w leczeniu cukrzycy. Węglowodany proste (glukoza, fruktoza, sacharoza) powinny być ograniczane zwłaszcza w leczeniu otyłości, hipertriglicerydemii czy cukrzycy.

■ **Spożywaj codziennie przynajmniej dwie duże szklanki mleka**

Mleko i produkty mleczne (mleko można zastąpić jogurtem, kefirem, a częściowo także serem) są w diecie głównym źródłem **wapnia**, które trudno jest zastąpić innymi produktami. Toteż odgrywają dużą rolę w profilaktyce i leczeniu osteoporozy. Zawierają także białka o wysokiej wartości biologicznej oraz witaminy z grupy B, A, D, a także składniki mineralne: magnez, potas, cynk. Z uwagi na zawartość nasyconych kwasów tłuszczowych w mleku i jego produktach, w profilaktyce i leczeniu otyłości, miażdżycy i innych chorób dietozależnych poleca się mleko i produkty mleczne o obniżonej zawartości tłuszczu.

■ **Mięso spożywaj z umiarem**

Produkty z tej grupy są bardzo dobrym źródłem wysokowartościowego **białka**, a także witamin z grupy B (B1, PP, B12). Witamina A w największej ilości występuje w wątrobie zwierząt. Mięso i jego przetwory są źródłem najlepiej przyswajalnego żelaza hemowego i praktycznie jedynym źródłem witaminy B12 oraz dobrym źródłem cynku. Jednak produkty z tej grupy zawierają tłuszcze nasycone, zwłaszcza tłuste gatunki mięs i wędlin. Toteż aby polska dieta stała się zdrowsza, trzeba wybierać chude gatunki mięs i wędlin oraz łączyć ich spożycie z warzywami. Polecane jest spożywanie codziennie innych pro-

duktów z tej grupy, np. 2 razy w tygodniu drób bez skóry, raz w tygodniu mięso czerwone, oraz wprowadzenie do spożycia 2 razy w tygodniu ryb, a także raz w tygodniu jaj i produktów strączkowych.

■ **Spożywaj codziennie dużo warzyw i owoców**

Warzywa i owoce są nie tylko smaczne, ale zawierają dużą różnorodność **witamin** i **składników mineralnych**, a także flawonoidów i błonnika. Codzienne spożywanie różnych warzyw i owoców zmniejsza ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową, zawały serca czy nowotwory. Dobroczynny wpływ na zdrowie mają zawarte w nich przeciwutleniacze: witamina C, E, beta-karoten, likopen i flawonoidy, które chronią cholesterol LDL przed utlenianiem (jest on wówczas mniej aterogenny), a także bronią organizm przed atakiem wolnych rodników. Zawarty w owocach i warzywach potas sprzyja obniżaniu ciśnienia krwi. Likopen zawarty w pomidorach i ich przetworach, a także papryce i czerwonych grejpfrutach zapobiega chorobom serca i pewnym typom nowotworów. Natomiast duża ilość błonnika w nich zawarta sprzyja odchudzaniu, korzystnie wpływa na regulację przewodów pokarmowych oraz na stężenie cholesterolu i glukozy we krwi. Zawierają też w swoim składzie foliany zapobiegające wadom rozwojowym układu nerwowego płodu oraz zapobiegają miażdżycy.

Poleca się jeść na surowo jak największe ilości warzyw, bo w tej postaci zawierają więcej witamin.

Wiele owoców (jabłka, cytrusy, porzeczki, agrest, żurawiny) oprócz witamin i składników mineralnych, które wymieniono powyżej, zawierają pektyny, które mają wpływ na obniżenie cholesterolu w surowicy krwi.

Należy codziennie spożywać różne warzywa i owoce, co najmniej 5 porcji, najlepiej dodawać je do każdego posiłku, aby zapewnić pożądaną ilość witamin i składników mineralnych określonych w normach żywienia.

■ **Ograniczaj spożycie tłuszczów, w szczególności zwierzęcych, a także produktów zawierających dużo cholesterolu i izomery trans nienasyconych kwasów tłuszczowych**

W profilaktyce i leczeniu miażdżycy, a także zespołu metabolicznego i cukrzycy ważne jest zastępowanie nasyconych kwasów tłuszczowych (zawartych w maśle, smalcu, słoninie i tłustych produktach mięsnych i mlecznych) nienasyconymi kwasami, które znajdują się w olejach rybich i roślinnych. Oleje roślinne i rybnie nie zawierają cholesterolu i zawierają dużo jednonienasyconych i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, nie zawierają izomerów trans nienasyconych kwasów tłuszczowych. Najwięcej izomerów trans występuje w tłuszczach cukierniczych i twardych margarynach.

Olej rzepakowy zawiera natomiast kwas linolenowy należący do rodziny omega-3. Tłuszcze rybnie zawierają długogańcuchowe nienasycone kwasy tłuszczowe EPA (eikozapentaenowy) i DHA (dokozaheksaenowy). Spożywanie dwa razy w tygodniu ryby morskiej pokry-

wa zapotrzebowanie na te kwasy. Zaleca się, by nie spożywać więcej niż 30% energii z tłuszczów ogółem. Polacy dorośli, ale także dzieci i młodzież stosują diety obfite w tłuszcze, zwłaszcza zwierzęce i cholesterol. Dlatego należy dążyć do zmniejszenia ich zawartości w diecie. Szczególnie jest to ważne dla osób otyłych i z chorobami układu krążenia, a także w przeciwdziałaniu rozwojowi tych chorób. Tłuszcze występują w „widocznej” formie (masło, olej, margaryna, smalec, tłuszcz w mięsie czy wędlinach), oraz „niewidocznej” zawartej w produktach i potrawach mięsnych, serach czy wyrobach cukierniczych. Toteż do spożycia należy wybierać tylko produkty i potrawy o małej zawartości tłuszczu, a w przygotowaniu potraw stosować sposoby niewymagające jego użycia np. gotowanie, pieczenie i duszenie bez dodatku tłuszczu.

■ **Zachowaj umiar w spożyciu cukru i słodczy**

Cukier jest źródłem tzw. „pustych” kalorii, nie dostarcza niezbędnych składników.

W jego spożyciu, a także spożyciu węglowodanów prostych zawartych w produktach czy w potrawach wskazany jest umiar. Szczególnie w leczeniu hipertriglicydemii, zespołu metabolicznego i cukrzycy, jedno- i dwucukry dodane (np. sacharoza) powinny być wykluczone z diety. Osobom z nadwagą zaleca się także unikanie słodkich deserów. Niewskazane są przemysłowo produkowane ciasta, ciasteczka, krakersy, czekolada, batoniki czekoladowe itp. z zastosowaniem cukru i tłuszczów cukierniczych bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe. Cukier i produkty go zawierające sprzyjają także powstawaniu próchnicy zębów. Do przygotowywania ciast domowych, najlepiej drożdżowych, należy używać miękkiej margaryny kubkowej lub oleju oraz małej ilości cukru i jaj. Ciasta należy przygotowywać bez tłustych kremów.

■ **Ograniczaj spożycie soli**

Sód będący składnikiem soli kuchennej odgrywa w organizmie ważną rolę w gospodarce wodno-elektrolitowej, w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej i pobudliwości nerwowo-mięśniowej. Zbyt duża ilość sodu w diecie wpływa jednak na podwyższenie ciśnienia tętniczego i poza chorobami sercowo-naczyniowymi także na rozwój cukrzycy, wywołuje uszkodzenia nerek, dolegliwości wątroby oraz podwyższa stężenie cholesterolu. Nadmierne spożycie sodu w postaci soli kuchennej przyczynia się także do wypłukiwania wapnia i magnezu z organizmu z moczem. Spożycie sodu przez zdrowego człowieka nie powinno być większe niż 5-6 g/dzień (1 łyżeczka od herbaty zawiera 5 g soli). Spożycie soli przez Polaków niezależnie od wieku przewyższa ten poziom 2-, 3-krotnie. Aby obniżyć spożycie soli, należy zrezygnować z dosalania potraw, a także ograniczyć jej dodatek w czasie gotowania i przygotowywania potraw do spożycia. Sól jest także dodawana w czasie przemysłowego przetwarzania żywności i spore jej ilości zawierają konserwy, wędliny, sery, kiszonki, wędzonki, marynaty, zupy w proszku, chipsy, słone pa-

luszki i solone orzechy. Do spożycia należy wybierać produkty o mniejszej jej zawartości. Osoby z nadciśnieniem powinny spożywać jej mniej niż 5 g. Zaleca się zastępowanie soli mieszkankami ziołowymi i przyprawami (bez zawartości soli) oraz zastępowanie tradycyjnej soli dostępnymi na rynku solami niskosodowymi.

■ **Pij wystarczającą ilość wody**

Bez wody nie mogą zachodzić w ustroju człowieka żadne procesy metaboliczne, stanowi bowiem podstawowy składnik wszystkich komórek i tkanek oraz płynów ustrojowych. Woda musi być dostarczona organizmowi w odpowiedniej ilości z płynami, potrawami i produktami, gdyż organizm nie może jej magazynować. Niedostateczna ilość płynów doprowadza do odwodnienia, dlatego należy pić często i w umiarkowanych ilościach. Zaleca się spożycie 2 litrów płynów dziennie, a najbardziej polecanym napojem jest woda. Należy natomiast ograniczać spożycie napojów słodzonych.

■ **Nie pij alkoholu**

Ograniczenie spożycia alkoholu zapobiega wielu schorzeniom. Alkohol jest przeciwwskazany w nadciśnieniu tętniczym, hipertriglicydemii, u ludzi po przebytych zapaleniu trzustki i w cukrzycy. Ludzie dużo pijący częściej chorują na marskość wątroby, zwyrodnienie mięśnia serca. Wysokie jego spożycie sprzyja także nagłej śmierci sercowej. Alkohol nie zawiera żadnych składników pokarmowych. Częste spożywanie nawet umiarkowanych ilości alkoholu może prowadzić do uzależnienia.

Piramida Zdrowego Żywienia

Piramida Zdrowego Żywienia Instytutu Żywności i Żywności to uproszczone wskazanie (wyrażone w produktach), jak realizować zalecaną dla poszczególnych osób indywidualnych normę zawartości energii i składników pokarmowych. Piramida przedstawia graficznie grupy produktów, które należy spożyć, aby zapewnić wartość energetyczną, zgodnie z najnowszymi normami, i odpowiednią zawartość składników mineralnych i witamin.

Piramida przedstawia tylko produkty szczególnie wartościowe ze zdrowotnego punktu widzenia, ale w codziennej diecie mogą również występować produkty o mniejszej wartości odżywczej. W codziennej diecie powinny występować produkty ze wszystkich grup, pożądane jest duże urozmaicenie diety, bo to zapewnia dobrą realizację zapotrzebowania na makroskładniki oraz witaminy i składniki mineralne.

U podstawy piramidy są wskazania do wydatku energetycznego, w formie umiarkowanej aktywności fizycznej. Następnie na kolejnych piętrach wskazane są grupy produktów i graficznie przedstawione wskazania dotyczące ilości spożycia produktów wchodzących w skład każdej grupy. Zaleca się do spożycia najwięcej tych produktów, które są u podstawy piramidy, a najmniej tych na jej wierzchołku.



Piramida Zdrowego Żywienia



Nie zapomnij o ruchu!



