



# **REHABILITACJA LECZNICZA W SCHORZENIACH PSYCHOSOMATYCZNYCH W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS - DOŚWIADCZENIE GRUPY SPÓŁEK INSTYTUTU ZDROWIA CZŁOWIEKA**

---

## **SPIS TREŚCI**

<b>1. Czym jest psychosomatyka?.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Opis programu rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Doświadczenie Grupy Spółek Instytutu Zdrowia Człowieka w realizacji rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych.....</b>	<b>13</b>
<b>4. Rekomendacje i wnioski .....</b>	<b>16</b>

## 1. CZYM JEST PSYCHOSOMATYKA?

Psychosomatyka to „dział medycyny badający wzajemne związki między zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi, a w szczególności uwarunkowania powstawania i leczenia zaburzeń psychosomatycznych”<sup>1</sup>. 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 płata zastawki mitralnej, zaburzenia nastroju w nadczynności tarczycy, zmiany osobowości w guzach mózgu, zaburzenia urojeniowe 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,
- wrzodziejące zapalenie jelit,
- atopowe zapalenie skóry,

---

<sup>1</sup> 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.

- chorobę wrzodową,
- nadczynność tarczycy,
- gościec przewlekły postępujący.

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 hystericus” – w laryngologii,
- napięciowe bóle głowy i pseudo napady padaczkowe – w neurologii.

Znaczenie czynników psychospołecznych w powstawaniu zaburzeń psychosomatycznych stało się powodem do wyodrębnienia najważniejszych stresorów 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 (somatoformiczne)”,
- 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 przeżywanego 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 patogenicznych,
- 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 osiągnęto 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.

## 2. Opis programu rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych.<sup>2</sup>

### 1) 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:

- 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.

### 2) 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 ogólnie usprawniająca),
    - terapii zajęciowej.

---

<sup>2</sup>Prewencja i rehabilitacja - kwartalnik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nr 4 (30) 2012.

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.

## 2.1. Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne.<sup>3</sup>

Lp.	1. WYMAGANIA WSPÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW		
1.1.	lokalizacja obiektu rehabilitacyjnego	1.1.1.	dysponowanie terenami rekreacyjnymi w sąsiedztwie obiektu rehabilitacyjnego, przy czym "obiektem rehabilitacyjnym" jest budynek, w którym zakwaterowane są osoby skierowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) do ośrodka rehabilitacyjnego na rehabilitację leczniczą, zwane dalej „osobami skierowanymi”
		1.1.2.	zapewnienie możliwości dojazdu do obiektu rehabilitacyjnego ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Odległość od przystanku do obiektu rehabilitacyjnego nie może przekraczać 500 m. W przypadku, kiedy odległość jest większa, w dniu przyjazdu i wyjazdu należy zapewnić transport pomiędzy ośrodkiem rehabilitacyjnym a przystankiem, do którego można dojechać ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Zapewnienie transportu powinno uwzględniać rozkład jazdy obowiązujący dla tego przystanku
1.2.	baza hotelowa	1.2.1.	zapewnienie osobom skierowanym zakwaterowania w wydzielonym na potrzeby ZUS obiekcie lub jego części, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu, w pokojach wskazanych w załączniku do umowy
		1.2.2.	dysponowanie w obiekcie windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety, pomieszczenia hotelowe oraz stołówka - nie dotyczy obiektów, w których umowa realizowana jest wyłącznie na parterze
		1.2.3.	zapewnienie osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich: a) dostępu za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane do obiektu i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pomieszczeń hotelowych oraz stołówki bez konieczności opuszczania obiektu, b) co najmniej 1 pokoju dostosowanego do ich potrzeb
		1.2.4.	zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach, pomieszczeniach hotelowych oraz stołówce
		1.2.5.	zapewnienie: a) ręczników kąpielowych oraz ich wymiany, co najmniej raz na tydzień, b) wymiany bielizny pościelowej, co najmniej raz w trakcie turnusu, c) prześcieradeł do zabiegów fizykalnych

<sup>3</sup>Załącznik do Materiałów konkursowych ZUS.



