

OCENA ZDOLNOŚCI DO PODEJMOWANIA PRACY PO ZAKOŃCZENIU REHABILITACJI W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH U OSÓB Z CHOROBY PRZEWLEKŁYMI NARZĄDU RUCHU

AN ASSESSMENT OF WORK ABILITY AFTER THE COMPLETION OF REHABILITATION
AS PART OF DISABILITY PENSION PREVENTION OF THE SOCIAL INSURANCE INSTITUTION
AMONG PEOPLE WITH CHRONIC MUSCULOSKELETAL DISEASES

Grzegorz Przysada^{1,2}, Justyna Kilian¹, Agnieszka Wiśniowska-Szurlej¹, Bernard Sozański³, Paweł Piwoński¹,
Mariusz Drużbicki^{1,4}, Anna Wilmowska-Pietruszyńska¹, Agnieszka Ćwirlej-Sozańska¹

¹ Uniwersytet Rzeszowski / University of Rzeszow, Rzeszów, Poland
Wydział Medyczny, Instytut Fizjoterapii / Faculty of Medicine, Institute of Physiotherapy

² Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie / Saint Queen Jadwiga's Regional Clinical Hospital No. 2
in Rzeszow, Rzeszów, Poland
Oddział Rehabilitacji z Pododdziałem Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej / Department of Rehabilitation with the Sub-Department
of Early Neurological Rehabilitation

³ Uniwersytet Rzeszowski / University of Rzeszow, Rzeszów, Poland
Wydział Medyczny, Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych / Faculty of Medicine, Centre for Innovative Research
in Medical and Natural Science

⁴ Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie / Saint Queen Jadwiga's Regional Clinical Hospital No. 2
in Rzeszow, Rzeszów, Poland
Kliniczna Pracownia Fizjoterapii / Clinical Laboratory of Physiotherapy

STRESZCZENIE

Wstęp: Wzrastająca liczba osób pobierających świadczenia z tytułu niezdolności do pracy jest dużym obciążeniem budżetu państwa. W celu zmniejszenia skali tego zjawiska Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) realizuje program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej. **Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono na podstawie analizy dokumentacji medycznej 607 pacjentów rehabilitowanych w latach 2011–2013 w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie w ramach prewencji rentowej ZUS. Dokumentację medyczną stanowiła historia choroby i wyniki rekomendowanego przez ZUS *Testu funkcjonalnego*. Po 2 latach od zakończenia rehabilitacji (2013–2015) przeprowadzono telefoniczne badanie kontrolne dotyczące losów zawodowych rehabilitowanych pacjentów, w którym wzięło udział 118 osób. **Wyniki:** Analiza dokumentacji dotyczącej postępów usprawniania po zakończeniu leczenia z wykorzystaniem *Testu funkcjonalnego* wykazała, że we wszystkich grupach pacjentów, u których zostało przeprowadzone badanie końcowe, przeważały osoby, u których wystąpił ból powysiłkowy, z pełną wydolnością fizyczną, o nieznacznym ograniczeniu ruchomości, z pełną sprawnością w zakresie czynności dnia codziennego, prawidłową siłą mięśniową, zdolnościami lokomocyjnymi i prawidłową sprawnością psychospołeczną. Zdecydowana większość badanych otrzymała rekomendację pracy na przystosowanym stanowisku. Wykazano także, że w dwuletnim okresie obserwacji odsetek badanych aktywnych zawodowo zwiększył się z 56% do 61,02%. **Wnioski:** Na podstawie wyników *Testu funkcjonalnego* stwierdzono, że do najważniejszych obszarów warunkujących powrót do pracy należą sprawność psychospołeczna i poziom odczuwanych dolegliwości bólowych. Med. Pr. 2019;70(4):459–473

Słowa kluczowe: rehabilitacja, choroby przewlekłe, zatrudnienie, prewencja, niezdolność do pracy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych

ABSTRACT

Background: The increasing number of people receiving benefits due to incapacity for work is a heavy burden for the state budget. In order to reduce the scale of this phenomenon, the Social Insurance Institution (ZUS) carries out a rehabilitation program as part of disability pension prevention. **Material and Methods:** The study was based on the analysis of medical documentation of 607 patients rehabilitated at the Saint Queen Jadwiga's Regional Clinical Hospital No. 2 in Rzeszow, as part of the ZUS prevention of disability pension program in 2011–2013. Medical documentation included the medical history and results of the *Functional Test* recommended by ZUS. Two years after the completion of rehabilitation, a telephone check was conducted among 118 rehabilitated patients to assess their occupational status. **Results:** The analysis of the *Functional Test* documentation showed that in all groups of

patients included in the rehabilitation program, as well as those among whom the control was carried out, the majority were people with post-exercise pain, full physical fitness, slight mobility limitation, full efficiency in everyday activities, correct strength of muscles and moving abilities, as well as normal psychosocial efficiency. The vast majority of them received a recommendation regarding work in a properly-adjusted position. It was shown that in the 2-year observation period, the percentage of professionally active people increased from 56% to 61.02%. **Conclusions:** The most important factors determining the return to work include psychosocial efficiency and the level of pain. *Med Pr.* 2019;70(4):459–73

Key words: rehabilitation, chronic diseases, employment, prevention, incapacity for work, Social Insurance Institution

Autor do korespondencji / Corresponding author: Grzegorz Przysada, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, Oddział Rehabilitacji z Pododdziałem Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów, e-mail: g.przysada@interia.pl
Nadesłano: 2 października 2018, zatwierdzono: 4 lutego 2019

WSTĘP

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) na choroby przewlekłe cierpi 52% mieszkańców Polski [1]. Wzrost zachorowalności na schorzenia przewlekłe jest silnie powiązany z wiekiem [2]. W grupie osób do 30 r.ż. problemy te występują u co 4 osoby, natomiast w przedziale wiekowym 40–49 lat co najmniej 1 chorobę przewlekłą stwierdza się już u co 2 osoby. Odsetek cierpiących na choroby przewlekłe najszybciej wzrasta w grupie osób po 50 r.ż. (u 80% osób w tej grupie wiekowej stwierdza się co najmniej 1 schorzenie o charakterze długotrwałym) [1]. Liczba chorób przewlekłych wzrasta z wiekiem, a wraz z liczbą chorób przewlekłych zwiększa się liczba osób niepełnosprawnych [3].

Do głównych czynników wpływających na możliwość kontynuowania pracy zalicza się stan zdrowia. Według danych statystycznych wzrost odsetka osób niezdolnych do pracy zarobkowej spowodowany występowaniem chorób przewlekłych jest związany z wiekiem [4]. Niejednokrotnie długotrwałe pogorszenie stanu zdrowia skutkuje stwierdzeniem niezdolności do pracy i przyznaniem renty.

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w 2013 r. średni wiek osób otrzymujących orzeczenie o niezdolności do pracy wyniósł 51,3 roku, przy czym 51,6% osób, którym przyznano świadczenie rentowe, należało do grupy wiekowej 50–59 lat [5]. Do najczęstszych przyczyn orzekania o całkowitej niezdolności do pracy zalicza się przewlekłe choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego, a także zaburzenia psychiczne, urazy oraz zatrucia [4].