Instytut Żywności i Żywienia 2009

Polska piramida IŻŻ dla zdrowych osób dorosłych zaleca spożywanie: • 5 porcji produktów zbożowych • 4 porcje warzyw • 3 porcje owoców • 2-3 porcje produktów mlecznych • 1 porcję ryb, mięsa, jaj lub wysokobiałkowych produktów strączkowych. Tak skonstruowana dieta zapewnia pokrycie kalorii w zakresie 1500-1600 kcal. Piramida IŻŻ powinna być stosowana razem z zasadami zdrowego żywienia, którymi należy się kierować w praktycznej realizacji żywienia.

Piramida IŻŻ została przedstawiona w dwóch wersjach: • dla osób dorosłych oraz • dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (piramidę dla osób dorosłych zamieszczono na str. 13). Żywiąc się zgodnie z zaleceniami Piramidy można zapewnić sobie racjonalne, prawidłowe żywienie. W ogólnych celach zwrócono uwagę na najbardziej istotne do realizacji w żywieniu, aby zachować zdrowie i profilaktykę chorób dietozależnych. Polska piramida powstała w celu zapobiegania zachorowaniom na przewlekłe choroby dietozależne.

Trzeba zaznaczyć, że zapotrzebowanie kaloryczne różni się w zależności od wieku, płci i aktywności fizycznej. Dlatego należy ustalać je indywidualnie i osoby o większym zapotrzebowaniu energetycznym (powyżej 1600 kcal) powinny zwiększyć liczbę spożywanych porcji żywności. Ilość produktów, które trzeba spożywać z poszczególnych grup w dużej mierze zależy od kaloryczności diety. W tabeli 1 przedstawiono przykłady realizacji diet w zależności od wartości energetycznej.

(*Estimated Energy Requirement*) i dla pozostałych składników pokarmowych z odpowiednią normą RDA (*Recommended Dietary Allowances*) lub dla składników, które jej nie posiadają z normą AI (*Adequate Intake*).

Wraz ze wzrostem wartości kalorycznej diety, zgodnie z ogólnymi celami zawartymi w Piramidzie IŻŻ, powinna wzrastać ilość spożytych produktów zbożowych do 9-10 porcji oraz musi nastąpić proporcjonalny wzrost spożycia produktów z różnych pięter piramidy, co przedstawiono w tabeli 1. Jedna porcja produktów zbożowych dostarcza około 120 kcal, a produktów mlecznych około 100 kcal (1 szklanka odtłuszczonego mleka), 1 porcja warzyw to około 60 kcal. Ze względu na to, że wraz ze wzrostem zapotrzebowania energetycznego diet wzrasta spożycie produktów węglowodanowych, w tabeli 2 podano proporcjonalny wzrost ich spożycia w zależności od wzrostu zapotrzebowania na kalorie.

Istotne jest również ustalenie, co oznacza jedna porcja dla poszczególnych grup produktów. Jedna porcja to znacząca ilość produktów przewidzianych do spożycia. W zależności od grupy produktów 1 porcja wyraża inną ilość. W tabeli 3 podano przykładowe wagowe wartości wyrażające 1 porcję dla wymienionych w piramidzie grup produktów.

Tabela 1

Zestawienie ilości produktów z poszczególnych grup dla zapewnienia realizacji diet o zróżnicowanym poziomie energetycznym

Wartość energetyczna	1500 kcal	1800 kcal	2000 kcal	2300 kcal
Nazwa grupy produktów				
Produkty zbożowe	5 porcji	6 porcji	8 porcji	9-10 porcji
Warzywa	3 porcje (po 100 g)	4-5 porcji (po 100 g)	4-5 porcji (po 100 g)	4-5 porcji (po 100 g)
Owoce	1 porcja (100 g)	2-3 porcje (po 100 g)	2-3 porcje (po 100 g)	2-3 porcje (po 100 g)
Razem zsumowane warzywa i owoce	400 g	700 g	700 g	700 g lub więcej
Mleko i produkty mleczne	2 porcje	2,5 porcji	3 porcje	3 porcje
Mięso, ryby, wędliny, jaja, produkty strączkowe	1 porcja (150 g)	1 porcja (150 g)	1-2 porcji (150-200 g)	1-2 porcji (150-200 g)
Olej rzepakowy, oliwa z oliwek	2 łyżki	3 łyżki	3 łyżki	3,5 łyżki

Tabela 2

Zalecana ilość produktów zbożowych w dietach w zależności od zapotrzebowania na kalorie

Kaloryczność diety	Liczba porcji produktów zbożowych
2300 kcal	9-10
2000 kcal	7-8
1800 kcal	6
1600 kcal	5

Wartość energetyczna i zgodna z zalecaną normą dla osób indywidualnych może być realizowana w sposób przedstawiony w tabeli 1. Tabela ta może być zastosowana jako pomoc do ustalania u osób indywidualnych sposobu żywienia w odniesieniu do poziomu wartości energetycznej. Stanowi ona ogólne wskazanie, niemniej w planowaniu spożycia grup osób i osób indywidualnych konieczne jest także zbilansowanie wartości energetycznej i odżywczej zgodnie z odpowiednią dla danej grupy wiekowej i płci oraz stanu fizjologicznego normą na energię EER

Przykładowe wagowe wielkości 1 porcji produktów

Grupa produktów	Wielkość 1 porcji
Produkty zbożowe	Pieczywo, najlepiej razowe 40 g (1 kromka), 4 kromki chleba chrupkiego, płatki śniadaniowe 30 g (1/2 szklanki), kasza gryczana, jęczmienna, ryż brązowy 30 g (3 łyżki stołowe produktów sypkich), mąka razowa 30 g (4 łyżki), makaron razowy 30 g (3 łyżki)
Warzywa	1 porcja to 100 g (1 średni pomidor, ogórek lub papryka, 2 szklanki surowych warzyw liściastych, 1 szklanka innych warzyw – surowych lub gotowanych, 1 szklanka soku z warzyw, 1 duży ziemniak – 100 g)
Owoce	100 g (1 jabłko małe lub 1/2 średniego, truskawki – 7 sztuk, śliwki – 5 sztuk, mandarynka – 1 duża, pomarańcza – 1/2 średniej, grejfrut – 1/4 średniego, kiwi – 1 średnie, 2 morele)
Mleko i produkty mleczne	Mleko, jogurt, maślanka, kefir – 1 szklanka, ser biały – 100 g, serek granulowany – 150 g, twarożek homogenizowany – 150 g
Mięso i jego zamienniki	Tłuste i chude ryby morskie – 100-150 g, kurczak lub indyk bez skóry – 100-150 g, mięso (chude gatunki) – 100-150 g, wędlina – 150 g (5 plasterków szynki lub 15 plasterków polędwicy w tym drobiowej), jaja kurze – 2 sztuki raz w tygodniu (100 g), fasola, groch, soja lub soczewica (suche nasiona) – 40 g. Porcję produktów mięsnych można podzielić w ciągu dnia na 100 g mięsa lub ryby i 50 g wędliny
Tłuszcze roślinne	Łyżka oleju rzepakowego lub oliwy z oliwek, 2 płaskie łyżeczki margaryny miękkiej
Desery	Cukier – 10 łyżeczek (50 g), ciasto – 50 g, orzechy, migdały niesolone, suszone owoce – 30 g
Napoje	1 szklanka (250 ml)

Zasady zdrowego żywienia Instytutu Żywności i Żywienia (dla osób dorosłych)

Instytut Żywności i Żywienia opracował zasady zdrowego żywienia. Oto one:

- Dbaj o różnorodność spożywanych produktów.
- Strzeż się nadwagi i otyłości, nie zapominaj o codziennej aktywności fizycznej.
- Produkty zbożowe powinny być dla Ciebie głównym źródłem energii (kalorii).
- Spożywaj codziennie co najmniej dwie duże szklanki mleka. Mleko można zastąpić jogurtem, kefirem, a częściowo także serem.
- Mięso spożywaj z umiarem.
- Spożywaj codziennie dużo warzyw i owoców.
- Ograniczaj spożycie tłuszczów, w szczególności zwierzęcych, a także produktów zawierających dużo cholesterolu i izomery trans nienasyconych kwasów tłuszczowych.
- Zachowaj umiar w spożyciu cukru i słodczy.
- Ograniczaj spożycie soli.
- Pij wystarczającą ilość wody.
- Nie pij alkoholu.

Choroby psychosomatyczne a sposób odżywiania

Określenie „choroby psychosomatyczne” wprowadził w 1818 r. niemiecki psychiatra J.Ch. Heinroth. Choroby psychosomatyczne przebiegają pod postacią zaburzeń funkcji lub zmian organicznych w poszczególnych narządach lub układach organizmu.

Rozwój chorób psychosomatycznych jest ściśle związany z długotrwałym stresem, wynikającym z przeżywania lub tłumienia sytuacji konfliktowych, frustracji i gniewu. Czynniki psychiczne odgrywają tu podstawową rolę w występowaniu objawów chorobowych, ich zaostrzeniu, a także łagodzeniu.

Wśród **chorób psychosomatycznych** najczęściej wymienia się:

- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia snu,
- zaburzenia łaknienia,
- zaburzenia seksualne,
- fibromialgię.

Ponadto znaczenie czynnika psychosomatycznego rozważa się w powstawaniu zespołu jelita nadwrażliwego, samoistnego nadciśnienia tętniczego krwi, migreny, a także wielu innych chorób.

Na początku rozwoju zaburzeń psychosomatycznych powstaje zakłócenie funkcji czynnościowych, co następuje w efekcie działania czynników psychologicznych lub psychospołecznych i nosi nazwę zaburzeń psychofizjologicznych. W dalszym etapie przewlekłego działania wyżej wymienionych bodźców może dochodzić do uszkodzenia narządów i powstawania chorób o podłożu psychosomatycznym. Zdarza się również, że choroba organiczna jest powodem powstawania szeregu dysfunkcji psychicznych i zaburzeń psychospołecznych. Jako przykład można wymienić zapalenie wątroby typu C. U pacjentów z tym schorzeniem znacznie częściej występują reakcje lękowe i depresje.

■ Zespół jelita nadwrażliwego

Wpływ czynników psychicznych na powstawanie szeregu dolegliwości, często bardzo uciążliwych, występuje w przypadku zespołu jelita nadwrażliwego, zaliczanego do schorzeń czynnościowych jelit. W tym przypadku znaczącą rolę w aspekcie powstawania dolegliwości i przebiegu choroby odgrywają stany emocjonalne pacjenta. Ponadto wśród przyczyn powstawania zespołu jelita nadwrażliwego wymienia się czynniki hormonalne, genetyczne, przebyte zakażenia przewodu pokarmowego, niedobór błonnika w diecie. Ostatnio zwraca się uwagę na znaczenie autonomicznego układu nerwowego w powstawaniu tego schorzenia.

Od wielu lat badany jest związek między zaburzeniami i dysfunkcjami psychicznymi a zespołem jelita nadwrażliwego. Wykazano, że ponad połowa pacjentów z tym schorzeniem ma zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe lub depresje. W nielicznych pracach wykazano, że zespół jelita nadwrażliwego występuje u osób z zaburzeniami odżywiania. W tej grupie pacjentów stwierdza się występowanie w przeszłości lub obecnie bulimii, anoreksji albo też otyłości.

