

O multidyscyplinarną perspektywę wobec przewlekłych chorób reumatycznych

A multidisciplinary approach towards chronic rheumatic diseases

Jolanta Grygielska, Bożena Moskalewicz

Zakład Promocji Zdrowia i Epidemiologii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, kierownik Zakładu dr n. hum. Bożena Moskalewicz, dyrektor Instytutu prof. dr hab. med. Sławomir Maśliński

Słowa kluczowe: praca, rehabilitacja, ICF, leczenie, multidyscyplinarna perspektywa, Dekada Kości i Stawów, Światowy Dzień Reumatyzmu.

Key words: work, rehabilitation, ICF, treatment, multidisciplinary perspective, Bone and Joint Decade, World Arthritis Day.

Streszczenie

Ocena odległych rezultatów leczenia przewlekłych chorób stawów piętrzy trudności zarówno przed specjalistą reumatologiem, jak i przed szeroko rozumianą dziedziną reumatologii. Z pomocą mogą przyjść kategorie pojęciowe i badawcze zdrowia publicznego, ekonomiki zdrowia, socjologii zdrowia i polityki zdrowotnej. W artykule przedstawiono światowe próby kompleksowego podejścia do możliwości powrotu chorego do aktywności zawodowej. Polska bierze udział w tych pracach. W kraju dokonuje się adaptacji założeń badawczych do naszych warunków. Praca zawodowa chorych była wiodącą tematyką sesji poświęconej Światowemu Dniu Reumatyzmu podczas I Krajowych Spotkań Reumatologicznych, które odbyły się 8–10 października 2009 r. w Łodzi. Niniejszy artykuł stanowi podsumowanie sesji i poszerzenie tej tematyki.

Summary

Evaluation of long-term effects of treatment of chronic joint diseases presents difficulties for rheumatologists and for the field of rheumatology in general. Notional and research categories of public health, health economics, sociology of health and health policy can help in this task. In this article worldwide attempts at a comprehensive approach towards the possibilities of return of rheumatic persons to occupational activity are presented. Poland is participating in these studies; the research assumptions are being adapted to conditions in this country. Rheumatic people workforce was a leading subject matter at the session devoted to World Arthritis Day during the First National Rheumatological Meeting organized in Lodz on 8–10 October 2009. This article constitutes a summary of this session, expanding on this subject.

*Myszę, że ja, niepełnosprawny,
mam takie samo prawo do życia jak każdy inny człowiek,
i do życia takiego, jakie mają zdrowi ludzie.*

Artur Kiliszek, 25 lat
Gazeta Wyborcza, 22–23 lutego 1997 r., z cyklu „Wasz świat – nasz świat”

Adres do korespondencji:

mgr Jolanta Grygielska, Zakład Promocji Zdrowia i Epidemiologii Chorób Reumatycznych, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, tel. +48 22 844 66 33

Praca wpłynęła: 19.03.2010 r.

Wstęp

Trzeba nam poszerzenia perspektywy z klinicznej na ogład społeczny, wprowadzenia reumatologii między dotychczasowe priorytety zdrowotne, uznania, że przewlekle chory jest ekspertem w swojej chorobie. Tendencja do przyjmowania zróżnicowanych punktów widzenia jest coraz lepiej widoczna – na konferencjach, sesjach i seminariach ściśle reumatologicznych, zebraniach z przedstawicielami parlamentu, w sformułowaniach kończącej się Dekady Kości i Stawów i w obowiązującym od 2007 r. Narodowym Programie Zdrowia.

Pierwsze Krajowe Spotkania Reumatologiczne odbyły się w październiku 2009 r. Tak więc, 12 października

obchodzony przez wspólnotę międzynarodową jako Światowy Dzień Reumatyzmu (*World Arthritis Day*) dobrze korespondował z odbywającym się w Łodzi zjazdem. Specjalna sesja WAD była poświęcona tematyce pracy zawodowej osób cierpiących z powodu dolegliwości reumatycznych.

Podczas otwarcia „Spotkań” podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, Adam Fronczak, zwrócił uwagę na obecność osób przewlekle chorych na rynku pracy. Przytoczmy treść tego wystąpienia *in extenso* dla możliwości własnej refleksji P.T. Czytelników wobec problemów stojących przed współczesną opieką reumatologiczną.

„I KRAJOWE SPOTKANIA REUMATOLOGICZNE” Łódź, 8 października 2009 r., godz. 19.30

Szanowny Panie Prezesie,

Szanowni Państwo,

serdecznie witam i pozdrawiam wszystkich Państwa na I Krajowych Spotkaniach Reumatologicznych.

To dla mnie zaszczyt, że mam dzisiaj możliwość zabrania głosu podczas tego spotkania. Pragnę pogratulować i podziękować Państwu – w szczególności Zarządowi Głównemu Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i Oddziałowi Łódzkiemu – za organizację Pierwszych Krajowych Spotkań Reumatologicznych.

