



WIELKOPOLSKI PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE REHABILITACJI MEDYCZNEJ II

1. Okres realizacji programu: 3 lata (uzależnione od okresów wskazanych w projektach – planowany do realizacji w latach 2024-2029).
2. Autorzy programu:

Autorem regionalnego programu zdrowotnego pt.: „Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej II” jest **Urząd Marszałkowski**

Województwa Wielkopolskiego.

Program powstał przy merytorycznym udziale i wsparciu niniejszych osób:

- prof. dr hab. Jacek Lewandowski
- dr n. o zdr. Magdalena Goliwąg
- dr hab. Piotr Kocur

Spis treści

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	4
A. Problem zdrowotny	4
B. Epidemiologia	14
C. Struktura populacji kwalifikująca się do włączenia do programu	19
D. Obecne postępowanie	20
E. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	22
II. Cele programu	23
A. Cel główny programu	23
B. Cele szczegółowe	23
C. Mierniki efektywności programu	24
III. Adresaci programu	25
A. Oszacowanie populacji biorącej udział w programie	25
B. Tryb zapraszania do programu	26
IV. Organizacja programu	27
A. Etapy i działania organizacyjne	28
B. Planowane interwencje	28
C. Kryteria włączenia i sposób kwalifikacji uczestników	33
D. Zasady udzielania świadczeń	34
E. Spójność merytoryczna i organizacyjna	35
F. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	35
G. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu	35
H. Bezpieczeństwo prowadzonych interwencji	36
I. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu	36
J. Dowody skuteczności planowanych działań	38
V. Budżet programu polityki zdrowotnej	39
Planowane koszty całkowite	44
C. Źródła finansowania	45
D. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	45
VI. Monitoring i ewaluacja	46
A. Ocena zgłaszalności do programu	46
B. Ocena jakości świadczeń w programie	47
C. Ocena efektywności programu	47

D. Ocena trwałości efektów programu	48
VII. Bibliografia	49

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

A. Problem zdrowotny

Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa wielkopolskiego dotyczy osób ze schorzeniami narządu ruchu i chorób kręgosłupa o różnej etiologii, powodującymi ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu czynności dnia codziennego, w szczególności ograniczające wykonywanie pracy zawodowej i w konsekwencji absencji w wyniku choroby własnej w miejscu pracy. Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz min. urazów, zatruc innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych.

Zestawienie głównych grup chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz urazów, zatruc innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych przedstawiono w tabeli 1. na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* - ICD-10). Schorzenia kręgosłupa występują również w ramach innych grup ICD-10: G54, G55, T06, T09, S34, S52 [1–6].

Tabela 1. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00–M99) urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00–T98)

Typy klasyfikacyjne chorób
M00–M25 Artropatie
M30–M36 Układowe choroby tkanki łącznej
M40–M54 Choroby grzbietu
M60–M79 Choroby tkanek miękkich
M80–M94 Choroby tkanki kostnej i chrząstnej
M95–M99 Inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej
S00–S09 Urazy głowy

S10–S19 Urazy szyi
S20–S29 Urazy klatki piersiowej
S30–S39 Urazy brzucha, dolnej części grzbietu, kręgosłupa lędźwiowego i miednicy
S40–S49 Urazy barku i ramienia
S50–S59 Urazy łokcia i przedramienia
S60–S69 Urazy nadgarstka i ręki
S70–S79 Urazy biodra i uda
S80–S89 Urazy kolana i podudzia
S90–S99 Urazy stawu skokowego i stopy
T00–T07 Urazy obejmujące liczne okolice ciała
T08–T14 Urazy nieokreślonych części tułowia, kończyn i okolicy ciała
T15–T19 Skutki działania ciała obcego wnikałego drogą naturalnych otworów ciała
T20–T25 Oparzenia termiczne i chemiczne zewnętrznej powierzchni ciała, określone co do miejsca
T26–T28 Oparzenia termiczne i chemiczne ograniczone do oka i narządów wewnętrznych
T29–T32 Oparzenia termiczne i chemiczne licznych i nieokreślonych okolic ciała
T33–T35 Odmrożenie
T36–T50 Zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi
T51–T65 Toksyczne skutki działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych

T66–T78 Inne i nieokreślone skutki działania czynników zewnętrznych
T79 Określone wczesne powikłania urazu
T80–T88 Powikłania opieki chirurgicznej i medycznej, niesklasyfikowane gdzie indziej
T90–T98 Następstwa urazów, zatruc i innych skutków działania czynników zewnętrznych

Do najbardziej ograniczających sprawność ruchową w grupie osób powyżej 50 roku życia należą zmiany zwyrodnieniowe stawów, zwłaszcza stawów biodrowych, kolanowych i kręgosłupa, które powodują pogorszenie sprawności ogólnej oraz mogą prowadzić do utraty samodzielności [7-10]. Z danych podawanych przez ZUS z raportu sporządzonego w 2022 roku wynika, że najczęstszą przyczyną absencji chorobowej 2021 roku u mężczyzn jak i u kobiet w Polsce były właśnie wymienione powyżej choroby układu kostno-stawowego i tkanki miękkiej łącznej (K 16,5%, M16,4%) oraz różnego rodzaju urazy (K 13,1%, M 13,3%) w populacji osób pracujących [11].

Etiologia i czynniki ryzyka

Jedną z chorób stawów jest **choroba zwyrodnieniowa stawów**. Jest to najczęstsza choroba układu ruchu. Rozwija się w wyniku zaburzenia jakości i ilości chrząstki stawowej, której zadaniem jest amortyzowanie ruchów stawu i umożliwienie przesuwania się powierzchni stawowych. Z czasem uszkodzeniu ulegają również inne struktury – kość pod chrząstką stawową, torebka stawowa, otaczające staw więzadła, ścięgna i mięśnie. Skutkiem tego są ból i sztywność stawu, a następnie zniekształcenie jego obrysów oraz ograniczenie ruchomości. Co prowadzi do pogorszenia jakości życia i niesprawności. Choroba zwyrodnieniowa stawów najczęściej atakuje kolana, biodra, kręgosłup, stawy palców rąk i stóp, ale może dotyczyć każdego stawu.