Zespół jelita nadwrażliwego charakteryzują następujące objawy: • bóle brzucha często o charakterze kolki występujące po zdenerwowaniu i/lub posiłku, a ustępujące po wypróżnieniu • wzdęcia • gazy • zaparcia lub • biegunki. Po wypróżnieniu może występować uczucie zalegania stolca w odbytnicy, a także nagła potrzeba jego oddania. Schorzenie to jest efektem zaburzeń percepcji bodźców w wyniku nadwrażliwości zakończeń nerwowych w jelicie grubym. Zarówno stres, jak i pokarm powodują, że mięśnie jelit reagują silnym skurczem, nieadekwatnym do bodźca, co w efekcie daje bóle brzucha i nieregularne wypróżnienia. Wykazano, że osoby zdrowe, aby zademonstrować tę samą reakcję, muszą być poddane znacznie silniejszym bodźcom.

Zanim rozpozna się zespół jelita nadwrażliwego, należy wykluczyć istnienie choroby organicznej przewodu pokarmowego. W tym celu przeprowadza się badania endoskopowe, ultrasonograficzne, rentgenowskie, badanie kału na krew utajoną, podstawowe badania krwi, a w razie potrzeby inne.

Zespół jelita nadwrażliwego zaliczany jest do chorób przewlekłych. Z powodu różnorodnych dolegliwości jest przyczyną znacznego, trwającego przez wiele lat, dyskomfortu w życiu codziennym. Trzeba pamiętać, że nie przyczynia się do powstawania stanów zapalnych jelit, a także innych chorób organicznych przewodu pokarmowego.

W terapii tego schorzenia ważne jest, aby nauczyć pacjenta radzenia sobie ze stresem. W wielu przypadkach ważną rolę odgrywa psychoterapia.

U niektórych pacjentów zachodzi potrzeba leczenia antydepresyjnego.

Pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego często wskazują, że niektóre z pokarmów nasilają dolegliwości. Dotychczas wykazano, że najczęściej bóle brzucha występują po następujących produktach żywnościowych: pszenica, mleko, jaja, cebula, kapusta, produkty obfitujące w tłuszcz, słodczyce, a także w przypadku nadużywania alkoholu i kawy.

W związku z tym że pacjent zgłasza szereg dolegliwości bólowych i dyspeptycznych, a także okresowo występują u niego zaparcia lub biegunki, istotne jest, aby otrzymał odpowiednie zalecenia dietetyczne. W leczeniu zespołu jelita nadwrażliwego istotną rolę odgrywa indywidualna dieta. Często jest ona wspomagana podawaniem prebiotyków, probiotyków, synbiotyków, a także farmakoterapią. W zależności od dolegliwości są to najczęściej leki spazmolityczne lub prokinetyczne.

Przy zespole jelita nadwrażliwego należy stosować następujące **zalecenia dietetyczne**:

- Dieta powinna być przygotowana indywidualnie i modyfikowana, w zależności od aktualnie występujących dolegliwości.
- Należy ustalić listę produktów żywnościowych, które nasilają dolegliwości i wykluczyć te produkty z diety.
- Wykluczyć lub ograniczyć produkty żywnościowe, które powodują nadmierną produkcję gazów jelitowych (groch, bób, fasola, kapusta, kalafior, cebula, napoje gazowane).
- Unikać napojów alkoholowych.
- Ograniczyć picie mocnej kawy i herbaty.
- Należy ograniczyć spożycie tłuszczu, szczególnie zwierzęcego.
- Jeść powoli, najlepiej 5 małych posiłków dziennie.

Jednym z **objawów zespołu jelita nadwrażliwego** może być biegunka lub zaparcie. W przypadku postaci biegunkowej należy pamiętać o odpowiedniej podaży płynów, a także o konieczności ograniczenia w diecie błonnika. Należy ograniczyć spożycie oligosacharydów, laktozy i tryptofanu (aminokwas egzogenny, z którego powstaje serotonina). Związki te występują najczęściej w słodczykach, mleku i przetworach mlecznych. Jak wiadomo w tej postaci zespołu jelita nadwrażliwego stężenie serotoniny we krwi jest podwyższone.

W szczególnych przypadkach należy sięgać po farmakoterapię. Najczęściej są to leki antycholinergiczne i spazmolityczne. Z kolei w postaci przebiegającej z zaparciem istotne znaczenie ma przyśpieszenie perystaltyki jelitowej, zwiększenie ilości masy kałowej.

Dlatego też zaleca się przyjmowanie nawet do 3 litrów płynów dziennie i stosowanie diety bogatoreszkowej (tabela 4 i 5).

Zbożowe produkty śniadaniowe jako źródło błonnika

Nazwa produktu	W 100 g i w porcji	Wartość energetyczna (kcal)	Błonnik pokarmowy (g)
Otręby pszenne	100 g	185	42,4
	1 łyżka – 10 g	18	4,2
Płatki jęczmienne	100 g	355	9,6
	1 łyżka – 10 g	36	1,0
Płatki owsiane	100 g	366	6,9
	1 łyżka – 10 g	22	0,4
Płatki kukurydziane	100 g	363	6,6
	1 łyżka – 10 g	15	0,3

Wg Kunachowicz H. i wsp., 2005

Porównanie zawartości błonnika w różnych produktach żywnościowych

Nazwa produktu	W 100 g i w porcji	Wartość energetyczna (kcal)	Błonnik pokarmowy (g)
Ryż brązowy	100 g	322	8,7
	1 łyżka – 20 g	64	1,7
Ryż biały	100 g	344	2,4
	1 łyżka – 16 g	55	0,4
Chleb żytni razowy z soją i słonecznikiem	100 g	244	6,5
	1 kromka – 40 g	97	2,6
Kajzerki	100 g	296	2,1
	1 sztuka – 50 g	148	1,1

Wg Kunachowicz H. i wsp., 2005

*

Choroby psychosomatyczne charakteryzuje różnorodność objawów, a także trudny do przewidzenia rytm powstawania zaostrzeń i remisji objawów. Dlatego też w każdym przypadku należy indywidualnie ustalać nie tylko farmakoterapię, ale także zalecenia dietetyczne. Trzeba również dbać o odpowiednią, regularną aktywność fizyczną. Jak wiadomo ma to znaczenie dla kontrolowania emocji, poprawy samopoczucia, a także korzystnie wpływa na szereg funkcji organizmu. W przypadku tych schorzeń bardzo ważną rolę odgrywa pomoc psychologa. Im wcze-

śniej pacjent rozpocznie terapię, tym większa szansa na uniknięcie powikłań narządowych.

Piśmiennictwo

1. M. Jarosz, J. Dzieniszewski, *Zespół jelita nadwrażliwego*, PZWL, 2009.
2. H. Kunachowicz, I. Nadolna, B. Przygoda, K. Iwanow, *Tabele składu i wartości odżywczej żywności*, PZWL, 2005.

Opracowanie
Instytut Żywności i Żywienia
na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych



Osoby niepełnosprawne – pełnoprawni obywatele, czy problem?

Czy nie jest wymowne, że media, tak przecież wrażliwe wobec trudnych spraw ludzkich, nie skomentowały kilka miesięcy temu ważnego faktu, iż rząd zdecydował się na ratyfikację międzynarodowej Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. i przestał ten dokument do Sejmu.

Wprowadzenie

Wniosek o ratyfikację Konwencji przewidywał złożenie do niej przez Polskę jednego oświadczenia interpretacyjnego i dwóch zastrzeżeń. Dotyczyły one regulacji w sprawie przerywania ciąży oraz ubezwłasnowolnienia i zawierania małżeństw przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną, wynikającą z choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego. Otóż Konwencja m.in. gwarantuje nieograniczone prawo do małżeństwa osób z niepełnosprawnością psychiczną, tymczasem polskie przepisy przewidują konieczność udzielania w takich przypadkach zgody przez sąd. Oznacza to, iż do czasu nowelizacji Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego będą one obowiązywać, choć są niezgodne z Konwencją¹.

Przypomnieć należy, że Konwencja jest pierwszym międzynarodowym aktem prawnym całościowo regulującym prawa osób niepełnosprawnych. Została przyjęta 13 grudnia 2006 r. na sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ i weszła w życie 3 maja 2008 r. Do marca 2012 r. podpisały ją 153 państwa, a jej stronami jest 112 krajów. Polska podpisała dokument jako jedna z pierwszych – 30 marca 2007 r. Jednak Konwencja nieratyfikowana nie mogła być powoływana przez niepełnosprawnych, na przykład jako podstawa uzasadnionych roszczeń wobec organów państwa.

Okres długiego przygotowania do ratyfikacji wynikał z konieczności dostosowania do treści Konwencji wielu przepisów krajowych, m.in. dotyczących prawa wyborczego (udziału w głosowaniu przez niepełnosprawnych obywateli podczas wybo-

rów parlamentarnych) prawa budowlanego i służby cywilnej oraz uchwalenia nowych ustaw, np. dotyczących języka migowego i korzystania z usług tłumaczy tego języka, a także innych ułatwień w kontaktach z administracją publiczną.

6 września 2012 r. Prezydent RP Bronisław Komorowski ratyfikował Konwencję. Podkreślił, że dokument ten jest ważny nie tylko dla osób niepełnosprawnych, ale dla wszystkich Polaków, że stanowi także wyzwanie do podejmowania dalszych zmian. Konwencja zawiera przepisy zakazujące dyskryminowania osób niepełnosprawnych oraz nakazujące tworzenie warunków do korzystania przez nich z praw na zasadzie równości z innymi obywatelami. Zawarte w Konwencji pojęcie *osoba niepełnosprawna* obejmuje te osoby, które – oprócz długotrwale naruszonej sprawności fizycznej, umysłowej, intelektualnej lub w zakresie zmysłów – mają także kłopoty z pokonywaniem różnych barier, wynikających np. z postaw innych ludzi i środowisk społecznych. Zmaganie się z nimi jest codzienną świadomością i prozą życia osób niepełnosprawnych, zaś ich usuwanie jest ich wielkim oczekiwaniem kierowanym głównie do tych, dla których powinna ona być priorytetem wyznaczającym praktyczne działania.

Problemy osób niepełnosprawnych

Zgodnie z Konwencją rolę instytucji monitorującej wypełnianie jej zapisów ma pełnić Rzecznik Praw Obywatelskich. „*Napawa mnie to radością, ale i lękiem, który bierze się z tego, czy zostaną do tego zadania odpowiednio wyposażona. Mam silną wolę, aby dopilnować tego, by Konwencja nie stała się pustą deklaracją, ale silnym prawem*” – zapewniała 6 sierpnia 2012 r. Rzecznik Praw Obywatelskich, prof. Irena Lipowicz².

¹ Sejm i Senat zgodziły się, by Prezydent RP ratyfikował Konwencję; odbyło się to uroczystie 6 sierpnia 2012 r. Wcześniej, upoważniająca go do tego ustawa z dnia 15 czerwca 2012 r. o ratyfikacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych została opublikowana w Dzienniku Ustaw z dnia 2 sierpnia 2012 r. i weszła w życie 16 sierpnia 2012 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 882).

² Gazeta Wyborcza z 7 września 2012 r., *Prezydent ratyfikował Konwencję o prawach niepełnosprawnych*.

Niewątpliwie dyskryminacją jest brak regulacji prawnych umożliwiających dostosowanie formy egzaminów, wstępnych i kończących różnorodne aplikacje, do stopnia i rodzaju niepełnosprawności przystępujących do nich osób. Z uznaniem należy więc odnieść się do interwencji Rzecznika Praw Obywatelskich u ministra sprawiedliwości: przepisy w tych sprawach powinny stwarzać możliwość ich wydtużenia, alternatywne sposoby zapoznawania się z treścią pytań i udzielania odpowiedzi przez osoby niemogące pisać³.