		<b>1.2.6.</b>	dysponowanie w udostępnionym obiekcie stołówką
<b>1.3.</b>	<b>standardy żywienia</b>	<b>1.3.1.</b>	zapewnienie całodziennego wyżywienia od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu, przy czym przez „całodobowe wyżywienie” należy rozumieć co najmniej 3 posiłki, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi
		<b>1.3.2.</b>	zapewnienie pacjentom możliwości przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów*
<b>1.4.</b>	<b>kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna</b>	<b>1.4.1.</b>	a) zapewnienie codziennego dostępu do lekarza prowadzącego leczenie – nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy, b) zapewnienie całodobowej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w każdym obiekcie, w którym zakwaterowane są osoby skierowane.
		<b>1.4.2.</b>	zatrudnienie pielęgniarek w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki nad osobami skierowanymi
		<b>1.4.3.</b>	zatrudnienie dietetyka
<b>1.5.</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>1.5.1.</b>	realizowanie kompleksowego programu rehabilitacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną
		<b>1.5.2.</b>	rozpoczęcie zleconego programu rehabilitacji w drugim dniu pobytu – nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy
		<b>1.5.3.</b>	dokumentowanie przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem: a) wstępnego badania lekarskiego oraz zleconego programu rehabilitacji wykonanych w pierwszej dobie po przyjeździe, b) badania kontrolnego wykonanego co najmniej 2 razy w trakcie pobytu, c) badania końcowego z wykonanego nie wcześniej niż dwie doby przed wyjazdem – nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy
		<b>1.5.4.</b>	dokumentowanie w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach rehabilitacyjnych, oddziaływaniach psychologicznych i edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem daty i godziny
		<b>1.5.5.</b>	zapewnienie opieki psychologicznej
		<b>1.5.6.</b>	zapewnienie leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych
		<b>1.5.7.</b>	zapewnienie możliwości wykonania w niezbędnym zakresie wynikającym ze wskazań medycznych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych

		<b>1.5.8.</b>	zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem tematów: a) czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, b) podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia, c) czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, d) podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika, e) zasady prawidłowego żywienia
		<b>1.5.9.</b>	realizowanie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej ukierunkowanego na leczenie choroby będącej podstawą skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących przez 6 dni w tygodniu, przy czym od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym – przed południem
		<b>1.5.10.</b>	program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8 <sup>30</sup>
		<b>1.5.11.</b>	w przypadku zawarcia aneksu zwiększającego liczbę osób w turnusie dopuszcza się zmiany w zakresie wymagań dotyczących bazy hotelowej, kadry lekarskiej i specjalistycznej oraz wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną określonych w części 2 „Wymagania szczegółowe dla świadczeniodawców”
<b>Lp.</b>	<b>2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>		
<b>2.1.</b>	<b>baza hotelowa</b>	<b>2.1.1.</b>	kwatrowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu
		<b>2.1.2.</b>	udostępnienie pokoi dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, zgodnie z załącznikiem do umowy
		<b>2.1.3.</b>	a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej 10 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych, b) pokój powinien być wyposażony w: – łóżko albo łóżka jednoosobowe o wymiarach 90x200cm – dotyczy powierzchni do spania, tj. materaca, – stół, – krzesła – jedno na osobę, c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie niepełnosprawnej pomiędzy sprzętami, w które pokój jest wyposażony
<b>2.2.</b>	<b>kadra lekarska i specjalistyczna</b>	<b>2.2.1.</b>	zatrudnienie ordynatora – lekarza specjalisty psychiatry
		<b>2.2.2.</b>	zatrudnienie co najmniej jednego lekarza asystenta ze specjalizacją w zakresie psychiatrii, albo będącego w trakcie powyższej specjalizacji
		<b>2.2.3.</b>	zatrudniony ordynator udziela konsultacji i sprawuje nadzór nad rehabilitacją leczniczą wszystkich pacjentów w turnusie oraz prowadzi leczenie i dokumentację nie więcej niż 13 pacjentów