Według raportu Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy najczęstszym problemem zdrowotnym związanym z pracą są dolegliwości mięśniowo-szkieletowe. Jak wynika z tego raportu, 25% pracowników odczuwa dolegliwości bólowe w obrębie kręgosłupa.

Występowanie dolegliwości układu mięśniowego dotyczy natomiast 23% wszystkich osób aktywnych zawodowo. Problemy te występują najczęściej wśród pracowników w wieku 40–54 lat [6].

Wzrastająca liczba osób niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy i pobierających z tego tytułu świadczenia rentowe wymaga zwiększenia nakładów finansowych na ich realizację. W celu zmniejszenia skali tego zjawiska w wielu krajach systemy ubezpieczeń społecznych realizują wielowymiarowe działania prewencyjne, wśród których ważną rolę odgrywa rehabilitacja [7,8]. Według Kawwy i Barwickiej podejmowanie działań z zakresu prewencji rentowej ma również znaczenie ekonomiczne, ponieważ koszty ponoszone z tytułu przyznawanych świadczeń rentowych znacznie przewyższają nakłady finansowe na prewencję. Działania te wpisują się również w zakres podstawowych obowiązków lekarza, obejmujących zapobieganie chorobom i ich następstwom [8].

W Polsce rehabilitacja w ramach prewencji rentowej jest prowadzona od 1996 r. przez ZUS. Początkowo była skierowana jedynie do pacjentów z przewlekłymi chorobami narządu ruchu i układu krążenia. Obecnie działaniami tego typu są obejmowane również osoby z chorobami psychosomatycznymi, układu oddechowego, narządu głosu, a także pacjentki po leczeniu choroby nowotworowej gruczołu piersiowego. Wprowadzono także możliwość rehabilitacji w formie ambulatoryjnej pacjentów z chorobami narządu ruchu i układu krążenia, obejmującą monitoring telemedyczny [9].

Rehabilitacja w ramach prewencji rentowej jest prowadzona na podstawie założeń polskiej szkoły rehabilitacji. Podkreśla się konieczność jak najwcześniejszego podjęcia działań, dostępności programu dla wszystkich osób ubezpieczonych zagrożonych utratą zdolności do pracy, kompleksowego podejścia wykorzystują-

cego różne metody i techniki ukierunkowane na stan fizyczny oraz psychiczny pacjenta, realizowane przez zespół specjalistów z różnych dziedzin. Istotne znaczenie ma również ciągłość tego procesu, który jako jeden z elementów usprawniania skutkuje powrotem do aktywności zawodowej [10].

W celu obiektywizacji rezultatów ZUS określił wymogi dla placówek prowadzących programy rehabilitacji w ramach prewencji rentowej. Standardowy turnus rehabilitacyjny obejmuje cykl 24 dni, który może być skrócony lub wydłużony w zależności od stanu funkcjonalnego pacjenta i jego rokowania w aspekcie powrotu do pracy zarobkowej. Placówki realizujące program muszą być wyposażone w odpowiednią bazę i sprzęt, zatrudniać wysoko wykwalifikowanych specjalistów oraz funkcjonować według obowiązujących standardów kompleksowej rehabilitacji. W trakcie turnusu każda osoba uczestniczy w zabiegach kinezy i fizykoterapeutycznych, rehabilitacji psychologicznej, a także zajęciach z zakresu edukacji i promocji zdrowia oraz zdrowego żywienia [11]. Po zakończonym turnusie każdy pacjent otrzymuje kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie, opis realizowanego programu usprawniania, dane o aktualnym stanie zdrowia i wskazania do kontynuowania leczenia. Podczas orzekania o stopniu i trwałości niezdolności do pracy lekarz orzecznik / komisja lekarska ZUS ocenia stopnie upośledzenia sprawności organizmu oraz przywrócenia niezbędnej sprawności po przebytych leczeniu i rehabilitacji [11,12].

Według danych Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS w 2010 r. 82,1% osób bezpośrednio po ukończeniu programu rehabilitacji otrzymało opinię o zdolności do pracy. Na przestrzeni lat 1996–2010 odsetek ten wahał się od 79,36% w 1996 r. do 87,3% w 1997 r. [13]. W opinii ekspertów ZUS przeprowadzoną rehabilitację uważa się za skuteczną, jeśli w ciągu min. 12 miesięcy po zakończeniu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej pacjent nie korzystał z żadnych świadczeń lub jedynym świadczeniem był zasiłek chorobowy pobierany nie dłużej niż 20 dni [13]. Według danych Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS w 2014 r. odsetek osób niepobierających świadczeń przez 12 miesięcy po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego wynosił 42,9% [14]. Wyniki te sugerują zasadność podejmowanych działań, ponieważ odzyskanie zdolności do pracy ma znaczenie zarówno dla pozycji społeczno-ekonomicznej, jak i rodzinnej, co w konsekwencji może prowadzić do poprawy szeroko rozumianej jakości życia [8,13].

Celem pracy była ocena zdolności do podejmowania pracy po zakończeniu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS u osób z przewlekłymi chorobami narządu ruchu.

MATERIAŁ I METODY

Badana grupa

Ocenie poddano dokumentację medyczną 652 pacjentów w wieku 26–70 lat objętych w latach 2011–2013 w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie programem rehabilitacji ambulatoryjnej w ramach prewencji rentowej ZUS z powodu przewlekłych chorób neurologicznych, przewlekłych chorób reumatycznych, stanów pourazowych i pooperacyjnych z przyczyn ortopedycznych oraz zespołów bólowych kręgosłupa. Kryterium włączenia dokumentacji medycznej pacjenta do analizy było ukończenie 24-dniowego programu rehabilitacji realizowanego przez 6 dni w tygodniu w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie w ramach prewencji rentowej ZUS. Kryterium wyłączenia stanowiła niekompletna dokumentacja medyczna. Po uwzględnieniu kryteriów włączenia do analizy zakwalifikowano dokumentację medyczną 607 pacjentów. Do analizy odległych efektów rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS po przeprowadzaniu wywiadu telefonicznego do badań włączono 118 osób.

Procedura badania

Pierwszym etapem badania była retrospektywna ocena dokumentacji medycznej pacjentów, na podstawie której uzyskano podstawowe dane metrykalne i wyniki *Testu funkcjonalnego*. Test ten oceniał 8 aspektów funkcjonowania, do których zaliczono: siłę mięśniową, zakres ruchomości, dolegliwości bólowe, zdolności lokomocyjne, sprawność w codziennych czynnościach, wydolność fizyczną, a także sprawność psychospołeczną i przystosowanie zawodowe. W każdym aspekcie stan pacjenta określano na podstawie 4-stopniowej stali, w której 1 pkt oznaczał pełną sprawność i samodzielność, a 4 pkt oznaczały znaczne ograniczenia sprawności funkcjonalnej i wydolności fizycznej uniemożliwiające wykonywanie pracy zawodowej. Test wykonano jednokrotnie, bezpośrednio po zakończeniu programu rehabilitacji, co było zgodne z zaleceniami ZUS.

Po upływie 2 lat od zakończenia rehabilitacji (2013–2015) wykonano telefoniczne badanie kontrolne przeprowadzone przez odpowiednio przeszkolonych an-

kieterów. W wywiadzie uwzględniono następujące pytania: „Czy podjął Pan/i pracę bezpośrednio po zakończeniu rehabilitacji?”, „Czy obecnie pracuje Pan/i zarobkowo?”. Celem badania telefonicznego była ocena długoterminowych efektów przebytej rehabilitacji w odniesieniu do aktywności zawodowej badanych. Czasowy przebieg poszczególnych etapów badania przedstawiono na rycinie 1.