Ciągle aktualną sprawą jest także fizyczny dostęp do wielu urzędów i placówek publicznych, kulturalnych i naukowych oraz do środków transportu zbiorowego. Z danych dotyczących lat 2010 i 2011, pochodzących z biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Najwyższej Izby Kontroli i instytucji samorządowych wynika, że nadal nie są dostosowane w pełni do potrzeb osób niepełnosprawnych żadne z ministerstw i urzędów centralnych, tj. blisko 60 proc. budynków rządowych i samorządowych, w tym co drugi lokalny urząd. Również raporty niezależnych organizacji, np. Federacji Maziowa, informują o niedostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych siedzibach powiatowych urzędów pracy i innych instytucji, kluczowych budynkach miejskich w miastach wojewódzkich, m.in. urzędów stanu cywilnego.

Problem dostosowania budynków do potrzeb osób niepełnosprawnych dotyczy zarówno klientów, jak i urzędników samorządowych. W tym przypadku największą barierą są możliwości finansowe samorządów i państwa, a ściślej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) – podstawowego źródła finansowania działań na rzecz niepełnosprawnych. Należy w tym kontekście zauważyć, że z rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2012 r.⁴ wynika, iż na likwidację barier architektonicznych środki z PFRON uzyskać może niepełnosprawny chcący dostosować swoją nieruchomość, z wyjątkiem administracji publicznej. Natomiast zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁵ w firmie lub urzędzie, w których pracuje co najmniej 25 osób, przynajmniej 6 proc. zatrudnionych powinny stanowić osoby niepełnosprawne. W przeciwnym wypadku pracodawca musi odprowadzać comiesięczne składki do PFRON. Przewiduje się, że w 2012 r. sankcje tego rodzaju nałożone na pracodawców wyniosą ponad 4 mld zł, a więc ponad 700 mln zł więcej niż w roku ubiegłym. Na przykład w 2011 r. Kancelaria Prezydenta RP zapłaciła ponad 130 tys. zł, a Kancelaria Prezesa Ra-

dy Ministrów (zatrudniająca w lutym 2012 r. około 500 pracowników, w tym 6 z orzeczoną niepełnosprawnością) – 450 tys. zł.

Dodać należy, że w ciągu ostatnich trzech lat poziom zatrudnienia osób niepełnosprawnych w administracji wzrósł o 20 proc.⁶.

Wydaje się, że uzasadnione – zarówno z wewnętrznej, krajowej, jak i systemowej, unijnej perspektywy – są dzisiaj pytania o rzeczywistą sytuację osób niepełnosprawnych, zwłaszcza osób w wieku produkcyjnym, a także identyfikowanie ich podstawowych problemów oraz metod i środków, nie tylko finansowych, koniecznych do ich opracowania i wprowadzenia w życie.

Według danych z ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego w Polsce było około 5,5 mln osób niepełnosprawnych, w tym około 4,5 mln posiadało prawne potwierdzenie niepełnosprawności, 4,3 mln spośród nich stanowiły osoby w wieku 15 lat i więcej. Natomiast według wyników kwartalnego reprezentacyjnego *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności* prowadzonego przez GUS w 2011 r. liczba niepełnosprawnych wynosiła około 3,4 mln osób, z czego 10,6 proc. ludności w wieku 15 lat i więcej, posiadała orzeczenie o niepełnosprawności, a ponad 8 proc. stanowiły osoby niepełnosprawne w wieku produkcyjnym. Według innych źródeł jedynie co piąta osoba niepełnosprawna jest aktywna zawodowo. Dodajmy, że osoby niepełnosprawne pracują najczęściej w zakładach pracy chronionej – głównym segmencie rynku pracy dla tej grupy osób. Według stanu na koniec lutego 2012 r. liczba niepełnosprawnych pracowników zatrudnionych przez firmy otrzymujące dofinansowanie z PFRON wynosiła 238,5 tys., natomiast 17,3 tys. firm otrzymuje dofinansowanie z Funduszu do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych⁷. Jak z powyższego wynika, dane na temat osób niepełnosprawnych nie są do końca spójne⁸.

Osoby niepełnosprawne są więc w Polsce bardzo dużą i zróżnicowaną zbiorowością społeczną, obciążoną wysokim ryzykiem marginalizacji i wykluczenia społecznego. Szczególnie w sytuacji tych osób podjęcie pracy – nawet w niepełnym wymiarze czasu pracy i z wykorzystaniem nietypowych form zatrudnienia – zawsze było i jest niezwykle ważne. Praca, co jest oczywiste, jest bowiem podstawowym źródłem przynajmniej elementarnych dochodów oraz najważniejszym czynnikiem samodzielności socjalnej i ekonomicznej osób niepełnosprawnych sprzyjającym ich integracji społecznej. Praca, dając szansę na usamodzielnienie się, pozwala im uzyskać odpowiedni, choćby elementarny, stan-

³ Rzeczpospolita z 4 września 2012 r., *Dla niektórych egzamin powinien być dłuższy*.

⁴ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z ekspozycją na promieniowanie optyczne (Dz.U. z 2012 r., poz. 787).

⁵ Tekst jednolity: Dz.U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm.

⁶ Dziennik Gazeta Prawna z 21 maja 2012 r., T. Żółciak, *Niepełnosprawni. Kosztowny kłopot*.

⁷ Dziennik Gazeta Prawna z 21 maja 2012 r., M. Topolewska, *Rośnie liczba pracujących niepełnosprawnych*.

⁸ Dziennik Gazeta Prawna z 8 maja 2012 r., J.K. Kowalski, *Niewiarygodne bezrobocie*.

dard życia. Dlatego przywołajmy raz jeszcze słowa Rzecznika Praw Obywatelskich, „(...) *polskie państwo nie może sobie pozwolić na rezygnację z ich pracy i talentów*”.

Wpływ doświadczeń Unii Europejskiej na ustawodawstwo krajowe

Przypomnijmy, że jednym z największych osiągnięć Unii Europejskiej są jej inicjatywy na rzecz zagwarantowania osobom niepełnosprawnym prawa do pracy i tworzenie im warunków sprzyjających do jej podejmowania w firmach i instytucjach z otwartego rynku pracy. Przywołajmy w tym miejscu, ujęte w dokumentach międzynarodowych, niektóre regulacje prawne i zalecenia praktyczne dotyczące zatrudniania osób niepełnosprawnych. Przykładem może być plan działań Rady Europy na lata 2006-2015 w tym obszarze i *Kodeks Postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy – Zarządzanie niepełnosprawnością w miejscu pracy* z 2001 r., stanowiący istotne wskazówki do formułowania zasad postępowania wobec osób niepełnosprawnych na poziomie zakładu pracy.

Warto zwrócić uwagę, że kwestia osób niepełnosprawnych była omawiana w dyskusji o polityce społecznej, a więc nie stanowiła odrębnego obszaru negocjacyjnego (a było ich ponad 20). Z drugiej jednak strony, narzucono Polsce wysokie rygorystyczne wymagania dotyczące ich zatrudniania oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. Ponadto od 1996 r. (komunikat Komisji UE o równości szans) zobowiązano władze poszczególnych krajów Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej do wieloaspektowego uwzględniania polityki niepełnosprawności we wszystkich podejmowanych działaniach w różnych dziedzinach: np. w edukacji, architekturze, budownictwie, transporcie, polityce społecznej itp.

Często zadawane są pytania o to, czy aktywność UE w tej dziedzinie ma rzeczywisty wpływ na ustawodawstwo krajowe dotyczące dostępu osób niepełnosprawnych do rynku pracy oraz czy otwarty rynek pracy może oznaczać likwidację chronionego rynku pracy? Z oficjalnych wypowiedzi wynika, że rynek otwarty zapewnia lepsze i trwalsze wyniki w zakresie integracji społecznej tej grupy osób. Równocześnie od lat 80. ubiegłego wieku narasta krytyczny stosunek do istniejących ponad 200 lat specjalnych zakładów pracy dla ludzi uznanych za niezdolnych do podjęcia pracy w zwykłych zakładach pracy. Twierdzi się, że zakłady pracy chronionej powodują izolację osób niepełnosprawnych, uniemożliwiają im rozwój zawodowy i podnoszenie kwalifikacji oraz skazują na wykonywanie tej samej, najczęściej prostej i monotonnej pracy przez całe życie.

Ostatnio powszechny jest pogląd, iż zakłady pracy chronionej wymagają dopłat z budżetu państwa, podważa się ekonomiczny sens ich tworzenia

i utrzymywania, zwłaszcza w dobie racjonalizacji wydatków publicznych⁹. Konkretnym przykładem takiej właśnie tendencji jest postawa Komisji Europejskiej i jej zarzuty, że zakłady pracy chronionej otrzymują w Polsce zbyt wysoką pomoc publiczną oraz naciśki, by podwyższać wymogi wobec nich.

Jest także faktem powszechnie znanym specyficzna interpretacja obowiązującego w prawie wspólnotowym nakazu stosowania zasady subsydiarności: wkraczania przez Unię Europejską ze swoimi decyzjami i działaniami jedynie w te obszary, które oznaczają wniesienie nowej jakości do statusu ich obywateli. W praktyce oznacza to utrwalanie, a bardzo często zwiększanie dotychczasowego zróżnicowania socjalnego mieszkańców poszczególnych krajów UE. Rzadziej mówi się o tym, że przemieszczenie głównego strumienia zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwarty rynek pracy wymaga ukształtowania właściwych ram prawnych i zapewnienia niezbędnych środków finansowych, a zwłaszcza przeprowadzenia swoistej rewolucji zmierzającej do upowszechniania dobrych, a więc skutecznych praktyk zapewniających im równe szanse w procesach rekrutacji umożliwiającej podjęcie pracy.

Oznacza to urzeczywistnianie dostępu do poradnictwa i szkolenia zawodowego, obiektywnej oceny zawodowej dotyczącej faktycznych możliwości na konkretnym stanowisku pracy (a nie rodzaju niepełnosprawności), ochronę przed dyskryminacją istniejącą na poszczególnych etapach zatrudniania, tworzenie przepisów uwzględniających potrzeby tej grupy osób, eliminowanie z systemu świadczeń społecznych elementów zniechęcających osoby niepełnosprawne do podejmowania pracy oraz wprowadzanie zachęt do samozatrudniania się i przechodzenia z chronionego na otwarty rynek pracy.

Dobrym przykładem instytucji popularyzującej pozytywne doświadczenia europejskie w dziedzinie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych jest Europejskie Stowarzyszenie Świadczeniodawców Usług dla Osób Niepełnosprawnych. Jego zasługą jest m.in. dbanie o to, aby urzeczywistnić strategię UE wobec osób niepełnosprawnych w praktyce – na przykładzie efektywnych modeli wyrównywania szans stosowanych z dużym powodzeniem w konkretnych krajach europejskich¹⁰.

⁹ *Niepełnosprawni w rodzinie*. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia, Forum Współpracy Organizacji Pozarządowych oraz Parlamentarną Grupę Kobiet pod patronatem Wicemarszałek Senatu Jolanty Danielak w dniu 2 lipca 2004 r., Kancelaria Senatu, Warszawa 2005 oraz Dziennik Gazeta Prawna z 4 września 2012 r., M. Topolewska, *Coraz mniej zakładów pracy chronionej*.