		<b>2.2.4.</b>	zatrudniony lekarz asystent prowadzi leczenie i dokumentację nie więcej niż 13 pacjentów
		<b>2.2.5.</b>	zatrudnienie co najmniej dwóch psychologów ze specjalizacją z psychologii klinicznej albo będących w trakcie ww. specjalizacji, w tym co najmniej jednego z certyfikatem psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia prowadzącego do uzyskania takiego certyfikatu
		<b>2.2.6.</b>	zatrudnienie co najmniej dwóch fizjoterapeutów, w tym co najmniej jednego magistra fizjoterapii
		<b>2.2.7.</b>	zatrudnienie co najmniej jednego instruktora terapii zajęciowej z dyplomem terapeuty zajęciowego
		<b>2.2.8.</b>	zatrudnienie: a) jednego muzykoterapeuty, b) jednego choreoterapeuty, c) jednego pracownika socjalnego
<b>2.3.</b>	<b>wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną</b>	<b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b>	
		<b>2.3.1.</b>	dwa gabinety lekarskie
		<b>2.3.2.</b>	dyżurka pielęgniarek
		<b>2.3.3.</b>	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG, b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji, c) defibrylator
		<b>2.3.4.</b>	dwie pracownie psychologiczne wyposażone w zestaw testów psychologicznych służących do badań diagnostycznych i oceny efektywności programu
		<b>2.3.5.</b>	sala psychoterapii grupowej i muzykoterapii wyposażona w 15 foteli i sprzęt muzyczny
		<b>2.3.6.</b>	sala terapii zajęciowej przystosowana do prowadzenia różnych form terapii
		<b>2.3.7.</b>	sala gimnastyczna wyposażona w piętnaście stanowisk do ćwiczeń – 15 materaców gimnastycznych, drabinki rehabilitacyjne oraz sprzęt umożliwiający przeprowadzenie choreoterapii
		<b>2.3.8.</b>	co najmniej 3 różne stanowiska do zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami

<b>2.4.</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>2.4.1.</b>	<p>opieka psychologiczna, uwzględniająca zapewnienie osobom skierowanym, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, nie mniej niż 5 w dni powszednie, a w soboty nie mniej niż 3 oddziaływań leczniczych dziennie obejmujących:</p> <p>a) dwa razy dziennie oddziaływania psychologiczne, w tym trening relaksacyjny prowadzony przez psychologa – przez 5 dni w tygodniu, a w soboty 1 raz dziennie – w grupach nie większych niż 13osób,</p> <p>b) nie mniej niż 4 spotkania indywidualne z psychologiem w turnusie,</p> <p>c) terapię zajęciową 6 razy w tygodniu,</p> <p>d) ćwiczenia ogólno usprawniające 6 razy w tygodniu – w grupach nie większych niż 13 osób,</p>
			e) muzykoterapię i choreoterapię – naprzemiennie – przez 5 dni w tygodniu
		<b>2.4.2.</b>	prowadzenie dokumentacji psychologicznej i dotyczącej zajęć terapeutycznych

### 3. Doświadczenie Grupy Spółek Instytutu Zdrowia Człowieka w realizacji rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych.

Grupa Spółek Instytutu Zdrowia Człowieka prowadzi działalność głównie w obszarze szeroko pojętej ochrony zdrowia. Podstawowy przedmiot i zakres działalności stanowi: profesjonalne rozwiązywanie problemów utrzymania i przywracania zdrowia oraz łagodzenia objawów schorzeń narządu ruchu oraz schorzeń psychosomatycznych. Obecnie działalność Instytutu prowadzona jest w trzech obiektach sanatoryjno-rehabilitacyjnych, dwóch zlokalizowanych w południowo-wschodniej części Polski – w miejscowościach uzdrowiskowych Muszyna oraz w Wysowa-Zdrój i trzecim w centralnej Polsce – w Uniejowie, ukierunkowanych na świadczenia usług rehabilitacyjno-uzdrowiskowych. Oferta ta jest ciągle poszerzana i dostosowywana do potrzeb rynku. Spółka dysponuje bazą ok. 390 miejsc noclegowych o wysokim standardzie. Do dyspozycji gości dostępne są pokoje jedno-, dwu- i trzyosobowe oraz studia i apartamenty. Grupa Spółek Instytutu Zdrowia Człowieka zapewnia kuracjom całodobową opiekę medyczną. W skład zespołów diagnostyczno-terapeutycznych wchodzi profesjonalna kadra - lekarze, psychiatry, psychologowie, magistrowie i technicy fizykoterapii, dietetycy i pielęgniarki, którzy opracowują indywidualne, specjalistyczne programy rehabilitacyjne. Dodatkowym atutem ośrodków Instytutu Zdrowia Człowieka jest położenie w miejscowościach uzdrowiskowych w strefie A.