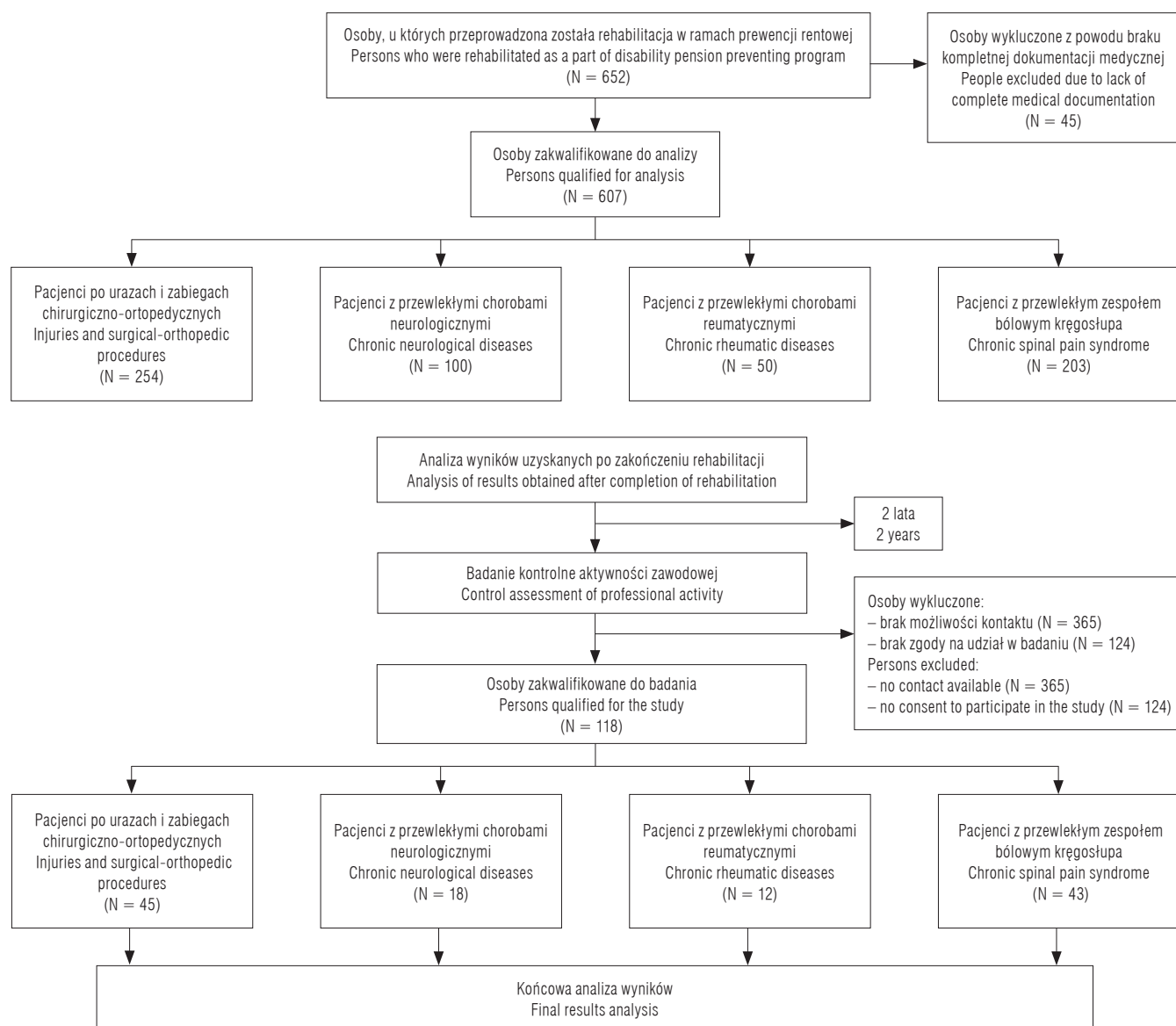
Analiza statystyczna

Analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica 13.1. Dla zmiennych jakościowych podano ilości i wskaźniki struktury. Dla zmien-

nych ilościowych wyznaczono natomiast podstawowe miary z zakresu statystyki opisowej.

WYNIKI

Analizą objęto dokumentację medyczną 259 kobiet i 348 mężczyzn (wiek: 26–70 lat, $M = 52,44$ roku, $SD = 9,84$). Mieszkańcy miast stanowili 82,37% badanej grupy, a wsi – 17,63%. Zdecydowana większość badanej grupy przed przyznaniem renty z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wykonywała pracę fizyczną (70,84%). W badanej grupie najwięcej osób pobierało świadczenie rehabilitacyjne (60,62%) i zasiłek



Rycina 1. Procedura przebiegu badania
Figure 1. A schedule of the study procedure

chorobowy (33,11%). Rentę otrzymywało 4,94% badanej grupy, natomiast 1,33% badanych nie pobierało żadnego świadczenia.

Najczęstszą przyczyną skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej był stan po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych (41,85%), a następnie zespół bólowy kręgosłupa (33,44%). Przewlekłe choroby neurologiczne stwierdzono u 16,47% badanej grupy. Najmniejszy odsetek (8,24%) stanowiły osoby cierpiące na przewlekłe choroby reumatyczne (tabela 1).

Przeprowadzona analiza dokumentacji medycznej dotyczącej poszczególnych składowych *Testu funkcjonalnego* wykazała, że w teście bólu po przeprowadzonej rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS we wszystkich analizowanych grupach przeważali pacjenci odczuwający ból powysiłkowy, przy czym ten odsetek był najwyższy w grupie pacjentów po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych (81,89%).

Na podstawie wyników uzyskanych w teście wydolności fizycznej stwierdzono, że we wszystkich grupach większość stanowili pacjenci, którzy po zakończeniu

programu rehabilitacji cechowali się pełną wydolnością fizyczną, przy czym najwięcej takich osób było w grupie pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa (91,63%).

Na podstawie wyników uzyskanych w teście ruchu u większości pacjentów stwierdzono nieznaczne ograniczenia ruchomości (od 69,68% w grupie pacjentów po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych do 83,26% w grupie pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa).