¹⁰ Konferencji w Sejmie nt. *Równe szanse w pracy – niepełnosprawni obywatele w Polsce i krajach UE*, której współorganizatorami byli: ZUS, Parlamentarny Zespół ds. Osób Niepełnosprawnych, Koalicja na rzecz Osób z Niepełnosprawnością, PFRON i Stowarzyszenie Świadczeniodawców Usług dla Osób Niepełnosprawnych, Prewencja i Rehabilitacja 2011, nr 2 (24).

Otwarty i chroniony rynek pracy a osoby niepełnosprawne

Wydaje się, że o takich przesłaniach – i zapoczątkowaniu nowej tendencji w polskiej praktyce – można mówić od 2009 r., a następnie 2011 r., czyli po zmianach ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych¹¹.

Na podstawie zmienionej ustawy m.in. zwiększono różne formy dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych w firmach z otwartego rynku pracy; pracodawcy otrzymują maksymalnie do 75 proc. zwrotu kosztów wynagrodzeń i składek odprowadzanych za niepełnosprawnego pracownika; utrzymano zróżnicowanie dofinansowania w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności; firmy z otwartego rynku pracy otrzymują od 2 lat taką samą pomoc, jak zakłady pracy chronionej.

Gwoli uzupełnienia dodam, że w 2009 r. w Systemie Obsługi Dofinansowań i Refundacji prowadzonym przez PFRON zarejestrowanych było 40,5 tys. osób niepełnosprawnych pracujących na otwartym rynku pracy i 180 tys. pracujących w zakładach pracy chronionej. W grudniu 2011 r. udział pracowników zakładów pracy chronionej w ogólnej liczbie pracowników niepełnosprawnych zarejestrowanych w tym systemie wynosił blisko 71 proc. (dla porównania – w grudniu 2010 r. ponad 74 proc.). W maju 2012 r. liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych dotowanych przez PFRON wynosiła blisko 238 tys., w tym około 168 tys. z nich pracowało w zakładach pracy chronionej. Sytuacja pod tym względem zmienia się, aczkolwiek dane na ten temat różnią się.

Z informacji rządu o działaniach podejmowanych na rzecz realizacji Karty Praw Osób Niepełnosprawnych wynika, że w ciągu ostatniego roku liczba zatrudnionych na chronionym rynku pracy spadła o ponad 24 tys. osób, tj. o ponad 12 proc., natomiast na otwartym rynku pracy wzrosła o niecałe 2,5 tys. osób, czyli o około 2,5 proc. Oznacza to, że liczba pracowników niepełnosprawnych zarejestrowanych w systemie zmalała o prawie 22 tys. osób, a więc o ponad 8 proc. Natomiast według PFRON, w okresie od grudnia 2010 r. do marca 2012 r. zatrudnienie osób o znacznym stopniu niepełnosprawności wzrosło o 3,4 tys., a osób ze stopniem umiarkowanym o 4,6 tys. (w ujęciu procentowym dotyczącym osób z lekkim stopniem niepełnosprawności spadek z 49,4 proc. ogółu zatrudnionych niepełnosprawnych do 39,8 proc.). Jednocześnie, w tym samym okresie wzrosła o 18 proc. liczba niepełnosprawnych z tzw. schorzeniami specjalnymi, do których zalicza się m.in. epilepsję, choroby psychiczne i upośledzenie umysłowe¹².

¹¹ Dziennik Gazeta Prawna: z 10 maja 2012 r., M. Topolewska: *Kolejne firmy zrezygnują z pracy chronionej*; z 21 maja 2012 r., *Rośnie liczba pracujących niepełnosprawnych*; z 30 lipca 2012 r., *Pracodawcy mniej płacą, a PFRON traci*; z 4 września 2012 r., *Coraz mniej zakładów pracy chronionej*.

¹² Za Dziennikiem Gazetą Prawną z 21 maja 2012 r.

Według posta Marka Plury, przewodniczącego Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Niepełnosprawnych powody tego zjawiska tkwią w obowiązującej od początku 2011 r. nowelizacji ustawy o rehabilitacji¹³. Polegają one na zmianach w uprawnieniach przysługującym firmom, w tym głównie posiadającym status zakładu pracy chronionej, które są uzależnione od zatrudniania osób ze schorzeniami specjalnymi i odpowiednimi stopniami niepełnosprawności. Na przykład, prawo do udzielania kontrahentom ulg we wpłatach na PFRON mają te zakłady pracy chronionej, które osiągają 30-proc. wskaźnik osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub schorzeniami specjalnymi i umiarkowaną niepełnosprawnością, wstrzymanie wypłat dofinansowań do wynagrodzeń dla pracowników uprawnionych do otrzymywania świadczeń emerytalnych lub rentowych i zmniejszenie kwot wynagrodzeń pracowników o lekkim stopniu niepełnosprawności i z lżejszymi schorzeniami. Do końca czerwca 2012 r. firmy, które nie chciały stracić statusu zakładu pracy chronionej z powodu nieosiągnięcia wskaźnika zatrudnienia, musiały przyjąć do pracy dodatkowe osoby¹⁴.

Dodać należy, że od stycznia 2011 r. osoby ze szczególnymi schorzeniami, w tym niewidome, za które pracodawcy mogą ubiegać się o zwiększone miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń niepełnosprawnych pracowników, powinny mieć dokumentowane orzeczenia o niepełnosprawności, a nie tylko zaświadczenia lekarza specjalisty. Pracodawcy nie mogą więc wykazać pełnej kwoty kosztów płacy, opłacić tylko części i otrzymać na to subsydium z PFRON.

Jednocześnie wzrastają wydatki PFRON na dopłaty do wynagrodzeń, bowiem zmienia się struktura zatrudnienia niepełnosprawnych, co jest konsekwencją zwiększenia się liczby orzeczeń o znacznym i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w 2011 r. przybyło ich odpowiednio ponad 4 tys. i około 15 tys.). Ponieważ równocześnie nie wzrosła liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych, przypuszcza się, iż pracodawcy, którzy otrzymują niższe dofinansowania wynikające z systematycznego obniżania dopłat, zwłaszcza do wynagrodzeń pracowników z lekkim stopniem niepełnosprawności, mogą kierować ich do zespołów orzekania o niepełnosprawności w celu podniesienia jej stopnia. W ten sposób mogą oni osiągnąć wymagany próg niepełnosprawnych pracowników, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.

W ostatnim okresie nie powstają już nowe zakłady pracy chronionej, bowiem – jak wyjaśnia Jerzy Szreder, prezes Związku Rewizyjnego Spółdzielni Inwalidów i Spółdzielni Niewidomych – wynika to m.in. z ograniczenia ulg w sprzedaży z art. 22 usta-

¹³ Tamże.

¹⁴ Dziennik Gazeta Prawna z 4 września 2012 r., M. Topolewska, *Coraz mniej zakładów pracy chronionej*.

wy o rehabilitacji, który kontrahentom zakładów pracy chronionej dawał możliwość obniżenia obowiązkowych wpłat na PFRON z tytułu zakupu produktu lub usługi w tych zakładach. Szczególnie uciążliwa była utrata ulg podatkowych od nieruchomości.

Niższe od planowanych wpływy do budżetu PFRON spowodowane są też tym, że pracodawcy zwrócili mniej niewykorzystanych pieniędzy z zakładowego funduszu rehabilitacji oraz wzrostem kwot ulg w obowiązkowych wpłatach na Fundusz, których zakłady pracy chronionej udzielają kupującym od nich usługi, mimo że przepisy w sprawie warunków ich udzielania zostały zaostrzone. Przypomnijmy, że takie prawo zachowały zakłady, które osiągnęły 30-proc. wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub zaliczonym do umiarkowanego ze schorzeniami specjalnymi. Według pisma Marka Plury wiele z tych ulg jest udzielanych bezprawnie, m.in. przez firmy z branży ochrony i sprzątanania, które szukają luk w przepisach, aby nie tracić kontrahentów¹⁵.

Największym jednak problemem omawianych firm, który zaostrzył ich i tak niełatwą sytuację, są wymagania związane z osiąganiem zwiększonego odsetka zatrudnienia osób niepełnosprawnych, jakie muszą spełniać. Zmiana wymogów, obowiązujących od początku tego roku, które muszą spełnić firmy ubiegające się o status zakładów pracy chronionej, dotyczy zatrudniania minimum 50 proc. osób niepełnosprawnych z orzeczeniem o niepełnosprawności, z czego 20 proc. muszą obowiązkowo stanowić pracownicy zaliczeni do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, co było największym problemem (dotychczas odpowiednio: 40 proc. i 10 proc.). Nie zmienił się natomiast drugi wskaźnik umożliwiający uzyskanie statusu zakładu pracy chronionej (zatrudnienie 30 proc. osób niewidomych, psychicznie chorych lub upośledzonych umysłowo, z potwierdzającym to orzeczeniem).

Co wiadomo dzisiaj, tj. po 30 czerwca 2012 r., kiedy minął już okres dany przez ustawodawcę pracodawcom, zarejestrowanym przez wojewodów do końca 2010 r., na przyjęcie owych dodatkowych pracowników.

Jak wynika z informacji od zainteresowanych firm, wiele z nich miało z powodu trudnej sytuacji ekonomicznej trudności z zatrudnieniem odpowiednich pracowników, głównie ze względu na przemysłowo-produkcyjny (taśmowy) profil ich działalności oraz ograniczony zakres stanowisk biurowych i pomocniczych. Ponadto, po przejściu przez dotychczasowe zakłady ze statusem pracy chronionej na otwarty rynek pracy zatrudnieni w nich niepełnosprawni pracownicy, jeśli nawet nie zostaną pozbawieni pracy, to mogą stracić prawo do dodatkowej opieki medycznej i rehabilitacyjnej¹⁶. Utrata statusu

pogorszyła również warunki pracy, albowiem pracodawca – nie podlegając dodatkowej kontroli ze strony Państwowej Inspekcji Pracy i wojewody – redukuje zatrudnienie zwalniając osoby z najcięższymi niepełnosprawnościami. Zamiast więc zwiększać zatrudnienie, rezygnował z tego statusu (od 1 stycznia 2012 r. postąpiło tak 334, w tym w okresie od stycznia do końca czerwca 2012 r. 145, zaś od 1 lipca 2012 r. 189 spośród 1684 zakładów) i kontynuował działalność na otwartym rynku pracy¹⁷.

Również pracodawcy podkreślają wpływ zmian w prawie na decyzje w sprawie rezygnacji z pracy chronionej, pozbawiający je większości dotychczasowych, i naturalnych z powodu specyfiki, przywilejów. Dotyczy to zwłaszcza zwolnień podatkowych i udzielania kontrahentom ulg we wpłatach na PFRON oraz nasilenia działań kontrolnych Funduszu i zagrożeń grzywną wobec firm chronionego rynku.

Według Edyty Sieradzkiej z Ogólnopolskiej Bazy Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, przed przejściem na otwarty rynek nie powstrzymała firm nawet perspektywa podwyższenia od września 2012 r. podstawy dopłat do pensji osób niepełnosprawnych, ponieważ w związku z obniżeniem dofinansowań na osoby z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności jej nie odczuły. Kolejna fala rezygnacji ze statusu zakładu pracy chronionej może nastąpić po 1 stycznia 2013 r., kiedy dojdzie do zrównania dofinansowań do pensji dla otwartego rynku i chronionego rynku pracy. Jednakże, ze względu na wzrost wydatków PFRON na wypłatę dopłat do pensji rozważa się przedłużenie obecnego okresu przejściowego dotyczącego wysokości dofinansowania o kolejny rok¹⁸.