Wydarzenie to wpisuje się w obchody Światowego Dnia Chorób Reumatycznych. Mam nadzieję, iż dzisiaj, tak ważne dla środowiska spotkanie naukowe, stanie się cyklicznym forum wymiany wiedzy i doświadczeń na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa w dziedzinie reumatologii.

Wczesne diagnozowanie – zgodne z założeniami Narodowego Programu Zdrowia – stanowi kluczowy etap procesu kontrolowania tej groźnej choroby.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest piątą przyczyną zgonów (po chorobach układu krążenia, nowotworowych, przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc) i najczęstszą przyczyną inwalidztwa w krajach europejskich.

Wagę problemu chorób reumatycznych podejmuje od szeregu lat Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), ustanawiając w 2000 roku „Dekadę Kości i Stawów” na lata 2000–2010.

Ministerstwo Zdrowia, wpisując się w założenia polityki WHO, zamieściło – uchwalając Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 jako jeden z celów strategicznych – cel szczegółowy, pn. „Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”.

Według statystyk ok. 9 mln Polaków zapada na choroby reumatyczne, tj. 19% polskiej populacji.

Liczba ta obejmuje zarówno dorosłych, jak i dzieci. Ponad 80% chorych na reumatoidalne zapalenie stawów jest niepełnosprawnych. Tylko 14% pracuje zawodowo, 84% stale korzysta z pomocy rodziny, a 1,8% z pomocy społecznej. Zwolnienia z powodu chorób reumatycznych stanowią 11% wszystkich nieobecności w pracy i 18% wszystkich hospitalizacji. Choroby reumatyczne to także 20% przyczyn orzekania o niezdolności do pracy i druga, po chorobach sercowo-naczyniowych, przyczyna pierwszorazowych rent inwalidzkich.

Koszty leczenia pacjentów stanowią znaczące obciążenie dla budżetu państwa – rocznie pochłaniają one 2% PKB.

Przytoczone liczby wskazują na ogromną aktualność problemu chorób reumatycznych dla stanu zdrowotności polskich obywateli.

Program tegorocznego Spotkania ukazuje wielostronne i szczegółowe podejście do problematyki schorzeń reumatycznych. Biorąc pod uwagę udział wielu znakomitych specjalistów, mam nadzieję, iż Spotkanie to dostarczy wielu konstruktywnych wniosków oraz interesujących doniesień.

Życzę Państwu owocnych obrad, twórczych dyskusji, a Organizatorom Symposiumu satysfakcji z udanego przedsięwzięcia.

Dziękuję za uwagę.

Perspektywa gospodarcza

W istocie wagę problemu chorób reumatycznych dobrze oddaje Dekada Kości i Stawów, wskazując na obciążenia ekonomiczne generowane przez tę grupę chorób [1, 2].

Zdolność do zatrudnienia, prezentowana w kategoriach statystycznych, wykracza jednak poza myślenie ekonomiczne.

Zdrowie fizyczne, sprawność funkcjonalna to domena medycyny naprawczej i rehabilitacyjnej. Motywacja psychologiczna i związki społeczne, osobiste i szersze to już dziedzina nauk o zachowaniu. Wchodzenie na rynek pracy, ponowne zatrudnienie to nie tylko działalność orzeczników, ale też dobrze rozumiana edukacja i promocja zdrowia.

Rozumiejąc znaczenie pracy dla chorych reumatycznych oraz społeczną i ekonomiczną wartość pracy tych chorych w krajach europejskich, hasłem Światowego Dnia Reumatyzmu, przypadającego co roku 12 października, na lata 2009 i 2010 jest: „Pracujmy razem!” („*Let's work together!*”). Europejska Liga Walki z Reumatyzmem (EULAR) zaproponowała ten temat jako element kampanii mającej na celu utrzymanie chorych reumatycznych na rynku pracy, a przez to uniknięcie ich marginalizacji społecznej.

Ważne jest dostrzeżenie wielu aspektów związanych z zatrudnieniem chorych reumatycznych, a mianowicie tego, że:

- koszty chorób reumatycznych stanowią poważne obciążenie dla społeczeństwa, szczególnie tzw. koszty pośrednie, wiążące się z utratą aktywności zawodowej,
- przedsiębiorstwa tracą potencjał dobrze wykwalifikowanych pracowników przez niedostosowanie miejsc pracy do potrzeb osób chorych na choroby reumatyczne,
- umożliwienie pracy osobom chorym na choroby reumatyczne przez adaptację środowiska pracy przynosi społeczeństwu wymierną korzyść ekonomiczną,
- umożliwienie pracy osobom chorym na choroby reumatyczne podnosi ich jakość życia i dobrostan na wyższy poziom, co jest równoznaczne z prowadzeniem normalnego niezależnego od innych życia.