Choroba zwyrodnieniowa jest bardzo powszechna. Można ją rozpoznać u ponad połowy osób po 40. roku życia, a niemal u co piątej osoby stwierdza się istotne ograniczenie sprawności z jej powodu. Występuje z podobną częstością u kobiet i mężczyzn, aczkolwiek cięższe postaci dotyczą na ogół kobiet. Zmiany zwyrodnieniowe można stwierdzić na zdjęciach radiologicznych u ponad 80% osób po 55. roku życia, mogą one jednak nie dawać żadnych objawów klinicznych [7-12].

Jedną z chorób z omawianej grupy jest zapalenie ścięgien i pochewek ścięgnistych. Jest to bolesny stan zapalny ścięgna lub otaczającej go pochewki. Zapalenie najczęściej dotyczy obydwu tych struktur równocześnie. Choroba objawia się przede wszystkim ograniczeniem ruchomości, bolesnością i obrzękiem okolicy zmienionego zapalnie ścięgna. Zapalenie najczęściej dotyczy ścięgien okolicy barku, łokcia, dołu podkolanowego i ścięgna Achillesa [1-5].

Wśród chorób kręgosłupa najpowszechniejsze są **bóle kręgosłupa**. W międzynarodowych badaniach dotyczących epidemiologii bólów kręgosłupa wskazuje się na współczynniki rozpowszechnienia tych dolegliwości w populacji osób dorosłych na poziomie 15-30%, gdzie rozpowszechnienie jednomiesięczne waha się od 19 do 43%. Według innych danych blisko 70% populacji cierpi przynajmniej raz w ciągu życia z powodu bólu kręgosłupa [12,13]. W krajach wysoko rozwiniętych bóle dolnego odcinka kręgosłupa dotyczą 50-85% populacji. U ok. 25-60% chorych ból ten przybiera postać przewlekłą. W Europie szacuje się, że ból kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego występuje u 25-43% osób. W Polsce na ból kręgosłupa przynajmniej raz w życiu skarży się ok. 70% populacji, a ból w dolnym odcinku kręgosłupa odczuwa 44% Polaków. Promieniowanie wzdłuż kończyn dolnych towarzyszy 25-57% wszystkich bólów L-S. Przyczyną zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w 65% przypadków są zaburzenia struktur kręgosłupa. Zgodnie z danymi z literatury rozpowszechnienie prawdziwej rwy kulszowej to zaledwie 2-5% lub 13-40% wszystkich zespołów bólowych. Pozostała część chorych cierpi więc z powodu patologii innych struktur kręgosłupa. W przypadku zmian o charakterze korzeniowym patologia krążka międzykręgowego w 95% przypadków dotyczy poziomu L4 lub L5. Zmiany obejmują więcej niż jeden poziom u 27% chorych. Ból spowodowany przez struktury kręgosłupa w 27-31% przypadków jest wynikiem patologii stawów międzywyrastkowych. Najczęściej źródłem bólu są zmiany również na poziomie L4-L5 i L5-S1. Ból o charakterze rzekomo-korzeniowym oprócz stawów międzywyrastkowych powodują także w ok. 12% dysfunkcje stawów biodrowych, a w 16-30% dysfunkcje stawów krzyżowo-biodrowych. Duża zachorowalność wynika z szybko postępujących zmian trybu życia współczesnego człowieka, ograniczenia do minimum wysiłku fizycznego i związanego z tym osłabienia mięśni, otyłości, nieprawidłowej postawy ciała, niewłaściwego obciążenia kręgosłupa podczas pracy, powtarzania niektórych ruchów i urazów [14-16]. Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa są z reguły początkiem przewlekłych, często postępujących dolegliwości prowadzących nierzadko do niepełnosprawności, niezdolnych do pracy zawodowej i ograniczeń aktywności w życiu

codziennym [17-20]. Ból w okolicy lędźwiowo-krzyżowej jest jednym z objawów choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Ma charakter lokalny, często jednak promieniujący do pośladków, do kończyn, może objawiać się mrowieniem lub/i drętwieniem. Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa ma przebieg postępujący. Rozpoczyna się od zaburzenia miejscowego, pogorszenia biomechanicznego funkcjonowania kręgosłupa, miednicy, kończyn. Zmiany w łańcuchach biokinematycznych powodują powstanie uszkodzeń w obrębie krążka międzykręgowego, chrząstki stawowej, torebki stawowej układu więzadłowego. Organizm ma naturalną zdolność samonaprawy dlatego gojenie następuje przez powstanie miejscowego stanu zapalnego powodującego ból, który jest naturalnym, ale gdy stany przeciążeniowe, złe warunki biomechaniczne kręgosłupa się nie zmieniają stan ostry przechodzi w stan przewlekły, który powoduje już zmiany o charakterze zwyrodnieniowym. Układ ruchu zaczyna chorować [19,20]. Choroby układu ruchu po chorobach układu krążenia, nowotworach i cukrzycy są najbardziej rozpowszechnionym w krajach uprzemysłowionych. Brak ruchu w czasie wolnym dotyczy głównie mieszkańców dużych aglomeracji miejskich w wieku powyżej 35 lat. Głównymi czynnikami ryzyka występowania choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa są:

- wiek powyżej 40 roku życia,
- nadwaga,
- czynniki mechaniczne (praca zawodowa, sport wyczynowy),
- wady postawy,
- choroby metaboliczne,
- wady wrodzone i nabyte kończyn [21].

Inną chorobą z grupy chorób kręgosłupa jest **zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa** (ZZSK, choroba Bechterewa). Jest to przewlekła choroba zapalna atakująca kręgosłup, powodująca jego uciążliwy ból i postępującą sztywność. Mięwa zmienne nasilenie, od postaci łagodnych do bardzo ciężkich. W zaawansowanej postaci choroby w miejscu elastycznych połączeń kręgów tworzą się zespolenia kostne, powodujące postępujące ograniczenie ruchomości kręgosłupa. Skutkiem jest pochylenie do przodu sylwetki ciała (tzw. kifoza) i ciężka niesprawność. Choroba może również zajmować inne stawy (np. biodro, bark) oraz różne narządy (m.in. oczy, serce i płuca). Charakterystyczną cechą ZZSK jest zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych, łączących podstawę kręgosłupa z miednicą. W niektórych przypadkach zapalenie

obejmuje również stawy obwodowe oraz przyczepy ścięgna. Możliwe jest także wystąpienie objawów pozastawowych, takich jak zapalenie błony naczyniowej oka, zapalenie zastawek aorty, zmiany w jelitach, na skórze i błonach śluzowych. Następstwem choroby jest postępujące sztywnienie m.in. stawów kręgosłupa. Częstość występowania ZZSK znacznie się różni w poszczególnych rejonach świata. W Europie Środkowej choruje około 0,3–0,5% populacji. Choroba występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet. Rozpoczyna się najczęściej pod koniec okresu dojrzewania lub u młodych dorosłych (między 17. a 35. rż.), może jednak wystąpić również u dzieci i starszych osób [22-23].