Reasumując, faktem skłaniającym do zastanowienia jest zmiana w ciągu 2011 r. struktury dofinansowań do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych w zależności od stopnia niepełnosprawności. Spadła liczba osób z lekkim stopniem niepełnosprawności i wzrosła ze znacznym stopniem, zwłaszcza ze stopniem umiarkowanym, zaliczonym do grup specjalnych (w przypadku osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia z blisko 61 tys. do 67 tys. pracowników, tj. o ponad 20 proc. oraz w przypadku osób ze schorzeniami specjalnymi z 17,5 tys. do ponad 22 tys.).

Powyższe kwestie są zresztą ściśle ze sobą powiązane. Z jednej strony, stanowią reakcją PFRON na docierające do niego sygnały o bezprawnym udzielaniu przez firmy swoim kontrahentom ulg we wpłatach na Fundusz. Z drugiej strony są, być może, pewną tendencją rozszerzających się uprawnień kontrolnych Funduszu, np.: uzależniania dofinansowania (dopłaty z PFRON do wynagrodzeń) od tego, czy firma przelewa ją na konto bankowe niepełnosprawnego pracownika, co może stanowić

¹⁵ Za Dziennikiem Gazetą Prawną z 30 lipca 2012 r.

¹⁶ Za Dziennikiem Gazetą Prawną z 4 września 2012 r.

¹⁷ Patrz przyp. 16.

¹⁸ Jw.

z kolei ograniczenie wolności wyboru w tej sprawie. Zwróćmy przy tym uwagę, że zakłady pracy chronionej mogą być kontrolowane na podstawie kilku aktów prawnych, przede wszystkim ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej¹⁹ i ustawy o rehabilitacji oraz przepisów szczególnych, tj. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2008 r. w tej sprawie²⁰, nie tylko przez prezesa PFRON, ale także przez ministra pracy, pełnomocnika rządu ds. osób niepełnosprawnych, wojewodę, Państwową Inspekcję Pracy i terenowo właściwe urzędy skarbowe.

Niejednoznaczność systemu prawnego – dyskryminacja osób niepełnosprawnych

Realizacja obecnie obowiązującego modelu polega na tym, że im więcej niepełnosprawnych pracuje, tym wyższe są wydatki PFRON, ale niższe do niego wpływy, ponieważ firmy płacą mniejsze kary z tytułu niezatrudniania takich pracowników. Z kolei niższe wpływy finansowe powodują zmniejszenie wydatków na bieżące zadania. W praktyce oznacza to może odłożenie zapowiedzianego przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej terminu zrównania dopłat do wynagrodzeń na chronionym i otwartym rynku pracy. W powyższym mechanizmie, to znaczy w ratowaniu budżetu tego Funduszu przede wszystkim, upatruje się konieczność ciągłego nowelizowania przepisów ustawy.

W omawianym kontekście pewnym, aczkolwiek dość skromnym z finansowego punktu widzenia, krokiem w budowaniu owej bardziej spersonifikowanej koncepcji nowej ustawy są nowe przepisy o świadczeniu pielęgnacyjnym. Jest ono szczególnie formą wsparcia, przeznaczoną dla osób rezygnujących z pracy ze względu na konieczność opieki nad niepełnosprawnym, bliskim krewnym. Przyznanie samorządowi gminnemu prawa weryfikacji, a więc wzmocnienia jedynie formalnych wymagań wynikających z ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych²¹ zmierza do ustalenia, w jaki sposób i czy rzeczywiście opiekun zajmuje się niesamodzielnym członkiem rodziny²².

Symboliczna jest także pomoc, jaką mogą dostać rodzice i faktyczni opiekunowie niepełnosprawnych dzieci, w wysokości 100 zł dodatku do tego

świadczenia. Umożliwia im to kolejna edycja rządowego programu wspierania niektórych osób pobierających owo świadczenie. Zauważmy przy tym, że inne osoby zobowiązane do alimentacji względem członka rodziny nie mają prawa do tego dodatku.

W podobnym duchu utrzymana jest inicjatywa Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej dotycząca przyznania możliwości nabycia prawa do renty osobom, które pobierają świadczenie pielęgnacyjne. Ponieważ w tym okresie nie są za nie opłacane składki na ubezpieczenia społeczne, zainteresowane osoby mają/lub mogą mieć kłopoty z uzyskaniem renty²³.

Ponadto nowy problem i związane z nim pewne wątpliwości pojawiły się po uchwaleniu ustawy z 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw²⁴. Na jej podstawie od 1 stycznia 2013 r. rozpocznie się stopniowe podwyższanie wieku emerytalnego; zgodnie z art. 19 samorząd gminny będzie musiał dopłacić składki osobom, którym zaprzestano ich finansowania po uzyskaniu 20 lat okresu ubezpieczenia. Za takie osoby składki powinny być opłacane przez okres nie dłuższy niż 25 lat. Z ustawy wynika, że gminy muszą uzupełnić te zaległości w krótkim terminie – w ciągu 6 miesięcy – do końca czerwca 2013 r.

I jeszcze jeden fakt świadczący o istnieniu w obowiązującym systemie prawnym przepisów niejednoznacznych i z tego powodu dyskryminujących niepełnosprawnych, którzy nie są w stanie udowodnić daty powstania uszczerbku na zdrowiu przed ukończeniem przez nich 21 roku życia. Problem dotyczy osób mających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, w którym nie została wskazana konkretna data jej powstania, ponieważ powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności nie ustalił jej na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez niepełnosprawnego. Warto dodać, że niektóre gminy, kierując się zasadą rozstrzygnięcia takich sytuacji na korzyść niepełnosprawnych, przyznawały zasiłki osobom z takimi orzeczeniami. Wobec orzeczeń wojewódzkich sądów administracyjnych, że takie postępowanie jest nieprawidłowe oraz utrzymywania decyzji odmownych gmin przez samorządowe kolegia odwoławcze w przypadkach odwoływania się od nich przez niepełnosprawnych zareagował Rzecznik Praw Obywatelskich. Występując do resortu pracy w tej sprawie, podkreślił, że okoliczność, iż to organ administracji nie jest w stanie ustalić daty powstania niepełnosprawności i fakt ten odnotowuje w odpowiednim orzeczeniu, nie może powodować negatywnych dla obywateli konsekwencji, polegających na braku możliwości uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego. Należy dodać, że omawiany przypadek dotyczy inter-

¹⁹ Tekst jednolity: Dz.U. z 2010 r. nr 220, poz. 1447 z późn. zm.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2008 r. w sprawie trybu i sposobu przeprowadzania kontroli przez organy upoważnione do kontroli na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. nr 53, poz. 323).

²¹ Tekst jednolity: Dz.U. z 2006 r. nr 139, poz. 992 z późn. zm.

²² Dziennik Gazeta Prawna z 26 lipca 2012 r., M. Topolewska, *Kiedy gmina sprawdzi opiekuna otrzymującego świadczenie pielęgnacyjne*.

²³ Rzeczpospolita z 7 sierpnia 2012 r., *Z pielęgnacyjnego na rentę*.

²⁴ Dz.U. z 2012 r., poz. 637.

pretacji art. 16 ust. 3 ustawy o świadczeniach rodzinnych, zgodnie z którym osoba, która skończyła 16 lat i ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności może otrzymywać zasiłek pielęgnacyjny, tylko gdy niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 roku życia.

Zauważmy jeszcze, że – na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy o rehabilitacji – od 1 czerwca 2011 r. pracownik legitymujący się umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności nabywa prawo do pierwszego dodatkowego urlopu dopiero po przepracowaniu jednego roku po dniu zaliczenia go do jednego ze stopni niepełnosprawności.

Symboliczną – zarówno jeśli chodzi o wymowę, jak i wymiar materialny – tendencją w systemie dopłat dla osób niepełnosprawnych są środki dofinansowania z programu *Aktywny samorząd*²⁵. Jest on kierowany do osób w wieku aktywności zawodowej i niepełnosprawnych dzieci w celu ułatwienia im pracy i ograniczenia barier w dostępie do edukacji. Dofinansowanie dotyczy sprzętu specjalistycznego, m.in. zakupu i montażu oprzyrządowania do samochodu, elektrycznego wózka inwalidzkiego, urządzeń lektorskich i brajlowskich, specjalnej klawiatury, np. myszki poruszanej ustami, lupy powiększającej do monitorów oraz kursów komputerowych i na prawo jazdy, a także pobytu dzieci w przedszkolu i żłobku.

W większości przypadków ubiegający się o pomoc musi jednak partycypować w kosztach. 40 proc. kosztów, zwłaszcza przy drogim sprzęcie rehabilitacyjnym, muszą ponieść rodzice, na co ich nie zawsze stać.

Wspomnieć jeszcze należy o możliwości dofinansowania działań wykonywanych w ramach programu *Wczesna pomoc dziecku niepełnosprawnemu*, skierowanego do placówek, np. zakładów opieki zdrowotnej i organizacji pozarządowych, które mają ośrodki dysponujące warunkami do prowadzenia kompleksowej i ciągłej pomocy dla niepełnosprawnych dzieci oraz ich rodziców. Mogą oni otrzymać dotację przede wszystkim na rehabilitację (z wyjątkiem pomocy medycznej), np. na zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz materiałów pomocniczych i dydaktycznych, pokrycie kosztów eksploatacji pomieszczeń, w tym prace montażowo-konserwacyjne, i niezbędnych środków transportu, a także na zatrudnienie personelu, organizowanie i prowadzenie szkoleń przeznaczonych dla rodziców (opiekunów dziecka) i grup środowiskowego wsparcia. Wysokość dotacji to: iloczyn liczby dzieci objętych wczesną pomocą i kwoty 2,5 tys. zł, a warunki programu przewidują przygotowanie budżetu zadania i harmonogramu jego realizacji²⁶.

²⁵ Rzeczpospolita z 1 sierpnia 2012 r., K. Wójcik-Adamska, *Więcej dopłat dla niepełnosprawnych*.

²⁶ M.in. Rzeczpospolita z 29 maja 2012 r., J. Ówiek, *Zasiłki dla garstki dzieci. W budżecie nie ma dla nich pieniędzy*; Dziennik Gazeta Prawna z 22 maja 2012 r., M. Topolewska, *Rodzice niepełnosprawnych dzieci dostaną dodatkową pomoc*.

Cennymi inicjatywami są programy PFRON służące wprowadzeniu na rynek kilku tysięcy nowych biernych zawodowo, choć wykwalifikowanych, osób z ciężkimi niepełnosprawnościami, a także – we współpracy z Ochotniczymi Hufcami Pracy – absolwentów szkół niemogących uzyskać zatrudnienia w swoich miejscowościach.

Na skalę i różnorodność oraz wynikające z tego skutki regulacji prawnych odnoszących się bezpośrednio do osób niepełnosprawnych wskazują również niejednolite przepisy dotyczące parkowania w płatnej strefie. W tym przypadku sytuacja zależy wyłącznie od decyzji władz każdego miasta. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych²⁷ zarządca drogi jest zobowiązany do wyznaczenia miejsc parkingowych dla osób niepełnosprawnych. Są one wówczas zwolnione z opłat za parkowanie na podstawie posiadanej europejskiej karty parkingowej (tzw. niebieskiej). Oprócz tego rady gmin mogą ustanowić np., że w przypadku, gdy miejsce parkingowe dla osób niepełnosprawnych jest zajęte, możliwe jest bezpłatne parkowanie na zwykłym miejscu postojowym. Przedstawiony wyżej problem może wydawać się jednostkowy, ale ma swoją wagę.