W marcu 2009 r. w Brukseli przy udziale przedstawicieli Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej została przyjęta „Europejska Karta prawa do zatrudnienia osób chorych na choroby reumatyczne” („*Charter for Work for People with Rheumatic Diseases in Europe*”). Tłumaczenie karty zostało zamieszczone na kolejnej stronie. Karta ta przedstawia wagę problemu chorób reumatycznych oraz rolę poszczególnych grup w tworzeniu warunków zatrudnienia chorych reumatycznych – w karcie określa się znaczącą rolę polityków, pracodawców i profesjonalistów zdrowia.

Rola pracy w życiu chorych

Aby właściwie rozpoznać potrzeby chorych reumatycznych związane z pracą, zwłaszcza zawodową, należy postawić pytanie, jak ważna jest praca dla chorych reumatycznych i jakie warunki trzeba spełnić, aby chory mógł pracować.

Próba znalezienia odpowiedzi na to pytanie było przeprowadzenie ankiety internetowej przygotowanej przez Stały Komitet EULAR dla PARE (Ludzie z Chorobami Reumatycznymi w Europie), skierowanej do: samych chorych, pracodawców i profesjonalistów zdrowia. Jedynie współpraca tych grup daje szansę na utrzymanie chorych reumatycznych w pracy lub ich powrót do aktywności zawodowej. Dlatego też wiedza na tematy związane z pracą jest nieocenionym źródłem informacji ułatwiających współpracę pomiędzy chorym, pracodawcą i zespołem leczącym chorego na przewlekłą chorobę. Badanie ankietowe zostało uruchomione w czerwcu 2009 r. w czasie corocznego kongresu EULAR, a wyniki zebrane do października 2009 r. zostały zaprezentowane na jesiennej konferencji EULAR PARE [3]. Zebrano łącznie ponad 3600 odpowiedzi z 78 krajów; 77% respondentów stanowili chorzy, 6% – pracodawcy, a 17% – profesjonalści zdrowia, w tym lekarze.

Chorzy a praca

Z odpowiadających chorych 66% było zatrudnionych na etacie (w pełnym lub niepełnym wymiarze), 6% prowadziło własną działalność gospodarczą, a 28% nie pracowało (w tej grupie znaleźli się emeryci, renciści, studenci i bezrobotni).

Dla respondentów praca była ważna: dla 64% z powodów finansowych, 54% dawała poczucie własnej wartości, 40% osób pracowało z powodów środowiskowych, 35% praca dawała niezależność (ryc. 1).

Trudności ze znalezieniem pracy związane z chorobą zgłaszało 45% respondentów, 54% przeżywało stres związany z dyskryminacją, a 29% doświadczyło dyskryminacji; 21% przyznało się do utraty dotychczasowej pozycji zawodowej w wyniku powiadomienia środowiska o chorobie, natomiast 23% nie doświadczyło żadnego wsparcia ze strony pracodawcy.

Co jest ważne dla chorych reumatycznych? Dla 50% ważne jest wsparcie i zrozumienie pracodawcy i współpracowników, dla 46% – ruchomy czas pracy, 30% potrzebuje dostosowania stanowiska pracy, 27% uważa za dobre rozwiązanie możliwość pracy w domu, 19% wymaga adaptacji technologii, a dla 18% barierą są niedostępne budynki. Wśród badanych co trzeci respondent ma dostosowane miejsce pracy do swoich potrzeb (ryc. 2).

EUROPEJSKA KARTA prawa do zatrudnienia osób chorych na choroby reumatyczne¹

Ponad 100 milionów mieszkańców Europy – niezależnie od wieku i kraju zamieszkania – choruje na choroby reumatyczne, obejmujące ponad 200 schorzeń układu ruchu.

Choroby reumatyczne mają znaczny negatywny wpływ na zdolność do pracy.

Praca w rozumieniu niniejszego dokumentu to praca zarobkowa lub praca podejmowana na potrzeby rodziny albo praca niezarobkowa (wolontariat). Osoby chore na choroby reumatyczne, korzystające ze swego prawa do pracy, w pełni uczestniczą w życiu społecznym. Deklaracja Praw Człowieka stanowi, że każdy ma prawo do pracy.

Wytyczne dotyczące zatrudnienia na terenie Europy stanowią podstawy prawne przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na religię lub przekonania, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. Na tych zasadach opiera się Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych. We wszystkich krajach powinno się bezwzględnie stosować aktualnie obowiązujące przepisy, które gwarantują uprawnienia ponad 100 milionów Europejczyków. Zatrudnienie i możliwość pracy ma istotne znaczenie dla chorych z chorobami reumatycznymi i ich rodzin – zarówno dla budżetów rodzinnych, jak i jakości życia oraz ich dobrostanu.