Znaczne ograniczenie ruchowe, które utrudniały codzienne samodzielne funkcjonowanie, wykazano jedynie w grupie pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa (0,49%). W analizie wyników uzyskanych w teście czynności codziennych wykazano, że większość pacjentów cechowała się pełną sprawnością w tym zakresie (od 60% osób z chorobami reumatycznymi do 83,74% osób z zespołem bólowym kręgosłupa). Prawidłową siłę mięśniową stwierdzono u 57,66% wszystkich badanych, przy czym odsetek ten był najwyższy w grupie osób z przewlekłymi chorobami neurologicznymi (73%). Brak zaburzeń w zakresie lokomocji stwierdzono natomiast u największego odsetka osób z zespołem bólowym kręgosłupa (85,22%).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy objętej programem rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 2011–2013
Table 1. Characteristics of the study population included in the ZUS prevention of disability program in 2011–2013

Zmienna Variable	Badana grupa Study group (N = 607)
Wiek [w latach] / Age [years] (M±SD)	52,44±9,84
Płeć / Gender [n (%)]	
kobieta / female	259 (42,67)
mężczyzna / male	348 (57,33)
Miejsce zamieszkania / Place of residence [n (%)]	
miasto / urban area	500 (82,37)
wieś / rural area	107 (17,63)
Rodzaj wykonywanej pracy / Type of job [n (%)]	
fizyczna / physical	430 (70,84)
umysłowa / intellectual	177 (29,16)
Rodzaj świadczenia / Type of benefit [n (%)]	
zasilek chorobowy / sickness benefit	201 (33,11)
świadczenie rehabilitacyjne / rehabilitation benefit	368 (60,62)
renta / pension	30 (4,94)
brak świadczenia / none	8 (1,33)
Rodzaj schorzenia podstawowego / Primary health condition [n (%)]	
stan po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych / injuries and surgical-orthopedic procedures	254 (41,85)
przewlekłe choroby neurologiczne / chronic neurological diseases	100 (16,47)
przewlekłe choroby reumatyczne / chronic rheumatic diseases	50 (8,24)
przewlekły zespół bólowy kręgosłupa / chronic spinal pain syndrome	203 (33,44)

Tabela 2. Rozkład wyników Testu funkcjonalnego osób badanych po zakończeniu programu rehabilitacji
Table 2. Results of the Functional Test after the completion of the rehabilitation program

Test funkcjonalny Functional Test	Badana grupa Study population (N = 607) [n (%)]				ogółem total
	po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych after injuries and surgical-orthopedic procedures	z przewlekłymi chorobami neurologicznymi with chronic neurological diseases	z przewlekłymi chorobami reumatycznymi with chronic rheumatic diseases	z zespołem bólowym kręgosłupa with chronic spinal pain syndrome	
<i>Test bólu / Pain test</i>					
brak bólu / no pain	4 (1,57)	1 (1,00)	2 (4,00)	2 (0,99)	9 (1,48)
ból powysiłkowy / pain after physical activity	208 (81,89)	52 (52,00)	33 (66,00)	149 (73,41)	442 (72,82)
ból stały lub okresowy, nasilający się przy chodzeniu i po wysiłku / constant or periodic pain intensifying after exercise	42 (16,54)	45 (45,00)	14 (28,00)	50 (24,01)	151 (24,88)
ból stały, utrudniający chodzenie i wykonywanie ruchów / constant pain, affecting walking and movements	0 (0,00)	2 (2,00)	1 (2,00)	2 (0,99)	5 (0,82)
<i>Test wydolności fizycznej / Physical capacity test</i>					
pełna wydolność fizyczna / high physical capacity	230 (90,55)	90 (90,00)	44 (88,00)	186 (91,63)	550 (90,61)
wydolność nieznacznie ograniczona / slightly limited physical capacity	24 (9,45)	10 (10,00)	5 (10,00)	16 (7,88)	55 (9,06)
wydolność ograniczona / limited physical capacity	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,00)	1 (0,49)	2 (0,33)
mała wydolność fizyczna – zmęczenie przy wykonywaniu wszystkich czynności / low physical capacity – fatigue in all activities	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Test ruchu / Movement test</i>					
pełny zakres ruchu / full range of motion	45 (17,72)	12 (12,00)	7 (14,00)	24 (11,82)	88 (14,50)
ruchy ograniczone nieznacznie / slightly limited range of motion	177 (69,68)	77 (77,00)	37 (74,00)	169 (83,26)	460 (75,78)
duże ograniczenie ruchów / significantly limited range of motion	32 (12,60)	11 (11,00)	6 (12,00)	9 (4,43)	58 (9,56)
brak ruchu / no movement	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,49)	1 (0,16)
<i>Test czynności codziennych / Everyday activities test</i>					
pełna sprawność w czynnościach dnia codziennego / full efficiency in daily life activities	176 (69,29)	67 (67,00)	30 (60,00)	170 (83,74)	443 (72,98)

nieznacznie ograniczona sprawność w czynnościach dnia codziennego / slightly limited efficiency in daily life activities	75 (29,53)	33 (33,00)	18 (36,00)	31 (15,27)	157 (25,86)
znacznie ograniczona sprawność w czynnościach dnia codziennego / significantly limited efficiency in daily life activities	3 (1,18)	0 (0,00)	2 (4,00)	2 (0,99)	7 (1,16)
osoba niesamodzielną w czynnościach dnia codziennego / fully dependent in daily life activities	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Test siły mięśniowej / Muscular strength test</i>					
w normie / normal	133 (52,36)	73 (73,00)	22 (44,00)	122 (60,10)	350 (57,66)
nieznaczne osłabienie / slight muscle weakness	120 (47,25)	27 (27,00)	23 (46,00)	78 (38,42)	248 (40,86)
znaczne osłabienie / significant muscle weakness	1 (0,39)	0 (0,00)	5 (10,00)	3 (1,48)	9 (1,48)
zespół dynamiczny bez wartości użytkowej / lack of muscle strength	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,0)	0 (0,00)
<i>Test lokomocyjny / Locomotion test</i>					
chodzenie bez ograniczeń / walking without limitations	152 (59,84)	63 (63,00)	31 (62,00)	173 (85,22)	419 (69,03)
niewielkie ograniczenie chodzenia / slight walking limitations	99 (38,98)	36 (36,00)	18 (36,00)	28 (13,79)	181 (29,82)
znaczne ograniczenie chodzenia / significant walking limitations	3 (1,18)	1 (1,00)	1 (2,00)	2 (0,99)	7 (1,15)
możliwe samodzielne wykonanie tylko kilku lub kilkunastu kroków / ability to make only a few to dozen steps alone	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Test sprawności psychospołecznej / Psychosocial capacity test</i>					
całkowita sprawność psychospołeczna / non-limited psychosocial capacity	230 (90,55)	83 (83,00)	44 (88,00)	164 (80,79)	521 (85,83)
nieznaczne problemy psychiczne / slight mental health problems	24 (9,45)	15 (15,00)	5 (10,00)	38 (18,72)	82 (13,51)
znaczne problemy psychiczne / significant mental health problems	0 (0,00)	2 (2,00)	1 (2,00)	1 (0,49)	4 (0,66)
problemy psychiczne uniemożliwiające pracę zarobkową / mental health problems that exclude working	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Test przystosowania zawodowego / Professional adjustment test</i>					
praca na tym samym stanowisku, co przed zachorowaniem / working in the same position	33 (12,99)	6 (6,00)	2 (4,00)	7 (3,45)	48 (7,91)

Tabela 2. Rozkład wyników Testu funkcjonalnego osób badanych po zakończeniu programu rehabilitacji – cd.
Table 2. Results of the Functional Test after the completion of the rehabilitation program – cont.