Powyższy niepełny przegląd, ze względu na złożoność materii, wypada zakończyć uwagą, że samorządy otrzymują w bieżącym roku prawie miliard złotych, także w formie przekazanych powiatom części kompetencji PFRON na programy, takie jak np. Pegaz i Homer, na zakup drogiego oprogramowania brajlowskiego do komputerów, służącego wyrównywaniu szans między osobami i regionami oraz na rozpoczęcie działalności gospodarczej²⁸.

Zintegrowana polityka społeczna

Od pewnego czasu w europejskim słowniku ewolucyjnie zmieniającego się systemu zabezpieczenia społecznego istotne miejsce zajmuje pojęcie zintegrowanej polityki społecznej. Obejmuje ono następujące elementy: służby doradztwa społeczno-zawodowego, pomoc w przystosowaniu miejsc pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, szkolenia, niezbędną asystę i wsparcie w miejscu pracy, działania i regulacje prawne przeciwdziałające dyskryminacji i marginalizacji oraz ułatwiającej włączanie tych osób do rynku pracy.

W każdej z wymienionych dziedzin można zaobserwować tzw. perełki organicznej i społecznikowskiej pracy, choć wymowa i ogólny ogląd tej materii zmuszać powinny do poważnej i publicznej refleksji. Skłaniają ku temu następujące obserwacje.

Po pierwsze – niestabilność prawa i niedomagania w funkcjonowaniu systemu zatrudniania oraz wynika-

²⁷ Tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r. nr 19, poz. 115 z późn. zm.

²⁸ Dziennik Gazeta Prawna z 7 maja 2012 r., *Pensje na kontach bankowych zdecydują o dopłacie z PFRON* – rozmowa Michałiny Topolewskiej z Wojciechem Skibą, prezesem PFRON.

jąca z tego konieczność powołania wyspecjalizowanej agencji publicznej, niezależnej od powiatowych urzędów pracy, do pośrednictwa pracy i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych. Wiąże się z tym podkreślany często brak odpowiednich kadr do prowadzenia naboru – pracowników profesjonalnie przygotowanych do rozmów z kandydatami reprezentującymi różne rodzaje niepełnosprawności.

Po drugie – wraz z wprowadzeniem jednolitej powszechnej składki na PFRON stworzenie systemu dotacji podmiotowych dla osób niepełnosprawnych, które byłyby wypłacane na rzecz zatrudniającego te osoby pracodawcy, niezależnie od liczby takich zatrudnionych w firmie. Zgodna z ideą wyrażoną hasłem, że „pieniądze powinny iść za osobą niepełnosprawną” podmiotowa reorientacja systemu oznacza, że wsparcia i dofinansowania wymaga nie miejsce pracy, ale sama praca, rozumiana jako zawód i zdolność do wykonywania pracy. Współbrzmie z takim zamiarem stwierdzenie posła Sławomira Piechoty, przewodniczącego sejmowej komisji polityki społecznej i rodziny, że cały czas „(...) *spotykamy się z zarzutami, że dotychczasowa pomoc nie jest kierowana bezpośrednio do niepełnosprawnego pracownika, ale trafia do firmy, która traktuje ją jako element gry rynkowej, pozwalającej na obniżenie ceny oferowanej usługi lub produktu*”.

Po trzecie – radykalna poprawa jakości i dostępu informacji o problemach osób niepełnosprawnych; o ich sprawach nie są wystarczająco informowane władze lokalne. Poza tym opracowywanie poradników i przewodników, doradztwo i prowadzenie platform wymiany informacji na ten temat nie są traktowane jako typowe zadanie administracji publicznej. Badania socjologiczne wskazują, że ponad 80 proc. zainteresowanych podjęciem pracy zgłasza się do pracodawcy samodzielnie, w dalszej zaś kolejności – za pośrednictwem znajomych i urzędów pracy. Systemową wręcz słabością w tym względzie jest brak bazy danych o osobach niepełnosprawnych poszukujących pracy – około 60 proc. potencjalnych pracodawców nie ma dostępu do takich danych, w tym do informacji o warunkach zatrudnienia.

Po czwarte – czas najwyższy na odważniejsze kreowanie koncepcji zatrudnienia wspomaganego, rozumianego jako praca wykonywana przez osobę niepełnosprawną za normalne wynagrodzenie, ale przy wsparciu wykwalifikowanego trenera. Podkreślam – trenera, czyli osobę z zewnątrz, która wyszukuje oferty pracy odpowiadające możliwościom i kwalifikacjom osoby niepełnosprawnej. Po uzyskaniu akceptacji pracodawcy trener rozpoczyna wdrażanie swojego podopiecznego do pracy, przy czym czynności te obejmują przygotowanie zespołu na przyjęcie nowego pracownika, poznanie zadań na danym stanowisku pracy, przyuczenie do niego osoby niepełnosprawnej, monitoring wykonywania przez nią obowiązków aż do usamodzielnienia się, późniejszą pomoc i wsparcie w przypadku problemów. Powyższe praktyki są

powszechnie i z powodzeniem stosowane w innych krajach, zwłaszcza w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych. Należy jednak zauważyć i docenić, że występują przykłady ich stosowania również w Polsce. W 2008 r. we Wrocławiu wdrożono program *Trener* dotyczący osób niepełnosprawnych intelektualnie w odniesieniu do otwartego rynku pracy oraz podobną inicjatywę, obejmującą ponad 450 osób, podjęto w sieci handlowej Carrefour²⁹.

Po piąte – konieczny jest rzeczywisty i procesowy, a nie akcyjny, kompleksowy przegląd całokształtu uwarunkowań prawnych, finansowych i proceduralnych niezbędnych do aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Jest to istotne z wielu powodów. Przede wszystkim ze względu na żywotność stereotypów i postaw dyskryminujących takie osoby, tj. definiujących, naznaczających i przesądzających jednoznacznie, kim jest osoba niepełnosprawna, jakim jest pracownikiem i jakie są konsekwencje jej zatrudnienia. Dotyczą one najczęściej określonego rodzaju niepełnosprawności i polegają na upowszechnianiu trwałych opinii, że są to osoby niewidome, upośledzone umysłowo, chore psychicznie, głuche i poruszające się na wózku. Wprawdzie doświadczenie i wiedza nabywana w wyniku zatrudniania osób niepełnosprawnych redukuje owe obawy i powoduje, że wyżej – w porównaniu do innych pracowników – ocenia się ich lojalność, staranność i pracowitość. Jednak, co trzeba podkreślić, stereotypy nadal wpływają na utrzymywanie się szkodliwych społecznie przekonań o niższych kwalifikacjach, mniejszej wydajności, roszczeniowości, dyspozycyjności, absencji chorobowej i niesamodzielnosci osób niepełnosprawnych.

Równie ważną przyczyną systemowego podejścia w tej kwestii, co w istocie oznacza uchwalenie nowej ustawy rehabilitacyjnej, jest – zdaniem Jarosława Dudy, pełnomocnika rządu ds. osób niepełnosprawnych – konieczność indywidualizacji wsparcia dla osób niepełnosprawnych w zależności od ich konkretnych potrzeb. W rzeczywistości oznaczałoby to zmianę obowiązującego dotychczas modelu wspierania rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych³⁰.

Po szóste – konieczne jest rozważenie stworzenia systemu kompleksowo regulującego prawa osób niepełnosprawnych w Polsce. Warto zauważyć, że uprawnienia tej znaczącej części społeczeństwa są rozstrzygane w kilkudziesięciu aktach prawnych, w tym w co najmniej dziesięciu ustawach.

Odrębnym zagadnieniem jest zgodność ustawodawstwa krajowego z prawem unijnym. Przykładem kontrowersji w tym zakresie jest interwencja Polskiej Organizacji Pracodawców Osób Niepełnosprawnych w sprawie niezgodności projektowanej

²⁹ *Zatrudniając niepełnosprawnych*, pod redakcją B. Gąciarz i E. Giermanowskiej, Instytut Spraw Publicznych i ZUS, Warszawa 2009.

³⁰ *Dziennik Gazeta Prawna* z 30 lipca 2012 r., M. Topolewska, *Pracodawcy mniej płacą, a PFRON traci*.

ustawy deregulacyjnej, w części dotyczącej wymagań zawodu pracownika ochrony mienia i osób z ratyfikowaną przez parlament konwencją praw osób niepełnosprawnych. Zgodnie z projektem ustawy pracownikiem ochrony nie będzie mogła być osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności. Zmiana tego wymagania, według organizacji, ma charakter dyskryminujący, ponieważ uniemożliwia podjęcie zatrudnienia w charakterze kwalifikowanego pracownika ochrony.

Na marginesie niejako wspomnieć można o sporze prawnym, jaki powstał po wydaniu postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z 7 sierpnia 2009 r. w związku z brakiem w Kodeksie postępowania cywilnego przepisu umożliwiającego wznowienie postępowania sądowego na skutek stwierdzenia przez Europejski Trybunał Praw Człowieka naruszenia przez sąd Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

Po siódme – nadal niedostateczna jest wiedza społeczna o rzeczywistej sytuacji osób niepełnosprawnych. Nieobecny jest problem systemu wspierania budowy mieszkań dla tych osób, a PFRON nie ma na ten cel środków. Cenne jednak w tej dziedzinie są jednostkowe inicjatywy, np. w Stargardzie Szczecińskim, gdzie rodzina pokryła 1/3 całkowitych kosztów mieszkania. Rzadko mówi się o problemach rodzin, których członkami są osoby niepełnosprawne – o tym, że połowa osób niepełnosprawnych żyje w gospodarstwach jedno- lub dwuosobowych, że w najlepszym przypadku mają one jedną osobę do wsparcia oraz że rodzinę stanowią tylko osoby niepełnosprawne.

W świadomości społecznej, także za sprawą środków masowego przekazu, nie jest propagowana wiedza o aktywnej działalności organizacji społecznych, fundacji i zaangażowanych w tę pracę osób prywatnych. Niewiele wiadomo choćby o pogładach Stowarzyszenia na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych w sprawie przygotowania polskiego systemu ochrony zdrowia do ich pielęgnowania, zważywszy oczywistą prawdę o powikłaniach towarzyszących niepełnosprawności, tym bardziej, że system opieki długoterminowej nie jest ukierunkowany na tę grupę osób, że bardzo często jakkolwiek oddział jest zamieniany na zakład opieki długoterminowej, który nie ma wiedzy o tym, jak pielęgnować osobę unieruchomioną, niewidomą lub niemówiącą, że model opieki długoterminowej wymaga konceptualizacji i koordynacji trzech ministerstw: zdrowia, pracy i edukacji oraz że, przede wszystkim, nie ma w naszym kraju wystarczającej liczby kadr pielęgnacyjnych, a w tym przypadku jest to szczególnie ważne. Są wprawdzie w Polsce profesjonalne ofiarne opiekunki społeczne, ale nie mają one opisanego etosu tego zawodu, czyli zadań, obowiązków i kompetencji. Dzieje się tak może dlatego, że model to standardy, procedury, metody, koszty, zakres świadczeń ze środków publicznych, PFRON

i system pomocy społecznej oraz związana z nimi infrastruktura formalna i wymogi biurokratyczne.