Koszty bezpośrednie oraz pośrednie opieki zdrowotnej i społecznej ograniczone tylko do osób chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) wyniosły **45 mln euro** w skali Europy. Udowodniono, że umożliwienie pracy osobom z chorobami reumatycznymi, włączenie ich w rynek pracy, daje znaczące ekonomiczne korzyści całemu społeczeństwu. Niniejsza Karta wskazuje na istotną rolę polityków, przedsiębiorców, zespołów leczących i decydentów w tworzeniu przepisów pozwalających włączyć osoby z chorobami reumatycznymi w środowisko pracy. Zbiorowy głos osób chorych na choroby reumatyczne powinien być wyrażany przez reprezentujące ich stowarzyszenia i uwzględniany we wszystkich dotyczących ich decyzjach.

Skupienie uwagi i świadomości

Niniejsza Karta wzywa do zrozumienia i zwiększenia zainteresowania opinii publicznej problemem chorób reumatycznych. Domaga się uznania dla wiedzy, umiejętności i doświadczenia, którymi osoby ze schorzeniami reumatycznymi zasilają rynek pracy i dają korzyści szerszemu społeczeństwu. Dla tych osób muszą zwiększyć się szanse i możliwości wyboru pracy. Zróżnicowane godziny pracy i twórcze propozycje zatrudnienia odegrają pozytywną rolę tak w rozszerzaniu zakresu pracy zarobkowej, jak i społecznej.

Uprawomocnienie dostępu do pracy przez polityków

Niniejsza Karta wzywa polityków do tworzenia i promowania zasad prawnych wymagających od pracodawców i planistów tworzenia środowiska pracy dostępnego dla osób chorych na choroby reumatyczne i miejsc pracy, do których chory może bez trudu dotrzeć i łatwo je opuścić.

Równocześnie trzeba zapewnić właściwe technologie, działania informacyjne, szkolenie i wsparcie pozwalające pracować osobie przewlekle chorej. Dobre warunki pracy powinny oznaczać również korzystne regulacje podatkowe dla pracownika i pracodawcy, możliwość pracy na części etatu, dzielenie zadań i promocję elastycznych godzin pracy. Przyniesie to korzyści całemu społeczeństwu.

Tworzenie przyjaznego i dostosowującego się środowiska pracy przez pracodawców

Niniejsza Karta wzywa pracodawców do aktywnego tworzenia przyjaznego środowiska pracy, gdzie osoby chore na choroby reumatyczne nie doznają dyskryminacji, a także nie obawiają się przedstawić swojej sytuacji pracodawcy lub współpracownikom. Pracodawcy również powinni być aktywni w tworzeniu odpowiednich warunków pracy, dostępnych miejsc pracy z zastosowaniem właściwych rozwiązań technicznych, aby zagwarantować osobom z chorobami reumatycznymi możliwość pełnego udziału w produktywności i osiągnięciu korzyści przedsiębiorstwa.

Wsparcie ze strony opieki medycznej

Niniejsza Karta wzywa osoby sprawujące opiekę medyczną nad pacjentami do zajęcia się bardziej możliwościami, jakimi dysponuje chora osoba, niż tym, czego nie może wykonać, oraz do wspierania jej w poszukiwaniu pracy lub dążeniu do utrzymania zatrudnienia. Osiągnięcia w tej dziedzinie powinny być uznawane za uprawnione kryteria poprawy klinicznej. Ponowne zatrudnienie lub utrzymanie się w pracy jest możliwe dzięki wczesnej diagnostyce, dostępowi do odpowiedniego leczenia i rehabilitacji oraz nieprzerwanej opiece medycznej.

¹tłum. B. Moskalewicz, w wersji polskiej tekst opublikowany w „Złoty Środek” nr 1/2009 (20); 10–11.

Pracodawcy

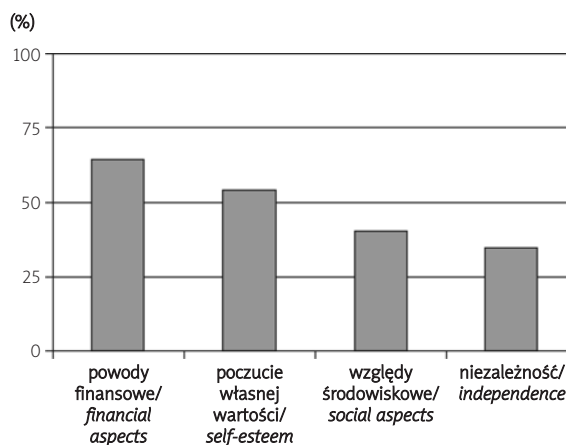
Pracodawcy – jako problemy związane z zatrudnieniem chorych reumatycznych – zgłaszali głównie: niezrozumienie choroby (46%) i niewystarczające wsparcie ze strony państwa (43%). Konieczność przystosowania pracy do potrzeb chorego dostrzegało łącznie 42% pracodawców: przystosowanie miejsca pracy – 13% przystosowanie zajęcia do możliwości chorego – 14%; dostosowanie obciążenia i godzin pracy – 15% (ryc. 3).