Grupa Spółek Instytutu Zdrowia Człowieka, jako podmiot leczniczy posiada wieloletnie doświadczenie w realizacji rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych nieprzerwalnie od 2006 r. W latach 2006-2020 ogółem zrehabilitowano 9 386 pacjentów, w ramach 361 pobyków rehabilitacyjnych.

**Tabela 1.** Realizacja rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych przez Grupę Spółek Instytutu Zdrowia Człowieka w rozbiciu na dane szczegółowe.

Spółka	Lata obowiązywania	Ilość osób w turnusie	Ilość turnusów	Ilość turnusów zrealizowanych	Razem ilość osób zrehabilitowanych
IZC	2006	26	14	3	78
IZC	2007	26	14	14	364
IZC	2008	26	14	14	364
IZC	2009	26	14	14	364
IZC	2010-2012	26	42	42	1092
IZC	2013-2015	26	42	42	1092
IZC	2016-2018	26	42	35	910
SOL	2008-2009	52	28	28	728
SOL	2010-2012	26	42	42	1092
KP2	2013-2015	26	42	42	1092
KP2	2016-2018	26	42	28	728
KP2	2020-2022	26	42	2	52
KP SOL	2010-2012	26	42	42	1092
KP SOL	2013-2015	26	42	42	1092
KP SOL	2016-2018	26	42	42	1092
KP SOL	2019-2021	26	42	16	416

Czas trwania pobytów rehabilitacyjnych w ośrodkach Instytutu Zdrowia Człowieka trwa 24 dni. Oddział przeznaczony jest dla 26 osób, a zajęcia prowadzone są w dwóch podgrupach, w dwóch cyklach przed- i popołudniowych przez 6 dni w tygodniu. Podstawą rehabilitacji schorzeń psychosomatycznych jest psychoterapia grupowa, prowadzona przez psychologów klinicznych. Z innych zajęć wprowadzono: muzykoterapię połączoną z choreoterapią, relaksację, terapię zajęciową. Rehabilitowani mają codzienną gimnastykę ogólnie usprawniającą.

Celami zastosowanych oddziaływań terapeutycznych podczas rehabilitacji schorzeń psychosomatycznych w ośrodkach Instytutu Zdrowia Człowieka jest:

- wzbudzenie i kształtowanie motywacji do zmiany obecnej sytuacji psychospołecznej,
- wzmocnienie pożądanego wzorców działań,
- wzrost poziomu koherencji - zrozumiałość, zaradność, sensowność,
- ukazanie roli wsparcia społecznego,
- określenie kierunku rozwoju osobistego - możliwości i ograniczenia,
- rehabilitacja psychologiczna, jako początek lub kontynuacja procesu zmian.

Wśród osób zrehabilitowanych w ramach schorzeń psychosomatycznych w latach 2006-2020 zdecydowanie przeważały kobiety, które stanowią niemal ¾ wszystkich rehabilitowanych. Wśród kobiet, jak i mężczyzn najliczniejsza była grupa w wieku 50 +. Największe grupy pod względem liczebności stanowiły osoby, które zostały skierowane z powodu zaburzeń sklasyfikowanych wg ICD-10 jako: F 41 (inne zaburzenia lękowe w tym mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne) oraz F 43 (ostra reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne).