Chorobą z grupy chorób stawów jest **reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)**.

RZS jest przewlekłą, zapalną, układową chorobą tkanki łącznej, charakteryzującą się niespecyficznym, symetrycznym zapaleniem stawów i występowaniem zmian pozastawowych. Reumatoidalne zapalenie stawów charakteryzuje się zapaleniem przeważnie symetrycznych stawów, uczuciem ich sztywności porannej powodującej ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu, mogą także wystąpić takie objawy ogólne, jak: gorączka, stany podgorączkowe, ogólne osłabienie, przewlekłe zmęczenie, zmniejszenie masy ciała; osłabienie może wynikać z pogłębiającej się niedokrwistości. W przebiegu RZS może dojść do uszkodzenia narządów wewnętrznych (nerek, serca, płuc) oraz zmian patologicznych w narządzie wzroku. Stopniowo RZS prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci. Szacuje się, że w populacji mieszkańców Europy i USA choruje na nią 0,5-2% społeczeństwa powyżej 15-go roku życia, a zapadalność waha się od 31 do 50 osób na 100 000 [24].

W Polsce z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów cierpi ok. 400 000 osób, a co roku odnotowuje się od 8 000 do 16 000 nowych przypadków [63]. Szacuje się, że spośród osób czynnych zawodowo w chwili zachorowania na RZS po 10 latach zdolność do pracy utraci 35–50% chorych, a po 20 latach – 50–75%. Chorzy na RZS w porównaniu z populacją ogólną są obarczeni dwukrotnie większym ryzykiem zgonu. RZS może wystąpić w każdym wieku, lecz największa zachorowalność przypada na 4. i 5. dekadę życia. Częściej chorują kobiety niż mężczyźni, a przewaga płci żeńskiej nad męską w zależności od populacji wynosi od 2:1 do 4:1. Częstość zachorowania na RZS w populacji europejskiej i północnoamerykańskiej waha się od 0,5% do 2%. Szacuje się, że w Polsce na reumatoidalne zapalenie stawów choruje około 1% populacji co oznacza, że choroba ta jest przyczyną niepełnosprawności około 400 tys. osób i świadczy o jej znaczeniu społecznym [1-5, 22].

Spondyloartropatie (SpA) to wzajemnie powiązana grupa chorób reumatycznych, charakteryzująca się wspólnymi objawami klinicznymi i podobieństwem uwarunkowań genetycznych. Do spondyloartropatii zaliczają się m.in.: zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (*ankylosing spondylitis*) oraz łuszczykowe zapalenie stawów (*psoriatic arthritis*) [2, 22].

Łuszczykowe zapalenie stawów jest przewlekłą autoimmunologiczną chorobą zapalną, charakteryzującą się występowaniem zapalenia stawów obwodowych, kręgosłupa lub przyczepów ścięgniastych u osoby z łuszczyką skóry lub paznokci. Wyróżnia się następujące postacie ŁZS (wg Molla i Wrighta): asymetryczna kilkustawowa – zwykle niesymetryczne zapalenie stawów (około 70% przypadków); wielostawowa, przypominająca RZS (15–20%); z dominującym zapaleniem stawów międzypaliczkowych dalszych, z częstym zajęciem paznokci (około 5%); okaleczająca, o bardzo ciężkim przebiegu (około 5%); osiowa, przypominająca ZZSK, ale typowe jest asymetryczne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych (około 5%) [2, 22, 25].

Jedną z chorób z omawianej grupy jest **dna moczanowa**. Dna moczanowa spowodowana jest odkładaniem w tkankach kryształów moczanu sodu. Najczęściej zajmuje stawy, co zazwyczaj objawia się atakami bardzo silnego bólu, obrzękiem i ograniczeniem ruchomości zajętego stawu. W zaawansowanej postaci choroby dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia narządu ruchu i niesprawności, a także do zajęcia innych narządów (uszkodzenia nerek, kamicy moczowej, tworzenia guzków dnawych w tkankach miękkich). Dna moczanowa występuje u 1–2% ludzi, głównie mężczyzn w średnim i starszym wieku, u których jest to najczęstsza postać zapalenia stawów. Rzadziej chorują kobiety. Częstość występowania dny moczanowej zwiększa się wraz z dostatnim życiem, co wiąże się z dietą sprzyjającą hiperurykემii, otyłością i innymi chorobami cywilizacyjnymi [22-23].

Zaraz po zmianach stawów o podłożu reumatycznym, kolejną istotną przyczyną schorzeń układu ruchu są **bóle i/lub urazy pleców oraz schorzenia kończyn górnych** związane z pracą (powszechnie nazywane „urazami spowodowanymi chronicznym przeciążeniem organizmu”). Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego zwykle dotyczą pleców, karku, ramion i kończyn górnych, choć mogą również dotknąć kończyn dolnych. Obejmują one wszelkie urazy lub schorzenia stawów i innych tkanek. Spektrum problemów zdrowotnych rozpoczyna się od drobnych bólów, a kończy na poważnych schorzeniach, wymagających leczenia

farmakologicznego i rehabilitacji. W przewlekłych przypadkach mogą one nawet prowadzić do niepełnosprawności i konieczności rezygnacji z pracy [26-32].

Rozpoznanie schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa różni się w zależności od jednostki chorobowej. Ustalenie rozpoznania choroby wymaga analizy objawów, jakie stwierdza się u pacjenta, jak również wniosków z badania pacjenta przez lekarza i z badań dodatkowych wykonanych po ocenie chorego przez lekarza. Ten schemat postępowania jest podstawą diagnostyki wszystkich chorób, w tym chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa. Szczególne znaczenie ma ocena pacjenta przez doświadczonego reumatologa, ponieważ wiele objawów nie jest specyficznych dla konkretnej choroby, a najistotniejsze jest ich powiązanie z informacjami uzyskanymi od pacjenta. Przeprowadzone w dalszej kolejności badania laboratoryjne i obrazowe potwierdzają lub wykluczają wstępną diagnozę [1-5,31-35].