Test funkcjonalny Functional Test	Badana grupa Study population (N = 607) [n (%)]				ogółem total
	po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych after injuries and surgical-orthopedic procedures	z przewlekłymi chorobami neurologicznymi with chronic neurological diseases	z przewlekłymi chorobami reumatycznymi with chronic rheumatic diseases	z zespołem bólowym kręgosłupa with chronic spinal pain syndrome	
Test przystosowania zawodowego – cd. / Professional adjustment test – cont.					
praca na przystosowanym stanowisku / working in the adapted position	198 (77,95)	84 (84,00)	43 (86,00)	183 (90,15)	508 (83,69)
praca w innym zawodzie / working in a different profession	23 (9,06)	10 (10,00)	5 (10,00)	12 (5,91)	50 (8,24)
brak możliwości wykonywania pracy zarobkowej / inability to work	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,49)	1 (0,16)
Ogółem / Total	254 (100)	100 (100)	50 (100)	203 (100)	607 (100)

Na podstawie oceny przeprowadzonej przez psychologa u zdecydowanej większości badanych wykazano prawidłową sprawność psychospołeczną (85,83%). U żadnego z pacjentów nie stwierdzono zaburzeń psychicznych uniemożliwiających wykonywanie pracy zarobkowej. W analizie dokumentacji medycznej dotyczącej możliwości podjęcia pracy zarobkowej po przeprowadzonej rehabilitacji wykazano, że u zdecydowanej większości pacjentów możliwość podjęcia pracy wymagała odpowiedniego przystosowania stanowiska pracy (83,69%). Brak możliwości wykonywania pracy zarobkowej stwierdzono jedynie u 0,49% osób z zespołem bólowym kręgosłupa (tabela 2).

W grupie osób, wśród których przeprowadzono badanie telefoniczne, było 49 kobiet i 69 mężczyzn. Średni wiek w tej grupie wyniósł 51,82 roku. Większość stanowiły osoby mieszkające w mieście (84,75%) i osoby, które przed przyznaniem świadczenia wykonywały pracę fizyczną (70,34%). Najczęstszymi przyczynami skierowania na rehabilitację w ramach prewencji rentowej ZUS były stan po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych (38,14%) i przewlekły zespół bólowy kręgosłupa (36,44%). W badanej grupie najwięcej osób otrzymywało świadczenie rehabilitacyjne (65,25%), a najmniej – rentę (5,09%) (tabela 3).

W analizie sytuacji na rynku pracy osób, które zgodziły się udzielić informacji telefonicznej, wykazano, że odsetek aktywnych zawodowo podczas 2 lat po odbyciu rehabilitacji wzrósł z 56% do 61,02%. Dokonano również oceny wyników osiągniętych w zakresie poszczególnych składowych Testu funkcjonalnego przeprowadzonego po zakończeniu programu rehabilitacji w kontekście statusu zawodowego pacjentów ocenionego w momencie badania telefonicznego.

W grupie badanych, którzy bezpośrednio po zakończeniu programu rehabilitacji odczuwali dolegliwości bólowe pojawiające się jedynie powysiłkowo, najwięcej osób podjęło pracę w krótkim czasie po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (60,92%). Najliczniejszą grupę osób, która podjęła pracę w krótkim czasie po zakończeniu rehabilitacji lub po 2 latach, stanowili pacjenci, u których po zakończeniu rehabilitacji stwierdzono pełną wydolność fizyczną, prawidłową siłę mięśniową i pełną sprawność w zakresie czynności codziennych.

Biorąc pod uwagę wyniki uzyskane po zakończeniu rehabilitacji w teście ruchu, pracę zarobkową w czasie 2 lat podjęło najwięcej osób mających nieznaczne ograniczenia zakresu ruchomości. Wykazano także, że osoby, u których po zakończeniu rehabilitacji stwierdzono prawidłową sprawność psychospołeczną, stanowiły naj-

Tabela 3. Charakterystyka grupy objętej badaniem telefonicznym
Table 3. Characteristics of the population participating in the telephone follow-up study

Zmienna Variable	Badana grupa Study group (N = 118)
Wiek [w latach] / Age [years] (M±SD)	51,82±9,85
Płeć / Gender [n (%)]	
kobieta / female	49 (41,53)
mężczyzna / male	69 (58,47)
Miejsce zamieszkania / Place of residence [n (%)]	
miasto / urban area	100 (84,75)
wieś / rural area	18 (15,25)
Rodzaj wykonywanej pracy / Type of job [n (%)]	
fizyczna / physical	83 (70,34)
umysłowa / intellectual	35 (29,66)
Rodzaj świadczenia / Type of benefit [n (%)]	
zasilek chorobowy / sickness benefit	35 (29,66)
świadczenie rehabilitacyjne / rehabilitation benefit	77 (65,25)
renta / pension	6 (5,09)
brak świadczenia / none	0 (0,00)
Rodzaj schorzenia podstawowego / Primary health condition [n (%)]	
stan po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych / injuries and surgical-orthopedic procedures	45 (38,14)
przewlekłe choroby neurologiczne / chronic neurological diseases	12 (10,17)
przewlekłe choroby reumatyczne / chronic rheumatic diseases	18 (15,25)
przewlekły zespół bólowy kręgosłupa / chronic spinal pain syndrome	43 (36,44)

większy odsetek osób aktywnych zawodowo (60% podjęło pracę krótko po zakończeniu rehabilitacji, a 64,76% – w ciągu 2 lat). Zarówno bezpośrednio po zakończeniu rehabilitacji, jak i po 2 latach największy odsetek osób aktywnych zawodowo dotyczył pacjentów, którzy otrzymali rekomendację dotyczącą pracy na przystosowanym stanowisku (odpowiednio, 55,45% i 62,38%) (tabela 4).

OMÓWIENIE

Obserwowany w ostatnich latach stały wzrost liczby osób w wieku produkcyjnym, które z powodu występowania chorób przewlekłych i ich następstw tracą zdolność do pracy, jest dużym obciążeniem budżetu państwa. W latach 2012–2016 odsetek ten utrzymywał się na poziomie 1,9–2% PKB [15]. Osoby tracące zdolność do pracy doświadczają także ograniczeń w zakresie uczestnictwa w życiu społecznym, co niekorzystnie wpływa na ich funkcjonowanie psychospołeczne [16]. Dodatkowo wraz z wiekiem zwiększa się niepełnosprawność i niesamozadzielność tych osób [17].

Wielowymiarowe następstwa wzrostu odsetka osób niezdolnych do pracy wymagają wdrażania skutecznych strategii zapewniających ich powrót do aktywności zawodowej. Dostrzeżenie potencjału działań rehabilitacyjnych spowodowało opracowanie w latach 90. poprzedniego stulecia programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, realizowanego w Polsce przez ZUS do tej pory i to na coraz szerszą skalę [18].