Aż 86% pracodawców uznało, że do zatrudnienia chorych reumatycznych zachęciłyby ich różnego rodzaju ulgi finansowe. Dla 50% ważne są zmiany w prawie, dla 43% współodpowiedzialność społeczna, 35% pracodawców zgłosiło potrzebę fachowej pomocy w opracowaniu polityki wewnętrznej w tym zakresie, a dla 34% zachętą byłyby nagrody dla pracodawców.

Profesjonaliści zdrowia

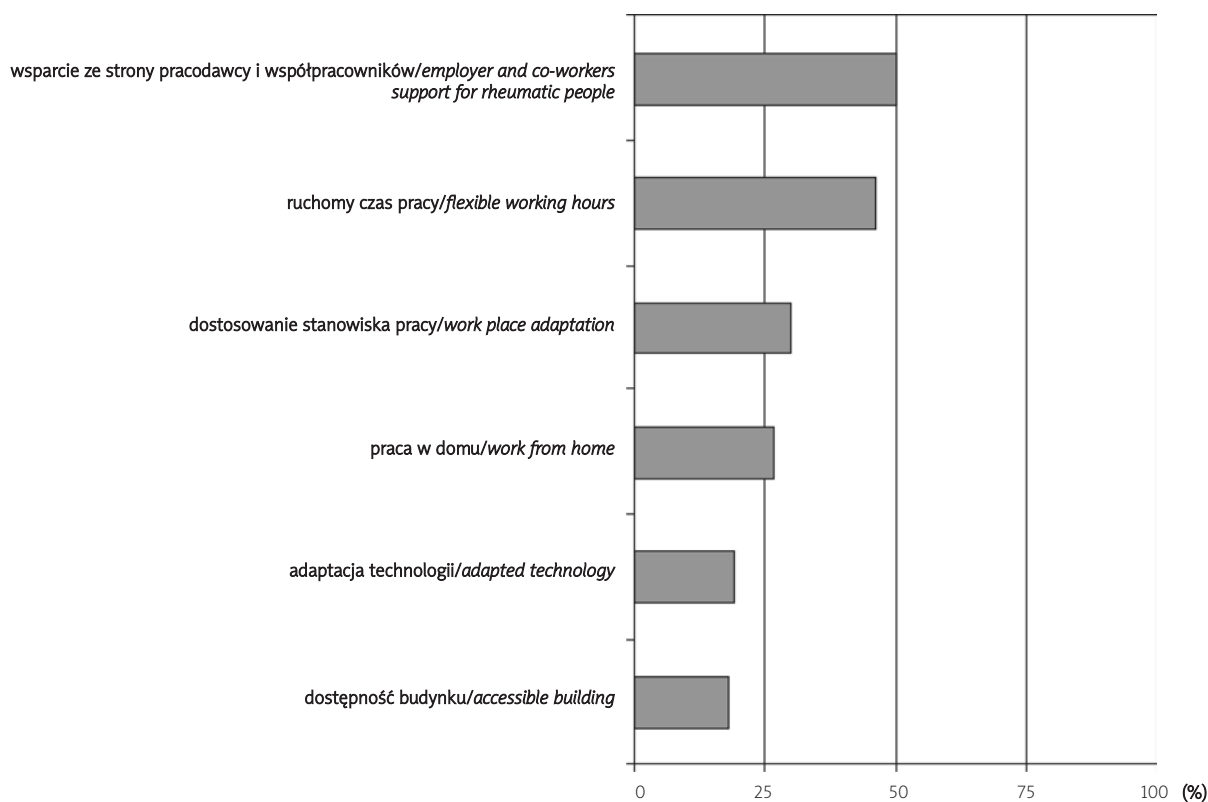
Zapytani o leczenie chorych reumatycznych profesjonalści zdrowia w 63% mogą zaoferować chorym dostęp do zespołu terapeutycznego oraz do programów rehabilitacyjnych. W 55% lekarze stosują „agresywne” leczenie w początkowym stadium choroby; 57% respon-

dentów uznaje, że są w stanie zapewnić skuteczne leczenie wszystkim pacjentom, 68% profesjonalistów zdrowia uważa, że mogą przedstawić chorym rozsądną strategię leczenia pozwalającą na dalszą aktywność