Naturalny przebieg chorób narządu ruchu zmienia się w czasie, występują okresy remisji i zaostrzeń, dlatego leczenie nie powinno opierać się na sztywno ustalonym schemacie, lecz powinno być okresowo weryfikowane i dostosowane do aktualnej sytuacji i oczekiwań chorego. Celem leczenia jest nie tylko złagodzenie bólu, lecz także poprawa czynności i ograniczenie niesprawności, zahamowanie lub spowolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej następstwom. Leczenie wymaga połączenia metod nefarmakologicznych oraz farmakologicznych i powinno uwzględniać następujące czynniki:

- ogólne czynniki ryzyka (wiek pacjenta, choroby współistniejące, polipragmazja lekowa);
- stopień nasilenia bólu i niesprawności;
- objawy stanu zapalnego;
- lokalizacja i stopień uszkodzenia struktur narządu ruchu.

Oprócz farmakoterapii w leczeniu objawowym chorób układu mięśniowo-szkieletowego zaleca się stosowanie wielokierunkowej terapii z uwzględnieniem fizykoterapii, rehabilitacji, psychoterapii, metod neuromodulacji, a u wybranych pacjentów – metod inwazyjnych (blokad, neurodestrukcji, endoprotezoplastyki) [1,15,17,32].

Kolejną przyczyną niesprawności w funkcjonowaniu układu kostno-stawowego i tkanki miękkiej są jej urazy bezpośrednie, nagłe, wynikające najczęściej z działania czynników zewnętrznych takich jak: upadek, zmiżdżenie, wypadek komunikacyjny, upadek z wysokości itp. Bardzo często urazy nabywane są w miejscu pracy i w konsekwencji doprowadzają do poważnych operacji narządu ruchu:

- **Złamania kości kończyn, miednicy i kręgosłupa** są najczęściej operowane. To wczesna stabilizacja złamań miednicy, kręgosłupa i dużych kości ma istotne znaczenie dla zapewnienia choremu możliwości prawidłowego usprawniania fizjoterapeutycznego. Niezaopatrzone złamania są stałym źródłem dodatkowego urazu przy każdym poruszeniu: zmianie pozycji, przewożeniu w celu wykonania badań diagnostycznych, rehabilitacji.

- **Urazy głowy są zwykle złamaniami kości twarzo- i mózgowcowej,** stłuczeniami mózgu, małymi krwawkami przymózgowymi i krwawieniami podpajęczynówkowymi, niewymagającymi leczenia operacyjnego. Tylko ok. 20–25% (zwykle krwawek śródczaszkowych) wymaga interwencji operacyjnej;

- **Urazy brzucha,** które przebiegają z krwawieniem do jamy otrzewnowej, są z zasady zawsze operowane. Krwawki zaotrzewnowe, zaliczane do obrażeń jamy brzusznej, są skutkiem złamań miednicy, kręgosłupa i uszkodzenia nerki; najczęściej leczy się je zachowawczo.

- **Urazy klatki piersiowej** to najczęściej stłuczenia płuc, złamania żeber i odmy opłucnowe, które nie wymagają leczenia operacyjnego [35].

Rehabilitacja, wg. nowo zaproponowanej definicji WHO to: zestaw interwencji mających na celu zoptymalizować funkcjonowanie i ograniczać niepełnosprawność osób z problemami zdrowotnymi w interakcji z otoczeniem. Stan zdrowia może obejmować chorobę, zaburzenie, uraz, a także inne okoliczności, takie jak ciąża, starzenie się, stres, wady wrodzone lub predyspozycje genetyczne. Rehabilitacja ma na celu maksymalizację możliwości danej osoby zdolność do życia, pracy i uczenia się. Rehabilitacja została uznana przez WHO nie za koszt, ale za **najlepszą z możliwych inwestycji**. Jest wkładem w zdrowie publiczne i **strategią zdrowia na XXI wiek**. Nie można pominąć faktu, że żyjemy coraz dłużej, ale coraz częściej jako osoby z niepełnosprawnościami. Na świecie (zgodnie z badaniami WHO, na podstawie

wskaźnika GBD, ang. *global burden of disease*) **2,3 mld ludzi potrzebuje rehabilitacji**, a to blisko 1/3 populacji świata [36].

Rehabilitacja stanowi zasadniczą formę leczenia i przywracania sprawności fizycznej osób z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego oraz ze schorzeniami kręgosłupa. W realizacji procesu rehabilitacji wykorzystuje się szereg specjalistycznych metod i technik. Głównie są to zabiegi fizjoterapeutyczne, które obejmują **kinezyterapię**, **masaż** oraz **fizykoterapię**. Fizjoterapeuta to również edukator zdrowotny, który w swoim zakresie kompetencji zawodowych oprócz wykonywania czynności manualnych, zajmuje się również popularyzowaniem zachowań prozdrowotnych, kształceniem, edukowaniem w zakresie szeroko definiowanej fizjoprofilaktyki.

Fizjoterapia jest obszernym działem medycyny zajmującym się w szczególności leczeniem zachowawczym (nieoperacyjnym), z wyłączeniem leczenia farmakologicznego. Faktem jest jednak, że większość osób szuka pomocy u fizjoterapeuty lub jest do niego kierowana w przypadku dolegliwości typu dysfunkcja narządu ruchu, a konkretnie w przypadkach takich jak dolegliwości bólowe i urazy ze strony układu mięśniowo-szkieletowego.

Kinezyterapia to składowa rehabilitacji, której środkiem leczniczym jest ruch przyjmujący różną formę aktywności. Obejmuje ona terapię zespołów bólowych kręgosłupa i chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Natomiast fizykoterapia oznacza stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii, która jest wytwarzana za pomocą aparatury (ultradźwięki, krioterapia, elektroterapia, magnetoterapia, światłolecznictwo, laseroterapia, ciepłolecznictwo). W leczeniu usprawniającym pełni ona funkcję pomocniczą, dlatego rzadko stosuje się ją jako zabieg podstawowy, ale w połączeniu z usprawnianiem kinezyterapeutycznym pełni znaczącą rolę. Przygotowuje pacjenta do ruchu ale również wspomaga poprzez działanie przeciwpalne, rozluźniające, rozgrzewające oraz łagodzące ból [17,37].