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że największy odsetek osób poddanych rehabilitacji w ramach prewencji rentowej stanowiły osoby po urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych (41,85%) oraz osoby z zespołem bólowym kręgosłupa (33,44%). Uzyskane wyniki własne, przedstawione w niniejszej pracy, są zgodne z wynikami uzyskanymi przez Szupień, która na podstawie danych ZUS stwierdziła, że w latach 1996–2012 osoby ze schorzeniami narządu ruchu stanowiły 77% wszystkich osób, które zostały poddane rehabilitacji w ramach prewencji rentowej [10]. Politi i wsp., którzy ocenili przyczyny zdrowotne skiero-

Tabela 4. Rozkład wyników Testu funkcjonalnego uzyskanych po zakończeniu programu rehabilitacji w zależności od wyników dotyczących statusu zawodowego badanych uzyskanych podczas kontrolnego badania telefonicznego
Table 4. Results of the Functional Test obtained after the completion of the rehabilitation program, depending on the professional status of the subjects during the telephone follow-up study

	Badana grupa Study population (N = 118) [n (%)]						ogółem total
	podjęcie pracy bezpośrednio po zakończeniu rehabilitacji taking up a job directly after completing rehabilitation		status zawodowy w momencie wywiadu professional status at the time of the follow-up study		nieaktywny zawodowo professionally inactive		
	tak yes	nie no	aktywny zawodowo professionally active	nieaktywny zawodowo professionally inactive			
<i>Test bólu / Pain test</i>							
brak bólu / no pain	0 (0,00)	1 (100)	0 (0,00)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	
ból powysiłkowy / pain after physical activity	53 (60,92)	34 (39,08)	58 (66,67)	29 (33,33)	87 (100)	87 (100)	
ból stały lub okresowy, nasilający się przy chodzeniu i po wysiłku / constant or periodic pain intensifying after exercise	13 (43,33)	17 (56,67)	14 (46,67)	16 (53,33)	30 (100)	30 (100)	
ból stały, utrudniający chodzenie i wykonywanie ruchów / constant pain, affecting walking and movements	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
<i>Test wydolności fizycznej / Physical capacity test</i>							
pełna wydolność fizyczna / high physical capacity	64 (58,72)	45 (41,28)	69 (63,30)	40 (36,70)	109 (100)	109 (100)	
wydolność nieznacznie ograniczona / slightly limited physical capacity	2 (25,00)	6 (75,00)	3 (37,50)	5 (62,50)	8 (100)	8 (100)	
wydolność ograniczona / limited physical capacity	0 (0,00)	1 (100)	0 (0,00)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	
mała wydolność fizyczna – zmęczenie przy wykonywaniu wszystkich czynności / low physical capacity – fatigue in all activities	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
<i>Test ruchu / Movement test</i>							
pełny zakres ruchu / full range of motion	14 (70,00)	6 (30,00)	15 (75,00)	5 (25,00)	20 (100)	20 (100)	
ruchy ograniczone nieznacznie / slightly limited range of motion	50 (54,95)	41 (45,05)	53 (58,24)	38 (41,76)	91 (100)	91 (100)	
duże ograniczenie ruchów / significantly limited range of motion	2 (28,57)	5 (71,43)	4 (57,14)	3 (42,86)	7 (100)	7 (100)	
brak ruchu / no movement	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
<i>Test czynności codziennych / Everyday activities test</i>							
pełna sprawność w czynnościach dnia codziennego / full efficiency in daily life activities	52 (58,43)	37 (41,57)	57 (64,04)	32 (35,96)	89 (100)	89 (100)	
nieznacznie ograniczona sprawność w czynnościach dnia codziennego / slightly limited efficiency in daily life activities	14 (50,00)	14 (50,00)	15 (53,57)	13 (46,43)	28 (100)	28 (100)	

znacznie ograniczona sprawność w czynnościach dnia codziennego / significantly limited efficiency in daily life activities	0 (0,00)	1 (100)	0 (0,00)	1 (100)	1 (100)
osoba niesamodzielną w czynnościach dnia codziennego / fully dependent in daily life activities	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Test siły mięśniowej / Muscular strength test</i>					
w normie / normal	46 (60,53)	30 (39,47)	48 (63,16)	28 (36,84)	76 (100)
nieznaczne osłabienie / slight muscle weakness	20 (50,00)	20 (50,00)	24 (60,00)	16 (40,00)	40 (100)
znaczne osłabienie / significant muscle weakness	0 (0,00)	2 (100)	0 (0,00)	2 (100)	2 (100)
zespół dynamiczny bez wartości użytkowej / lack of muscle strength	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Test lokomocyjny / Locomotion test</i>					
chodzenie bez ograniczeń / walking without limitations	52 (61,90)	32 (38,10)	54 (64,29)	30 (35,71)	84 (100)
niewielkie ograniczenie chodzenia / slight walking limitations	14 (42,42)	19 (57,58)	18 (54,55)	15 (45,45)	33 (100)
znaczne ograniczenie chodzenia / significant walking limitations	0 (0,00)	1 (100)	0 (0,00)	1 (100)	1 (100)
możliwe samodzielne wykonanie tylko kilku lub kilkunastu kroków / ability to make only a few to dozen steps alone	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Test sprawności psychospołecznej / Psychosocial capacity test</i>					
całkowita sprawność psychospołeczna / non-limited psychosocial capacity	63 (60,00)	42 (40,00)	68 (64,76)	37 (35,24)	105 (100)
nieznaczne problemy psychiczne / slight mental health problems	3 (27,27)	8 (72,72)	4 (36,36)	7 (63,64)	11 (100)
znaczne problemy psychiczne / significant mental health problems	0 (0,00)	2 (100)	0 (0,00)	2 (100)	2 (100)
problemy psychiczne uniemożliwiające pracę zarobkową / mental health problems that exclude working	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Test przystosowania zawodowego / Professional adjustment test</i>					
praca na tym samym stanowisku, co przed zachorowaniem / working in the same position	6 (85,71)	1 (14,29)	6 (85,71)	1 (14,29)	7 (100)
praca na przystosowanym stanowisku / working in the adapted position	56 (55,45)	45 (44,55)	63 (62,38)	38 (37,62)	101 (100)
praca w innym zawodzie / working in a different profession	4 (40,00)	6 (60,00)	3 (30,00)	7 (70,00)	10 (100)
brak możliwości wykonywania pracy zarobkowej / inability to work	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Ogółem / Total	66 (56,00)	52 (44,00)	72 (61,02)	46 (38,98)	118 (100)

wania na rehabilitację w ramach prewencji rentowej 1529 osób, stwierdzili, że najczęstszą jednostką chorobową w badanej przez nich grupie były zaburzenia czynności korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych, będące przyczyną zespołów bólowych kręgosłupa [19].

W celu zwiększenia efektywności prowadzonej przez ZUS rehabilitacji program obejmujący zabiegi kinetyki- i fizykoterapeutyczne uzupełniono o treningi relaksacyjne oraz zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej i psychoedukacji. Zasadność stosowania multidyscyplinarnych programów usprawniania potwierdzili w swoich badaniach Jensen i wsp. Wykazali oni, że rehabilitacja realizowana według programu uzupełnionego o naukę zasad ergonomii, zasady profilaktyki i oddziaływanie psychologiczne zmniejsza liczbę dni absencji chorobowej w czasie 7-letniej obserwacji w stosunku do programu podstawowego, opartego jedynie na ćwiczeniach usprawniających i treningu funkcjonalnym [20].

Korzystny wpływ wykorzystania w rehabilitacji elementów edukacji zdrowotnej, terapii zajęciowej i poradnictwa zawodowego potwierdziły również badania Dip Kei Luk i wsp. przeprowadzone w grupie 65 osób z zespołem bólowym kręgosłupa, u których 6-miesięczna terapia z wykorzystaniem jedynie standardowych metod okazała się mniej skuteczna. Badacze wykazali, że po zakończeniu wielowymiarowego programu rehabilitacji 52% pacjentów podjęło pracę w ciągu 6-miesięcznej obserwacji [21].

Na podstawie wyników *Testu funkcjonalnego* przeprowadzonego bezpośrednio po zakończeniu programu rehabilitacji stwierdzono, że we wszystkich grupach schorzeń przeważali pacjenci, u których dominowały ból powysiłkowy, nieznaczne ograniczenia ruchomości, z prawidłową lub nieznacznie obniżoną siłą mięśniową i prawidłowym chodem, oraz pełna wydolność fizyczna i sprawność w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.