Najwyższy wskaźnik procentowy osób określonych jako zdolnych do powrotu do pracy po zakończeniu rehabilitacji dotyczył skierowanych z powodu zaburzeń sklasyfikowanych jako F32 (wg ICD-10) czyli epizodów depresyjnych i z powodu innych zaburzeń nerwicowych – F48 oraz innych zaburzeń lękowych – F41. Zachęcające wyniki uzyskano także u osób z reakcją na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) oraz cierpiących z powodu innych zaburzeń występujących pod postacią somatyczną (F45). Lepsze wyniki uzyskano w tych wszystkich grupach u kobiet niż u mężczyzn.

Wszyscy rehabilitowani, których po zakończeniu rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych uznano za zdolnych do powrotu do pracy deklarowali wyraźną chęć powrotu do pracy.

Zdecydowanie mały efekt terapeutyczny dotyczył osób cierpiących na jednostki chorobowe sklasyfikowane wg ICD10 jako F06 (inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną) oraz zebranych w jednej grupie określonej jako inne (ze względu na małą liczebność osób w poszczególnych jednostkach chorobowych takich jak: psychozy, zaburzenia schizofreniczne, uzależnienia, organiczne zaburzenia psychotyczne, zaburzenia depresyjne nawracające i inne).

Z doświadczeń i publikacji Instytutu Zdrowia Człowieka w zakresie rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami psychosomatycznymi w ramach prewencji rentowej ZUS wynika, że najwyższe wskaźniki skuteczności osiągnięto u osób z wczesnymi stadiami zaburzeń psychosomatycznych. Najniższe wskaźniki skuteczności kompleksowej rehabilitacji uzyskano

w grupie osób z „organicznymi” chorobami psychosomatycznymi. Globalny wynik pozytywnych efektów wynosił średnio 58%. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że 58% wskaźnik należy ocenić pozytywnie zwłaszcza w porównaniu ze skutecznością leczenia farmakologicznego zaburzeń depresyjno-lękowych, która wynosi 53% (dane o charakterze ogólnoswiatowym).

#### 4. Rekomendacje i wnioski

1. Potrzeba wprowadzenia rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych dla służb medycznych - Anna Calik - psycholog.
2. Ocena ewentualnej konieczności zmian w programie oddziaływań psychologicznych Oddziału Psychosomatycznego prewencji rentowej ZUS w związku z pandemią koronawirusa - Tomasz Bukowski, psycholog kliniczny.

*Wpływ pandemii na psychikę osób będących na pierwszej linii frontu walki z pandemią COVID-19 pojawi się w postaci zaburzeń adaptacyjnych lub nasilenia innych zaburzeń "psychosomatycznych".*

*Program stacjonarnej profilaktyki i kompleksowej terapii psychosomatycznej po skutkach stresu związanego z pandemią COVID – 19 dla służb medycznych, powinien być dedykowany:*

1. *Personelowi medycznemu (pielęgniarki, lekarze, ratownicy medyczni, pracownicy laboratoryjni).*
2. *Personelowi domów pomocy społecznej i innych ośrodków opiekuńczych.*

*Program rehabilitacji schorzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS nie wymaga konieczności wprowadzania dużych zmian dotyczących zakresu i organizacji samego programu.*

*Korzystne byłoby uwrażliwienie prowadzących zajęcia psychologiczne, terapeutyczne, psychoedukacyjne na stworzenie przestrzeni w zajęciach grupowych i indywidualnych do omówienia tematyki związanej z pandemią. Mogło by to pomóc w odbarczeniu emocjonalnym i w tworzeniu prozdrowotnej postawy wobec zaburzenia.*

*W psychoedukacji dobrze byłoby uwzględnić tematykę profilaktyki stresu. Proponowane tematy do omówienia w ramach spotkań grupowych:*

1. *Psychologiczne aspekty stresu – przypomnienie.*
2. *Odreagowanie – sposoby redukcji stresu.*
3. *Indywidualne sposoby radzenia sobie ze stresem – dyskusja.*

Anna Calik  
PSYCHOLOG



Tomasz Bukowski  
PSYCHOLOG KLINICZNY