W przypadku chorób oraz urazów układu mięśniowo-szkieletowego celem kinezyterapii jest: zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa, przykurczom i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie, utrzymanie bądź zwiększenie siły mięśni, poprawa albo utrzymanie wydolności układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego oraz poprawa sprawności ogólnej (ruchomości, wytrzymałości). Przez poprawę sprawności ogólnej rozumie się zdolność do wykonywania lekkiej pracy fizycznej i podstawowych czynności dnia codziennego (zarówno w pracy zawodowej, jak i prac domowych). Istotne jest to, aby plan rehabilitacji był dostosowany do potrzeb

chorego podyktowanych jego stanem. Fizjoterapia powinna być zindywidualizowana ze względu na różne wymagania rehabilitacyjne pacjentów. Taki indywidualny plan musi uwzględniać cel, typ, częstotliwość oraz intensywność podejmowanych działań. Konieczne jest aby kompletny, zróżnicowany program podejmowanych działań mających na celu przywrócenie maksymalnej sprawności pacjenta podejmowany był najszybciej jak to jest możliwe. W przeciwnym wypadku utrata sprawności fizycznej ale i w konsekwencji ograniczenia społeczne i ekonomiczne pacjenta prowadzić mogą do niepełnosprawności [28-54].

B. Epidemiologia

Choroba zwyrodnieniowa stawów, urazy oraz bóle mięśniowo szkieletowe są bardzo poważnym problemem współczesnego, zindustrializowanego społeczeństwa.

Szacuje się, że 100 milionów Europejczyków cierpi na przewlekłe bóle mięśniowo-szkieletowe, z czego ponad 40 milionów pracowników zatrudnionych w krajach UE to osoby chore, co stanowi blisko połowę wszystkich odnotowywanych tam zaburzeń zdrowotnych związanych z pracą. Szacuje się, że koszty społeczne związane z występowaniem schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego wynoszą od 0,5 do 2,0 procent produktu krajowego brutto (PKB). Opublikowane przez Fundację Europejską Czwarte Europejskie Badanie Warunków Pracy ujawniło, że 25% osób zatrudnionych w krajach UE cierpi na okresowe bóle pleców, a 23% – na bóle mięśni. Co więcej, Komisja Europejska szacuje, że schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego są przyczyną 50% nieobecności w pracy trwających 3 lub więcej dni oraz 60% przypadków trwałej niezdolności do pracy [29]. A opublikowane nowe dane z 2019 roku przez GUS, na podstawie wyników badania EHIS, wskazują, że ponad 70% pięćdziesięciolatków zgłasza dolegliwości zdrowotne lub choroby przewlekłe. Odsetek ten wzrasta w następnej grupie wiekowej, czyli sześćdziesięciolatków już do 82%. W przedziale wiekowym 50-69 lat są to takie dolegliwości bólowe jak : bóle dolnej partii pleców (35,5%-49,8%), bóle szyi (23,3%), bóle środkowej partii pleców (22,5%-23,4%), choroby zwyrodnieniowe stawów (18,9%-29,3%) [38].

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz urazy, zatrucia i inne schorzenia wywołane czynnikami zewnętrznymi również dla mieszkańców Polski stanowią najważniejszy problem zdrowotny. Zarówno subiektywne jak i obiektywne mierniki stanu zdrowia ludności wskazują, że stan zdrowia społeczeństwa polskiego jest gorszy od przeciętnego dla ogółu mieszkańców Unii Europejskiej. Jak wynika z

badania EU-SILC, realizowanego pod auspicjami Eurostatu w państwach członkowskich UE, odsetek mieszkańców Polski zarówno mężczyzn jak i kobiet, oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły jest wyraźnie większy niż przeciętny dla krajów UE. Ponadto Polska jest drugim w kolejności krajem UE pod względem liczby pracowników zgłaszających nawracające dolegliwości bólowe pleców i mięśni. Uznaje się, że około 300-400 tys. Polaków może cierpieć na reumatoidalne zapalenie stawów lub spondyloartropatie zapalne [33].

Poddając analizie uwarunkowania epidemiologiczne w Polsce należy zauważyć, iż choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego mają wysoki udział w przyczynach orzekania o niezdolności do pracy. W 2014 r. zarejestrowano 396 977 hospitalizacji, a w roku 2021 już 399 795 hospitalizacji, których główną przyczyną były choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej przy czym osoby w wieku 45–64 lata stanowiły ponad 40% tej grupy w roku 2014 i 36,5% w roku 2021. W 2014 r. zarejestrowano ponad 157 tys. hospitalizacji z powodu choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej wśród mężczyzn (88,4/10 tys. mieszkańców) oraz niemal 240 tys. wśród kobiet (120,7/10 tys.). W roku 2021 zauważono nieznaczny wzrost liczby zachorowań u mężczyzn, było ich 167 tys, natomiast u kobiet mały spadek, do wartości 233 tys. hospitalizacji [59]. Według Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w 2014 r. w Polsce choroby układu kostno-stawowego były przyczyną 13,5% orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy, ale już w roku 2022 wartość wzrosła do 19,1% [37]. Z powodu tych chorób w grupie mężczyzn wydano w 2014 - 3 616, a w roku 2022- 4 478 orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy (w tym: niezdolność do samodzielnej egzystencji, całkowitą niezdolność do pracy, częściową niezdolność do pracy). W grupie kobiet było to 2 445 w 2014 roku a już w 2022 roku 3 024 orzeczeń. Autorzy raportu *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce (2011)* wskazują, że średni wiek osoby rehabilitowanej w Polsce wynosi 46 lat, ale już wg. danych ZUS w roku 2022 ta średnia wynosiła 52,2 lata (M=53,9, K=49,2). Co ciekawe najczęściej chorującą grupą były osoby między 50-59 rokiem życia. [30, 55-60].