Podsumowanie

Reasumując, wielkim i stale aktualnym zadaniem jest prawdziwa, we wszystkich dziedzinach życia, społeczna i psychologiczna pozytywna reorientacja wszystkich ludzi wobec osób niepełnosprawnych w Polsce. O ile bowiem można, choć z ostrożnością, mówić o pozytywnych zmianach w zapewnianiu im równości praw, o tyle w rzeczywistości utrzymuje się wiele barier stale towarzyszących ich codziennemu życiu.

Zauważa i trafnie ujmuje to zjawisko Irena Wóycicka – podsekretarz stanu ds. społecznych w Kancelarii Prezydenta RP, stwierdzając: „(...) *Polskie ustawodawstwo w zasadzie daje podstawy do równości praw osób niepełnosprawnych z innymi obywatelami, jednak rzeczywistość skrzypi i w praktyce nie jest z tym najlepiej; choć mają one zapewnioną równość na poziomie prawa, to w praktyce nadal napotykać na wiele barier, które utrudniają lub uniemożliwiają im korzystanie z nich*”³¹.

O tym, jak wiele jest do zrobienia w tym wrażliwym obszarze życia społecznego, świadczą następujące aktualne przykłady dyskryminacji w naszym kraju.

Fakt 1. Władze administracyjno-samorządowe Krakowa oznajmiają, że nauczanie integracyjne (szkoły i klasy, w których razem uczą się dzieci niepełnosprawne i w pełni sprawne) nie spełnia zadań oraz poważnie rozważają rezygnację z tej koncepcji, czyli powrót do szkół specjalnych.

Fakt 2. Komornik, policja i straż pożarna wyważają drzwi mieszkania w kamienicy w centrum Warszawy i przeprowadzają – pomimo dramatycznych protestów i zabarykadowania się wielu ludzi – eksmisję, czyli egzekucję usunięcia z lokalu niepełnosprawnej kobiety i jej syna. A także, seria odmów przyznania dodatków mieszkaniowych osobom niepełnosprawnym i brzmienie ostatecznej interpretacji NSA jednego z przepisów ustawy z 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych: zwiększenie powierzchni normatywnej lokalu z tytułu niepełnosprawności przewidziane w ustawie nie przysługuje osobom mieszkającym samotnie.

I fakt 3. Znany polityk, tzw. gwiazda niektórych mediów, obraża publicznie niepełnosprawnych sportowców uczestniczących w olimpiadzie w Londynie, a po jej zakończeniu tylko jedna gazeta centralna informuje na pierwszej stronie o sukcesach polskich sportowców.

³¹ onet.wiadomości z 6 września 2012 r., I. Wóycicka, *Konwencja w sprawie osób niepełnosprawnych to punkt zwrotny i wyzwanie*.

Edward Przychodaj



■ **11-14 września** w Sopocie odbyła się 6. Międzynarodowa Konferencja „Working on safety net” 2012 „Poprawa bezpieczeństwa poprzez zastosowanie zaawansowanych technologicznie rozwiązań” organizowana przez Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy.

Mimo że zapobieganie wypadkom i urazom w miejscu pracy jest przedmiotem uregulowań prawnych na poziomie międzynarodowym, krajowym i branżowym oraz jest nadzorowane przez wyspecjalizowane organy, a także stanowi istotne zadanie w aktywności przedsiębiorstw, to nadal pozostaje kwestią problemową. Zagadnieniom tym poświęcone było szóste spotkanie międzynarodowej sieci ekspertów „Working on safety net” skupiającej decydentów, reprezentantów środowisk naukowych oraz praktyków z dziedziny bezpieczeństwa. Spotkanie miało na celu stworzenie przestrzeni wymiany informacji i doświadczeń pomiędzy krajami w celu zwiększenia efektywności zapobiegania wypadkom i urazom, a w szczególności prezentację koncepcji wykorzystujących najnowsze i najbardziej zaawansowane rozwiązania w tym zakresie. Zamierzeniem organizatorów była również popularyzacja innowacyjnych rozwiązań dotyczących zapobiegania wypadkom przy pracy, zwiększenie zainteresowania ich praktyczną aplikacją oraz wzmocnienie sieci kontaktów pomiędzy specjalistami z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy w aspekcie prewencji wypadkowej na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Program konferencji obejmował dwie grupy sesji. Podczas pierwszej miały miejsce wystąpienia plenarne ośmiu wybitnych specjalistów z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy. Tematyka prezentacji obejmowała zagadnienia zarządzania bezpieczeństwem pracy ze szczególnym uwzględnieniem sektorów wysokiego ryzyka, takich jak opieka zdrowotna oraz energia nuklearna, przyczyny poważnych wypadków przy pracy, badanie wypadków oraz innowacje w dziedzinie środków ochrony osobistej, promocję kultury bezpieczeństwa oraz zagadnienia związane z nowoczesną integracją systemów powiązań w ramach układu człowiek-materiał-maszyna zapewniających bezpieczeństwo złożonych systemów.

Podczas sesji równoległych swoje wystąpienia prezentowało około 100 uczestników, którzy omówili m.in.: zastosowanie zaawansowanych technologii na rzecz poprawy bezpieczeństwa, nowatorskie rozwiązania w obszarze ochrony osobistej, zarządzanie bezpieczeństwem pracy ze szczególnym uwzględnieniem regulacji, inspekcji oraz czynnika ludzkiego w poprawie bezpieczeństwa pracy, problematykę

związaną z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych oraz psychospołecznych aspektów bezpieczeństwa w miejscu pracy.

■ **14-15 września** Polskie Towarzystwo Rehabilitacji zorganizowało w Bydgoszczy XV Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe na temat „Rozwój metod diagnostyki i terapii funkcjonalnej wymogiem współczesnej rehabilitacji”. W skład komitetu honorowego sympozjum weszli m.in.: prezes Polskiej Akademii Nauk – prof. Michał Kleiber, rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – prof. Andrzej Tretyn, wojewoda kujawsko-pomorski – Ewa Mes, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – Zbigniew Derdziuk.

Sympozjum było kontynuacją wieloletniej tradycji organizowania konferencji o charakterze naukowo-szkoleniowym z zakresu rehabilitacji medycznej i fizjoterapii. W programie tegorocznej imprezy znalazło się siedem specjalistycznych sesji naukowych wraz z prezentacjami doświadczeń własnych uczestników i wykładami zaproszonej grupy specjalistów oraz sesje – plakatowa i Studenckich Kół Naukowych.

Tematyka spotkań plenarnych obejmowała prezentację zagadnień dotyczących m.in.: nowoczesnych metod rehabilitacji po urazach czaszkowo-mózgowych, rehabilitacji onkologicznej w nowotworach narządu ruchu, zastosowania systemów biomechanicznych 3D do oceny lokomocji pacjentów z dysfunkcjami kończyn dolnych, adaptowanej aktywności fizycznej.

Podczas sympozjum odbyły się warsztaty szkoleniowe z zakresu wybranych technik terapeutycznych tkanek miękkich w leczeniu dysfunkcji układu ruchu, z udziałem naukowców i trenerów INWA, poświęcone technice chodu i nordic walking. Przedmiotem zajęć praktycznych była ocena możliwości terapeutycznych i występujące ograniczenia, typowe błędy popełniane podczas stosowania technik, wskazania i przeciwwskazania do treningu chodu i nordic walking, zasady wybierania kijów, rodzaje rozgrzewek, metody oceny chodu i zasady jego elektronicznej analizy.

■ **20-21 września** w Warszawie odbyła się X Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Techniczna CLOTECH'2012 zorganizowana przez Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy wraz z Katedrą Odzieżownictwa i Tekstoniki Politechniki Łódzkiej oraz Katedrą Wzornictwa, Technologii Obuwia i Odzieży Politechniki Radomskiej.

Wspomniana impreza posiada wieloletnią tradycję i zdobyła już uznanie w środowisku naukowym

i technicznym poza granicami kraju. Odbywa się cyklicznie co dwa lata i jest ukierunkowana na popularyzację osiągnięć krajowych i zagranicznych ośrodków naukowych w zakresie najnowszych rozwiązań materiałowych i technologii wykorzystywanych w produkcji odzieży ochronnej, obuwia i rękawic. Tegoroczna edycja CLOTECH kierowana była do osób zajmujących się zagadnieniami związanymi z projektowaniem nowych rodzajów materiałów oraz odzieży zapewniającej wysoki poziom ochronny i spełniającej wymagania ergonomiczne.

Tematyka sesji naukowych była bardzo różnorodna i obejmowała popularyzację osiągnięć krajowych i zagranicznych ośrodków naukowych w zakresie m.in.: kierunków innowacji i modyfikacji odzieży ochronnej, obuwia oraz rękawic wynikających z rozwoju nowych technologii, a także nowych rodzajów zagrożeń na stanowiskach pracy, nowych materiałów tekstylnych i technologii produkcji odzieży ochronnej, obuwia, tekstyliów i odzieży inteligentnej, komfortu i ergonomii użytkowania odzieży, ekologii wyrobów tekstylnych i procesów wytwórczych, uwzględnienia potrzeb użytkowników w projektowaniu nowych wyrobów, stosowania najnowszych technik komputerowych w projektowaniu i konfekcjonowaniu odzieży, wymagań i potrzeb użytkowników dotyczących odzieży, rękawic, obuwia ochronnego i roboczego, marketingu i konkurencyjności wyrobów na rynku europejskim, normalizacji i certyfikacji wyrobów jako narzędzi wspomagających konkurencyjność wyrobów.

■ **28 września** w Łodzi odbyła się konferencja zatytułowana „Choroby układu krążenia i choroby metaboliczne a praca zawodowa”. Została ona zorganizowana w związku z realizacją przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra 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 i stworzonego z myślą o wybranych grupach zawodowych. 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 zapadnięcia na choroby układu krążenia, 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 adresowanych do określonych grup zawodowych.

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. Stawia to nasz kraj na jednym z pierwszych miejsc pod tym względem w Europie. Działania zapobiegające powstawaniu i rozprzestrzenianiu się chorób sercowo-naczyniowych w społeczeństwie są ciągle niewystarczająco skuteczne. Wynika to również z podejmowania działań profilaktycznych ukierunkowanych wyłącznie na klasyczne czynniki ryzyka chorób układu krążenia, takich jak: wysoki poziom cholesterolu, 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 chorób metabolicznych.

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.

Podsumowując konferencję podkreślono, że podejmując działania profilaktyczne dotyczące 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” podkreślają, że uwzględnienie wpływu zawodowych czynników na ryzyko powstawania chorób układu sercowo-naczyniowego może stanowić przełom w zapobieganiu tym chorobom.

Irena Sajkowska

Departament Prewencji i Rehabilitacji



Uzdrowisko Świeradów-Czerniawa – Zakład Radoczyński.

Fot.: K. Dziągiewska

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. 22 667-10-23 (lub sekretariat: 22 667-10-15)

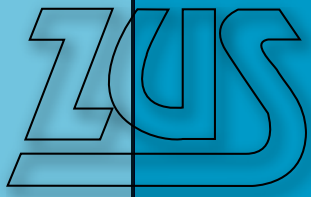
Opracowanie redakcyjne tekstów:

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 3394/12

The image features a stylized logo for 'ZUS' in a bold, outlined font. The letters are white with a black outline and are positioned on a light blue vertical bar. The 'Z' and 'U' are connected, and the 'S' is a simple, rounded shape. The entire logo is set against a solid blue background.

ZUS