Zbliżone wyniki osiągnęli również Sakalauskiene i wsp., którzy ocenili efektywność multidyscyplinarnego programu rehabilitacji w grupie pacjentów pourazowych, z chorobami mięśniowo-szkieletowymi i neurologicznymi. Autorzy stwierdzili, że we wszystkich tych grupach pacjenci osiągnęli poprawę sprawności funkcjonalnej mierzonej za pomocą wskaźnika Barthel i zmniejszenie dolegliwości bólowych mierzonych za pomocą skali wizualno-analogowej (*visual analogue scale* – VAS) [22].

Funkcjonalnej oceny pacjentów w kontekście możliwości ich powrotu do pracy dokonali również Be-

an i Edmonds, którzy objęli badaniem 68 pacjentów ze stwierdzonymi ograniczeniami w wykonywaniu pracy zawodowej z powodu urazu barku. Badacze wykazali, że program interdyscyplinarnej rehabilitacji przyczynił się do zmniejszenia dolegliwości bólowych, poprawy siły mięśniowej oraz zakresu ruchu zgięcia, odwiedzenia i rotacji zewnętrznej ramienia, a także zwiększenia odsetka osób aktywnych zawodowo [23].

Henhoz i wsp. ocenili natomiast efektywność multidyscyplinarnego programu rehabilitacji u pacjentów z przewlekłym zespołem bólowym kręgosłupa bez występujących zaburzeń neurologicznych, w którym stwierdzili poprawę siły mięśni tułowia, wydolności fizycznej i zakresu ruchomości. Autorzy podkreślili jednak, że uzyskana poprawa miała charakter krótkotrwały, ponieważ po 12 miesiącach utrzymała się jedynie poprawa w zakresie ruchomości [24]. Zbliżone wyniki osiągnęli także Uhlig i wsp., którzy przeprowadzili badanie efektywności interdyscyplinarnego programu rehabilitacji w grupie 373 pacjentów z chorobami reumatycznymi. Bezpośrednio po zakończeniu programu rehabilitacji (zawierającego m.in. fizjoterapię, terapię zajęciową, poradnictwo zawodowe, psychologiczne i dietetyczne) autorzy zaobserwowali poprawę we wszystkich analizowanych aspektach, jednak po 6 miesiącach korzyści utrzymywały się jedynie w zakresie ograniczenia dolegliwości bólowych, poziomu zmęczenia, poprawnego postrzegania zasad ergonomii pracy i wypoczynku oraz zachowań prozdrowotnych [25].

Na podstawie wyników uzyskanych przez autorów niniejszej pracy oceniono również wpływ stanu funkcjonalnego po przeprowadzonej rehabilitacji na zdolność powrotu do pracy osób objętych procesem rehabilitacyjnym. Stwierdzono, że w grupie osób, które wyraziły zgodę na udział w ankietowym badaniu kontrolnym po upływie 2 lat, odsetek osób aktywnych zawodowo wzrósł z 56% do 61,02%. W grupie osób objętych badaniem kontrolnym przeważali pacjenci po przebytych urazach i zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych oraz osoby z zespołem bólowym kręgosłupa. Jest to zgodne z wynikiem badań Opsteegh i wsp., którzy ocenili efektywność przeprowadzonej rehabilitacji w kontekście powrotu do pracy u 91 pacjentów po urazach w obrębie kończyny górnej leczonych operacyjnie. Autorzy wykazali, że najwięcej osób (48%) wróciło do pracy w czasie do 10 miesięcy po zakończeniu rehabilitacji, 8% – w okresie powyżej roku, a 4% – powyżej 2 lat. Średni czas powrotu do aktywności zawodowej wyniósł 10,5 tygodnia [26].

Lambeek i wsp. ocenili natomiast wpływ zintegrowanego programu rehabilitacji na aktywność zawodową

osób z zespołem bólowym kręgosłupa. Jako wyznacznik skuteczności przeprowadzonej rehabilitacji uwzględnili liczbę dni absencji chorobowej w ciągu roku po zakończeniu programu. W przeprowadzonym badaniu wykazano zmniejszenie liczby dni absencji chorobowej ze 142 w roku poprzedzającym uczestnictwo w programie rehabilitacji do 82 w czasie 12 miesięcy po jego zakończeniu [27]. Korzystne długofalowe efekty przeprowadzonej rehabilitacji u 105 pacjentów z przewlekłym zespołem bólowym kręgosłupa stwierdzili również Poulain i wsp., którzy zaobserwowali wzrost odsetka osób aktywnych zawodowo z 9% bezpośrednio po zakończeniu programu rehabilitacji do 55% po trzyipółrocznej obserwacji. Autorzy podkreślili także, że najwięcej osób podjęło pracę w pierwszym roku po zakończeniu rehabilitacji [28].

Z przeprowadzonego przez autorów niniejszej pracy badania wynika, że powrót do pracy u zdecydowanej większości osób jest związany z koniecznością przystosowania stanowiska pracy. Stwierdzono to u większości badanych bez względu na rodzaj schorzenia podstawowego. Badanie dotyczące formy podejmowania pracy po zakończeniu rehabilitacji w ramach Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego (International Social Security Association – ISSA) w Malezji przeprowadzili Awang i wsp., którzy wykazali, że spośród wszystkich osób, które po zakończeniu programu rehabilitacji powróciły do aktywności zawodowej, 93,91% kontynuowało współpracę z tym samym pracodawcą. W badaniu wykazano także, że wysoki odsetek powrotów do pracy był uzależniony od chęci pracodawcy do zatrudniania osób o ograniczonej sprawności [29].

Związek między powrotem do pracy po zakończeniu rehabilitacji a rodzajem stanowiska pracy stwierdziła również Haverlaen, która oceniła czynniki wpływające na powrót do pracy uczestników programu Rapid – RTW w Norwegii. Autorka wykazała, że osoby podejmujące mało obciążające prace mają większe szanse do wznowienia zatrudnienia w okresie 3 miesięcy od zakończenia programu rehabilitacji [30]. Uzyskane przez nią wyniki potwierdzają zasadność przystosowania stanowisk pracy lub ich zmiany w kontekście zwiększania odsetka osób powracających do pracy po zakończeniu programu rehabilitacji.

Niniejsze badanie ma pewne ograniczenia, do których można zaliczyć małą liczbę osób, które zgodziły się udzielić informacji na temat statusu zawodowego w czasie 2 lat od zakończenia procesu rehabilitacji oraz brak możliwości oceny efektywności przeprowadzonych pro-

cedur z powodu niedostępności wyników wstępnych *Testu funkcjonalnego*.