Zgodnie z informacjami podanymi przez ZUS w 2015 roku lekarze orzecznicy ZUS wydali po raz pierwszy dla celów rentowych łącznie 170,7 tys. orzeczeń, tj. o 1,9 tys. więcej niż w roku 2014. W roku 2022 tych orzeczeń zostało wydanych jeszcze więcej 173,5 tys. Największą grupę (97,3 tys. tj. 57% w 2015 i 109,6 tys. tj. 63,2% w roku 2022) stanowiły orzeczenia wydane osobom, którym przyznano uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego. Spośród pozostałych orzeczeń większość to

orzeczenia z ustaloną niezdolnością do pracy. Wyniki analizy w/w orzeczeń potwierdziły, że najczęściej powstanie niezdolności do pracy powodowały choroby związane z ogólnym stanem zdrowia i było to m.in.: choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego [59,60]. W dynamice orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy w 2015 roku w stosunku do 2011 roku i do 2014 roku zauważalny jest wzrost w/w orzeczeń, ale w kolejnych latach do roku 2022 liczba ta spadała. W 2022 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 46 088,3 mln zł i w porównaniu do 2021 r. wzrosły o ponad 1,6 mln zł. Kwota tych wydatków w minionym roku stanowiła 1,5% PKB i w stosunku do roku poprzedniego udział ten zmniejszył się o 0,2 punktu procentowego. Rokrocznie zmniejsza się również udział wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (bez absencji chorobowej finansowanej z funduszy zakładów pracy) do wydatków na świadczenia pieniężne ogółem realizowane przez ZUS. W 2018 r. udział tych wydatków wynosił 12,8%, a w 2022 r. – 11,7%. [56-60]

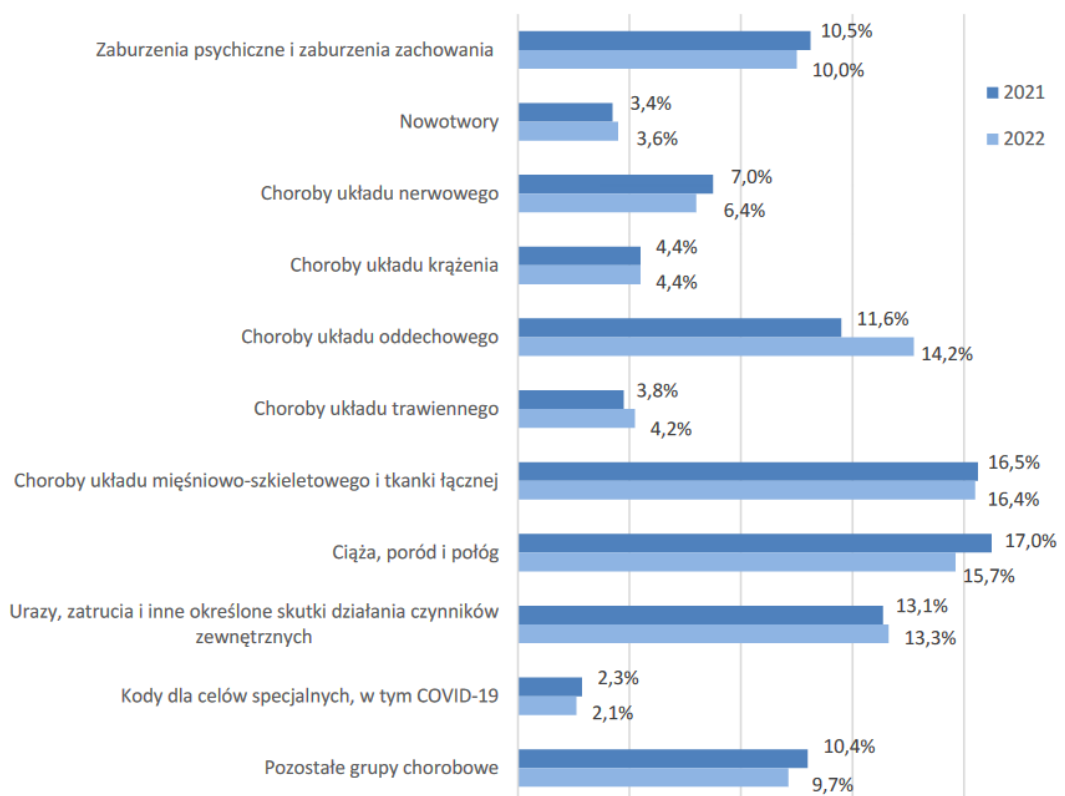
W ocenie poziomu wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy istotny jest również wskaźnik wydatków przypadających na jedną osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym. Najwyższe wydatki odnotowano w odniesieniu do m.in. chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych [60].

Województwo wielkopolskie jest trzecim w skali kraju pod względem liczby ludności. Chorobowość osób dorosłych w 2019 roku w województwie wielkopolskim związana z chorobami układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej stanowiła trzeci co do wielkości odsetek przyczyn chorobowości w województwie po chorobach układu krążenia i chorobach nowotworowych [38,58].