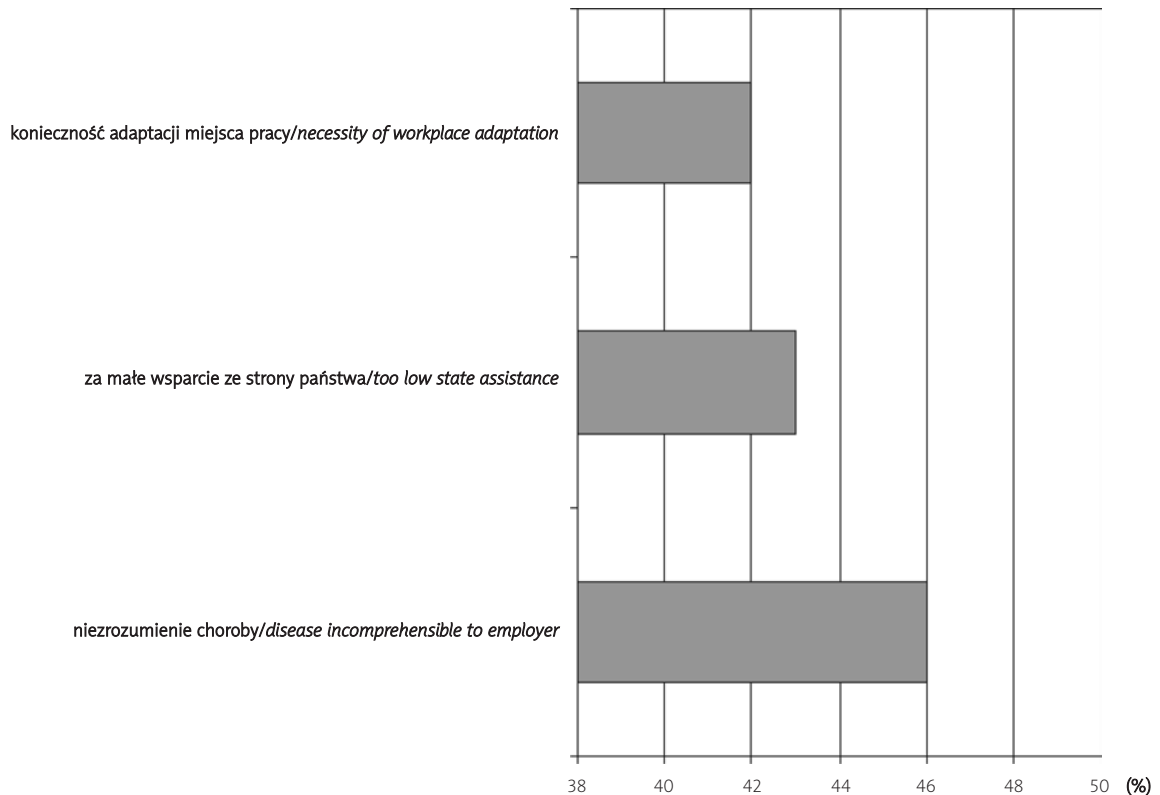
Ryc. 1. Dlaczego praca jest ważna dla chorych reumatycznych? (Wyniki badania internetowego).

Fig. 1. Why work is important for rheumatic people? (On-line survey results).



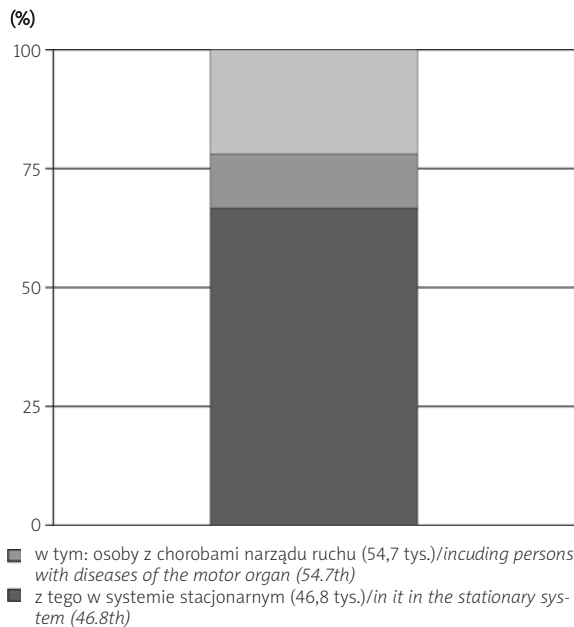
Ryc. 2. Czego potrzebują chorzy reumatyczni, aby pracować? (Wyniki badania internetowego).

Fig. 2. What need rheumatic people to work? (On-line survey results).



Ryc. 3. Najważniejsze przyczyny niezatrudniania chorych reumatycznych na świecie. (Wyniki badania internetowego).

Fig. 3. The most important reasons for not-employing of rheumatic people worldwide (On-line survey results).



Ryc. 4. Osoby korzystające ze świadczeń rehabilitacyjnych ZUS w Polsce w 2007 r. (70,4 tys.).