WNIOSKI

Na podstawie analizy dostępnej dokumentacji medycznej stwierdzono, że brak ograniczeń lub nieznaczne ograniczenia w zakresie odczuwania bólu, wydolności fizycznej, ruchomości stawów, siły mięśniowej i lokomocji oraz wykonywania czynności codziennych po zakończeniu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS wpływają na powrót do aktywności zawodowej osób z chorobami przewlekłymi. Według rezultatów uzyskanych w *Teście funkcjonalnym* do najważniejszych obszarów warunkujących powrót do pracy należą sprawność psychospołeczna i nasilenie odczuwanych dolegliwości bólowych. W analizie dokumentacji wykazano konieczność wprowadzenia interdyscyplinarnej oceny pacjenta oraz ujednoczenia i wystandardyzowania dokumentacji medycznej, żeby umożliwić powtarzalną ocenę efektów prowadzonej rehabilitacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Główny Urząd Statystyczny: Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014. Urząd, Warszawa 2015
2. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008;89(4):467–470
3. Majer I.M., Nusselder W.J., Mackenbach J.P., Klijis B., van Baal P.H.: Mortality Risk Associated With Disability: A Population Based Record Linkage Study. *Am. J. Public Health.* 2011;101(12):e9–e15, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300361>
4. Łasowiecka-Moras E., Bugajska J.: Aktywność zawodowa osób 50+ w aspekcie stanu ich zdrowia. *Bezp. Pr. Nauk. Prakt.* 2015;9:23–27, <https://doi.org/10.5604/01377043.1214414>
5. Łabęcka M., Kania A.: Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w roku 2013. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Akturalnych, Warszawa 2014
6. Bartuzi P., Roman-Liu D.: Ocena obciążenia mięśniowo-szkieletowego w aspekcie wieku pracownika. *Bezp. Pr. Nauk. Prakt.* 2012;6:12–15
7. Rzepecki J., Serafińska A.: Prewencja i rehabilitacja w ubezpieczeniu wypadkowym w Polsce i w innych, wybranych krajach Unii Europejskiej. *Bezp. Pr. Nauk. Prakt.* 2004; 6:16–20

8. Kawwa J., Barwicka A.: Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS – daj szansę pacjentowi na powrót do pracy i pełniejszego życia w społeczeństwie. *Forum Med. Rodz.* 2008;2(2):175–179
9. Nietopiel M. [red.]: Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS, w tym poszkodowanych w wypadkach przy pracy. Międzynarodowa konferencja „Ochrona życia i zdrowia pracujących w sektorze budownictwa”; 24 czerwca 2016; Warszawa, Polska [Internet]. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pracowników Służby Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, 2019 [cytowany 17 kwietnia 2018]. Adres: http://www.ospsbhp.pl/Files/3/Nietopiel_M_Konferencja_Warszawa_20160624_Rehabilitacja.pdf
10. Szupień E.: Rehabilitacja w chorobach narządu ruchu w ramach prewencji rentowej ZUS. *Prew. Rehabil.* 2013; 2(32):1–9
11. Nietopiel M.: 20 lat rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS. *Prew. Rehabil.* 2016;2–3:3–13
12. Łabęcka M., Kania A.: Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2016 roku [Internet]. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Akturalnych, Warszawa 2017 [cytowany 20 listopada 2018]. Adres: <http://www.zus.pl/documents/10182/39599/Orzeczenia+lekarzy+orzecznik%C3%B3w+ZUS+o+niezdolno%C5%9Bci+do+pracy+wydane+w+2016+roku.pdf/f835cb89-fdd6-4f49-94dc-bd9f8c408c9e>
13. Koczur W.: Restytucja zdolności do pracy w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych – zarys problematyki. W: Bieniek P., Rawski O. [red.]. Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego, Warszawa–Chorzów 2014, ss. 129–156
14. Łabęcka M.: Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w roku 2014 w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Akturalnych, Warszawa 2017
15. Karczewicz E., Kania A.: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Akturalnych, Warszawa 2017
16. Kostrzewski S., Worach-Kardas H.: Skutki długotrwałego bezrobocia dla zdrowia i jakości życia osób w starszym wieku produkcyjnym. *Nowiny Lek.* 2013;82(4):310–317
17. Franklin G.M., Wickizer T.M., Coe N.B., Fulton-Kehoe D.: Worker’s compensation: poor quality health care and the growing disability problem in the United States. *Am. J. Ind. Med.* 2015;58(3):245–251, <https://doi.org/10.1002/ajim.22399>
18. Wieczorek M.: Prawne Problemy Prewencji Rentowej. *Acta Sci. Acad. Ostroviensis* 2007;29:61–79
19. Polit Ł., Strączyński M., Śliwiński Z.: Najczęstsze przyczyny skierowań na rehabilitację narządu ruchu w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. *Stud. Med.* 2013;29(1):57–62
20. Jensen I.B., Bush H., Bodin L., Hagberg J., Nygren A., Bergström G.: Cost effectiveness of two rehabilitation programmes for neck and back pain patients: A seven year follow-up. *Pain* 2009;142:202–208, <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.12.015>
21. Dip Kei Luk K., Wai Man Wan T., Wa Wong Y., Chee Cheung M.K., Kei Chan K.Y., Shing Cheng A.C. i wsp.: A multidisciplinary rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: a prospective study. *J. Orthop. Surg.* 2010;18(2):131–138, <https://doi.org/10.1177/230949901001800201>
22. Sakalauskienė G., Obelienius V., Pilvinienė R., Jauniškienė D.: Evaluation of daily outpatient multidisciplinary rehabilitative treatment of patients with musculoskeletal, neurological and traumatic disorders in a municipality outpatient setting. *Medicina* 2016;52:61–68, <https://doi.org/10.1016/j.medici.2015.11.007>
23. Bean A., Edmonds C.: Effectiveness of a Multidisciplinary Rehabilitation Program Following Shoulder Injury. *Open J. Occup. Ther.* 2017;5(3), <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1383>
24. Henzoy Y., de Goumoëns P., So A.K., Paillex R.: Functional multidisciplinary rehabilitation versus outpatient physiotherapy for non-specific low back pain: randomised controlled trial. *Swiss Med. Wkly.* 2010;140:w13133, <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13133>
25. Uhlig T., Bjørneboe O., Krøll F., Palm Ø., Olsen I.C., Grotle M.: Involvement of the multidisciplinary team and outcomes in inpatient rehabilitation among patients with inflammatory rheumatic disease. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2016;17:18, <https://doi.org/10.1186/s12891-016-0870-9>
26. Opsteegh L., Reinders-Messelink H.A., Schollier D., Groothoff J.W., Postema K., Dijkstra P.U. i wsp.: Determinants of Return to Work in Patients with Hand Disorders and Hand Injuries. *J. Occup. Rehabil.* 2009;19:245–255, <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9181-4>
27. Lambeek L.C., van Mechelen W., Knol D.L., Loisel P., Anema J.R.: Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ* 2010;340:c1035, <https://doi.org/10.1136/bmj.c1035>
28. Poulain C., Kernéis S., Rozenberg S., Fautrel B., Bourgeois P., Foltz V.: Long-term return to work after a functional res-

- toration program for chronic low-back pain patients: a prospective study. *Eur. Spine J.* 2010;19:1153–1161, <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1361-6>
29. Awang H., Tan L.Y., Mansor N., Tongkumchum P., Eso M.: Factors related to successful return to work following multidisciplinary rehabilitation. *J. Rehabil. Med.* 2017;49: 520–525, <https://doi.org/10.2340/16501977-2233>
30. Haveraaen L.A.: Psychosocial work characteristics and return to work after occupational rehabilitation [Internet]. University of Stavanger, Stavanger 2013 [cytowany 25 kwietnia 2018]. Adres: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/184219/Haveraaen%2C%20Lise.pdf?sequence=1>