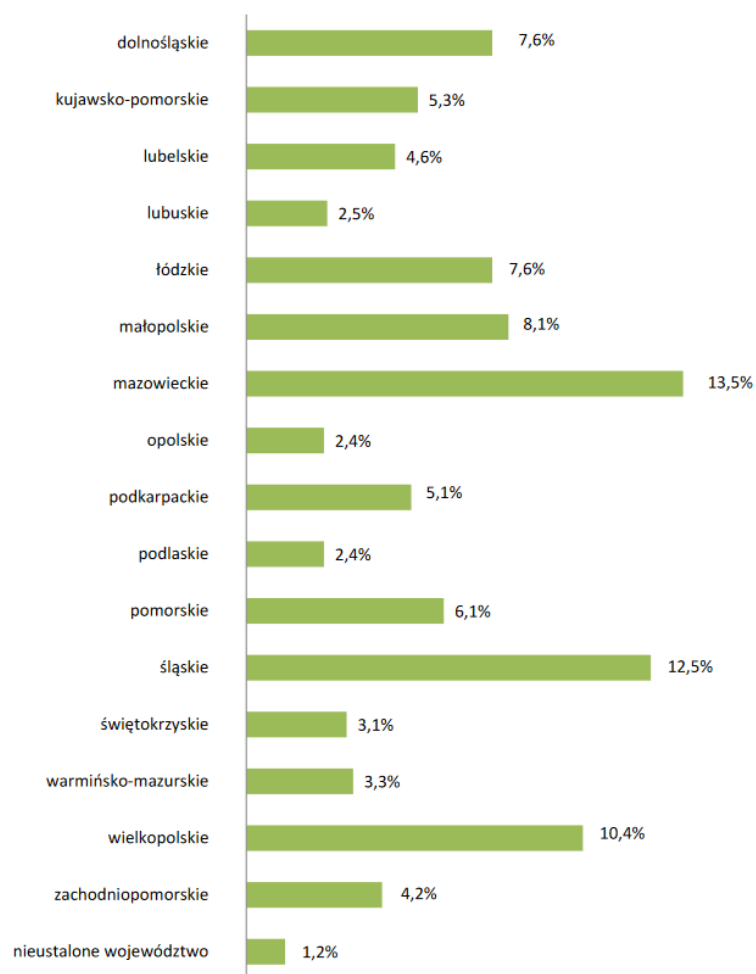
Obok chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej, powodujących w konsekwencjach wysoką absencję chorobową pracowników, można zaliczyć również urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (nie biorą pod uwagę ciąży i porodu jako drugiej przyczyny nieobecności w pracy). W roku 2022 w Polsce wydano ponad 23,6 mln zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej (najczęściej z rozpoznaniem ICD10 z grupy M00-M99 oraz S00-T98). To stanowiło 274,3 mln dni absencji chorobowej z tytułu niezdolności do pracy. W Wielkopolsce wydano tych zaświadczeń lekarskich 2 289,9 tys. w roku 2022 i stanowiło to 24 879,6 dni, średnio było to około 10,4 dni dla jednego zaświadczenia lekarskiego. Poniżej przedstawiono rycinę 1 z najczęstszymi jednostkami chorobowymi, które były

najczęstszą przyczyną absencji chorobowej w pracy w Polsce oraz w poszczególnych województwach. Natomiast rycina 2 przedstawia strukturę dni absencji z powodu chorób własnych i w Wielkopolsce ten wynik plasuje się na trzecim miejscu w kraju i wynosi 10,4% [11,57,60].

Rycina 1. Struktura dni absencji chorobowej w 2022 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych w Polsce [60]



Rycina 2. Struktura dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według województw [60]



Biorąc pod uwagę przyczynę rehabilitacji to głównym rozpoznaniem w Wielkopolsce w roku 2022 były choroby układu kostno-stawowego i tanki łącznej i pacjenci z tym rozpoznaniem stanowili 67%, drugi powód rehabilitacji w Wielkopolsce to pacjenci z rozpoznaniem chorób układu nerwowego 18%, a trzeci to pacjenci z urazami i oni stanowili 10% pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych. [58,61,62].

Zgodnie z dokumentem „Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.” rehabilitacja umożliwia osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu. Poza niezaprzeczalną korzyścią dla pacjenta proces ten wpływa także na zmniejszenie obciążenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (wcześniej-sze zakończenie zwolnienia lekarskiego) oraz na zwiększenie PKB (wcześniejszy powrót do pracy lub większa wydajność pracownika dotkniętego schorzeniem). Rehabilitację charakteryzuje długi czas oczekiwania, co jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach. Tacy pacjenci ze względu na swój stan zdrowia powinni w możliwie najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne gwarantujące skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych. Zgodnie z raportem konsultanta krajowego z dziedziny rehabilitacji medycznej z 2019 r., choroby i urazy układu nerwowego i narządu ruchu będą dominować w starzeją-cym się społeczeństwie. Dodatkowo o zasadności realizacji projektu świadczy zbyt długi czas oczekiwania na rehabilitację medyczną w warunkach ambulatoryjnych. W lutym 2020 r. na ww. świadczenia oczekiwało 1,04 mln pacjentów, co w odniesieniu do liczby 2,99 miliona pacjentów korzystających z rehabilitacji ambulatoryjnej w całym 2019 r. pokazuje skalę braku zaspokojenia potrzeby na świadczenia.

C. Struktura populacji kwalifikująca się do włączenia do programu

Zgodnie z założeniami programu grupą docelową są osoby pracujące lub zarejestrowane jako bezrobotne z województwa wielkopolskiego. Według danych Urzędu Statystycznego w Poznaniu stan ludności dla województwa wielkopolskiego wynosił w 2021 roku ogółem 3 500 030 osób w tym 1 700 978 mężczyzn i 1 799 052 kobiet [58].

Tabela 2. Ludność województwa wielkopolskiego z podziałem na grupy wiekowe

WIEK AGE	2015	2019	2020	2022					
				ogółem grand total	z liczby ogółem of grand total number				
					mężczyźni males	miasta urban areas		wieś rural areas	
						razem total	w tym mężczyźni of which males	razem total	w tym mężczyźni of which males
O G Ó Ł E M TOTAL	3475323	3498733	3507042	3493577	1697252	1861954	882867	1631623	814385
0– 2 lata	109232	115865	110419	98740	50538	47936	24590	50804	25948
3– 6	159859	149036	156811	156471	80473	73307	37773	83164	42700
7–12	221144	241295	241483	234823	120737	109921	56381	124902	64356
13–15	103169	106100	110361	122095	62880	58549	30014	63546	32866
16–18	110110	101267	99306	104919	54171	49970	25714	54949	28457
19–24	261101	223200	221459	208779	106669	103318	51831	105461	54838
25–29	263922	233466	228105	209800	106422	115151	57097	94649	49325
30–34	301058	272534	264925	252816	128033	135812	68582	117004	59451
35–39	286749	299841	300111	291519	147603	153648	77591	137871	70012
40–44	250424	279896	285138	289998	146579	153450	76749	136548	69830
45–49	207880	237762	247479	264604	132905	138676	68524	125928	64381
50–54	210711	201178	203266	216045	107217	112413	54349	103632	52868
55–59	246613	209567	202696	195485	95082	103712	48819	91773	46263
60–64	235077	239629	232413	213396	100404	117588	53016	95808	47388
65–69	202867	213581	215773	219755	98959	129875	55636	89880	43323
70–74	94920	164627	179235	183213	77643	112576	45793	70637	31850
75–79	89907	79760	78831	106309	41901	67437	26037	38872	15864
80 lat i więcej and more	120580	130129	129231	124810	39036	78615	24371	46195	14665

Według danych opracowanych przez Urząd Statystyczny w Poznaniu *Aktywność ekonomiczna ludności w województwie wielkopolskim w 4 kwartale 2022 r.* zbiorowość aktywnych zawodowo obejmowała 1 654 000 osób. Aktywni zawodowo stanowili 59,7% ogółu ludności w wieku 15–89 lat. Biorąc pod uwagę kryterium wieku, najwyższą wartość współczynnika aktywności zawodowej zaobserwowano w grupie 35–44 lata (92,9%; o 0,2 punktu % mniej niż w analogicznym kwartale 2021 r.), natomiast najniższą dla osób w wieku 55–89 lat (27,5%; spadek o 0,2 punktu %) [58].