Fig. 4. Persons receiving rehabilitation benefits from Social Insurance Fund in Poland in 2007 (70.4th).

zawodową lub powrót do pracy w przypadku okresowej z niej rezygnacji.

Z otrzymanego leczenia jest zadowolonych 70% chorych.

Warto zaznaczyć, że na wynik badania internetowego może mieć wpływ kraj pochodzenia respondentów: 33,7% stanowili obywatele Holandii, 26,5% – Grecji, 23,6% – krajów skandynawskich (Norwegii, Danii i Szwecji).

Nowe spojrzenie na ocenę funkcjonowania chorego

Ważną rolę w ocenie możliwości pracy osoby chorej na schorzenie reumatyczne jest określenie jej funkcjonowania i stopnia niepełnosprawności. Służy do tego wykorzystywana od lat w krajach Europy Zachodniej Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) [4].

W ramach tej klasyfikacji ocenia się chorego pod względem struktury ciała, jego funkcji, czynności i uczestniczenia w życiu społecznym. Przy tej ocenie brane są również pod uwagę czynniki środowiskowe i osobiste. Wykorzystując tę klasyfikację, można ocenić,

w jakim stopniu choroba wpływa na normalność życia poprzez różne ograniczenia, a jednocześnie określić możliwości codziennej aktywności chorego (w tym zawodowej). Oczywiście najtrudniejsza jest ocena czynników środowiskowych i osobistych, ale coraz częściej zwraca się uwagę na ich rolę.

Oceniany aspekt jest odpowiednio kodowany. Każda grupa ocenianych czynników ma przypisaną literę, i tak:

- funkcje ciała – b,
- struktury ciała – s,
- aktywność i uczestniczenie – d,
- czynniki środowiskowe – e.

Do liter dodane są kilkucyfrowe kody numeryczne. Liczba cyfr w kodzie zależy od poziomu kategorii (np. b280 – czucie bólu, b2801 – ból umiejscowiony, b28013 – ból pleców).

Każda funkcja, struktura czy czynniki, zakodowane wg powyższego schematu, otrzymują wartość stanowiącą ocenę w zależności od poziomu problemu chorego w danej kategorii. I tak:

- brak problemu – tj. maksymalne ograniczenie sprawności 4%,
- nieznaczny problem – ograniczenia na poziomie 5–24%,
- umiarkowany problem – poziom ograniczeń 25–49%,
- znaczny problem – ograniczenia w 50–59%,
- skrajnie duży problem – w wymiarze 96–100%.

Poziom ograniczeń jest kodowany cyfrowo od 0 do 4, gdzie 0 oznacza brak problemu.

Wykorzystanie w ocenie stanu zdrowia i funkcjonowania chorych reumatycznych całej klasyfikacji ICF jest nierealne, zawiera ona bowiem 1424 kategorie do oceny.

W 2007 r. zespół specjalistów EULAR dokonał wyboru kategorii, które powinny posłużyć do oceny zdrowia pacjenta ze schorzeniem reumatycznym, ograniczając tę liczbę do 96 kategorii [5].

Wydaje się korzystne używanie klasyfikacji ICF do samooceny chorego. Pozwala to na świadome oszacowanie własnych możliwości, a także rozpoznanie przebiegu choroby przez oceniane zmiany w funkcjonowaniu. Do takiej oceny wystarczy około 30 kategorii, a więc zostają pominięte te, których ocena pozostaje w gestii lekarza prowadzącego lub specjalisty w zakresie rehabilitacji.

Obecnie upowszechnienie i wykorzystanie klasyfikacji ICF może budzić w Polsce obawy. Właściwa ocena funkcjonowania chorego za pomocą tej klasyfikacji wymaga dokładności i czasu. Pierwszorazowa ocena jest najbardziej pracochłonna.

Dotychczasowa praktyka stosowana w orzekaniu o niepełnosprawności opierała się bardziej na rozpoznaniu choroby niż możliwościach funkcjonowania chorego.

Część chorych ocenę według kategorii ICF może traktować jako zagrożenie dla świadczenia rentowego, ponieważ klasyfikacja ta kładzie nacisk bardziej na zdolność

wykonywania określonych czynności/pracy niż niezdolność.

Obawy te wynikają bardziej z braku wiedzy i doświadczenia na temat ICF niż jego nieprzydatności w orzekaniu o niepełnosprawności.

Świadczenie rehabilitacyjne

W przypadku konieczności rezygnacji z pracy zawodowej w okresie zaostrzenia choroby istnieje możliwość skorzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego, którego celem jest przywrócenie zdolności do pracy chorego po zaprzestaniu pobierania przez niego zasiłku chorobowego, jeżeli istnieją rokowania co do możliwości powrotu do pracy po upływie 12 miesięcy. O przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego decyduje lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

W celu oceny zasadności tego rodzaju świadczenia ZUS po raz kolejny w 2008 r. przeprowadził ankietę wśród 7 tys. z 70,4 tys. osób, które skorzystały z tego rodzaju rehabilitacji w roku poprzednim [6].

Rehabilitacja w ramach świadczenia ZUS odbywała się w 52 ośrodkach rehabilitacyjnych specjalizujących się w leczeniu dysfunkcji spowodowanych chorobami: narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, chorób psychosomatycznych.

W przypadku chorób narządu ruchu i chorób układu krążenia dostępna była również ambulatoryjna forma rehabilitacji leczniczej dla osób, które nie mogą skorzystać z rehabilitacji stacjonarnej poza miejscem zamieszkania.

Z ogólnej liczby 70,4 tys. osób objętych świadczeniem rehabilitacyjnym, 54,7 tys. osób poddano rehabilitacji leczniczej z powodu chorób narządu ruchu (77,6%), z czego: 46,8 tys. w systemie stacjonarnym (85,6%) (ryc. 4). W grupie osób z chorobami narządu ruchu 58,7% otrzymujących świadczenia stanowili mężczyźni.

W okresie 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji, z 70,4 tys. osób 21 tys. nie pobierało żadnych świadczeń, a 9,6 tys. pobierało zasiłek chorobowy nieprzekraczający 20 dni. Zgodnie z przyjętym w badaniu założeniem, w 43,6% rehabilitacja lecznicza uznana została za skuteczną.

W okresie 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji, 17,2 tys. osób pobierało renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy (tj. 91,2% pobieranych rent). Niezdolność do pracy w 52,8% wszystkich rent spowodowana była chorobami narządu ruchu.

Wnioski

Praca jest ważnym elementem życia chorego reumatycznego. Przedstawienie tej tematyki na sesji Krajowych Spotkań Reumatologicznych pozwoliło na przybliżenie jej profesjonalistom zdrowia. Inaczej bowiem patrzy się na chorego, biorąc pod uwagę jedynie choro-

bę, a inaczej postrzegając go w szerszym kontekście społecznym, m.in. poprzez pracę, z której, jeżeli chce, nie musi rezygnować. Łączy się to jednak z koniecznością dostosowania terapii, a szczególnie jej uciążliwości, do aktywności zawodowej chorego.

Wyniki ankiety internetowej podkreślają potrzebę umożliwienia chorym aktywności zawodowej, a jednocześnie przedstawiają trudności po stronie pracodawców chcących zatrudnić takie osoby. Już samo przyznanie się pracodawców do niezrozumienia choroby, a przez to do obawy przed zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej ze schorzeniem reumatycznym, daje szansę na zmianę tej sytuacji poprzez kampanię informacyjną na temat chorób reumatycznych.

Przystosowanie miejsca pracy do potrzeb chorych jest mniej kosztowne niż rezygnacja z ich aktywności zawodowej i przejście na świadczenia z ubezpieczenia społecznego (renty inwalidzkie, wcześniejsze emerytury). W przypadku części chorych takie rozwiązanie jest koniecznością. Praca w pełnym wymiarze, stałe godziny pracy, trudności z dotarciem do miejsca pracy i jednocześnie leczenie wymagające absencji chorobowej – eliminują chorego z zatrudnienia, mimo że przy innej organizacji pracy i leczenia mógłby on pozostać aktywny zawodowo.

Stworzenie i przyjęcie „Europejskiej Karty prawa do zatrudnienia osób chorych na choroby reumatyczne” daje szansę na świadome podejście polityków, pracodawców,

profesjonalistów zdrowia i samych chorych do obecności chorych reumatycznych na rynku pracy.

Należy podkreślić fakt, że dla każdego człowieka praca jest ważnym elementem życia, a w przypadku osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych jest częścią procesu terapeutycznego, dlatego też niezbędne jest multidyscyplinarne spojrzenie na choroby reumatyczne, aby jak najdłużej opóźnić moment rezygnacji chorego z dotychczasowych aktywności, szczególnie aktywności zawodowej i społecznej.

Piśmiennictwo

1. Moskalewicz B, Filipowicz-Sosnowska A, Szechiński J, Maśliński W. Choroby reumatyczne. W: Dekada Kości i Stawów 2000-2010. Rok Pierwszy. Epidemiologia, stan profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu kostno-stawowego w Polsce. Perspektywy na dziesięciolecie. Kruczyński J (red.). Kraków 2000.
2. European Action Towards Better Musculoskeletal Health, A Bone and Joint Decade Report 2005.
3. Batziou M. „2009 World Arthritis Day Let's Work Together survey and beyond”, materiały konferencyjne EULAR PARE Autumn Conference, Tallinn 2009.
4. International classification of functioning, disability and health: ICF; World Health Organization 2001.
5. Uhlig T, Lillemo S, Moe RH, et al. Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 1078-1084.
6. Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2007 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki, Warszawa 2009.