D. Obecne postępowanie

Świadczenia medyczne z zakresu rehabilitacji leczniczej finansowane są ze środków publicznych, m.in. poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Na terenie województwa wielkopolskiego w roku 2023 działało 232 podmioty udzielające świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej posiadających podpisane umowy z NFZ. W ramach rehabilitacji schorzeń narządu ruchu dostępne są świadczenia gwarantowane obejmujące m.in.:

- lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną – obejmującą poradę lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej (200 świadczeniodawców);

- fizjoterapię ambulatoryjną – obejmującą wizytę fizjoterapeutyczną, zabiegi fizjoterapeutyczne (200 świadczeniodawców);
- fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (200 świadczeniodawców);
- fizjoterapię domową – obejmującą poradę lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, zabiegi oraz wizytę fizjoterapeutyczną (34 świadczeniodawców);
- fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (34 świadczeniodawców);
- rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną w ośrodkach lub w oddziale dziennego pobytu - (21 świadczeniodawców) [63-66].

Nie gwarantuje to jednak pełnej dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla wszystkich pacjentów, co pokazują dane zawarte w kolejkach oczekujących na wykonanie świadczenia medycznego [66]. Kontrola NIK z 2017 roku [67] raportowała to ponownie w dokumencie **„Informacja o wynikach kontroli raport: System ochrony zdrowia w Polsce– stan obecny i pożądane kierunki zmian”**. Kontrola wykazała dużą niedostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w oddziałach rehabilitacyjnych – 464 dni, rehabilitacji narządu ruchu – 392 dni, rehabilitacji neurologicznej – 203 dni oraz rehabilitacji pulmonologicznej 191 dni. Z informacji dostępnych na stronach Wielkopolskiego Oddziału NFZ wynika, że np. w Rawiczu na fizjoterapię ambulatoryjną najbliższy termin jest na wrzesień 2024 roku, oczekuje się średnio 315 dni, w Pile 90 dni, w Poznaniu termin oczekiwania do niektórych ośrodków wynosi również 320 dni (stan na 14.11.2023r) [66].

W latach ubiegłych na terenie kraju realizowane były różne programy zdrowotne. Popularna była tematyka związana z przewlekłymi schorzeniami układu kostno-stawowego, przy czym realizowano głównie działania w zakresie profilaktyki wad postawy oraz osteoporozy. W latach 2018-2023 na obszarze województwa wielkopolskiego został zrealizowany program profilaktyki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej.

Program został opracowany i wdrożony w odpowiedzi na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, a tym samym zapewnienia możliwości jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów, tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwala to na zapobieganie

poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym koszcie powrotu do pełnego zdrowia [65,66]. Przedstawiona tematyka Programu jest zgodna z dokumentem pn. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” (Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.) – Narzędziem 1.2: Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących”. Cele działań zakładanych w Programie są kontynuacją założeń zrealizowanego na terenie całego województwa w latach 2014-Wielkopolskiego programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej. Ponadto planowane interwencje obejmują przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Realizacja działań powinna służyć wspieraniu systemu rehabilitacji z zapewnianiem szybszego dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz wspieraniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji. Z powyższych najnowszych danych dla województwa wynika jednak, że potrzeba kontynuacji podjętych działań się nie zmniejszyła, a dane liczbowe świadczą o zwiększonej potrzebie, ponieważ czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej jest jeszcze dłuższy a grupa docelowa jest jeszcze większa gwarantowane świadczenia nie spowodowały zmniejszenia dni oczekiwania na proces usprawniania.

E. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Biorąc pod uwagę aktualne problemy zdrowotne współczesnego, zindustrializowanego społeczeństwa oraz postępujący proces starzenia się populacji, należy podejmować działania ukierunkowane na profilaktykę chorób i urazów układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa, a także na poprawę funkcjonowania fizycznego ogółu mieszkańców ze szczególnym uwzględnieniem osób pracujących lub zarejestrowanych jako bezrobotne, wśród których powszechnie występują m.in. choroby zwyrodnieniowe stawów oraz urazy. Proponowany program zdrowotny ma na celu zwiększenie dostępności do działań w ramach rehabilitacji medycznej, ale też ma obejmować działania edukacyjne, prozdrowotne oraz promować aktywność fizyczną, np. w czasie wolnym od pracy. Realizacja programu pozwoli w przyszłości obniżyć koszty leczenia negatywnych skutków przewlekłych

schorzeń układu kostno-stawowego, rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności. Rehabilitacja jest istotna w leczeniu wielu schorzeń. Zgodnie z pierwszym punktem wytycznych postępowania rehabilitacyjnego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji główną zasadą rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK jest kompleksowość postępowania, to jest łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychologicznych. Prognozowany niestety jest wzrost zapotrzebowania na fizjoterapię ambulatoryjną, związany ze zmianami demograficznymi co przełoży się na wzrost oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej. Na poziomie ponadregionalnym założenia RPZ wpisują się w Działanie 2.8.1. (aktualizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265), ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów „ostrych”) Krajowego Planu Transformacji, którego oczekiwanymi do osiągnięcia rezultatami powinno być przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym oraz zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych.

II. Cele programu

A. Cel główny programu

Uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników Programu, u co najmniej 70% osób uczestniczących w programie rehabilitacji leczniczej w okresie jego realizacji.

B. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie poprawy sprawności funkcjonalnej w obszarze schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa u co najmniej 75% uczestników.
2. Zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 85% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe.

3. Wzrost częstości podejmowanej aktywności fizycznej u co najmniej 20% uczestników.
4. Wzrost poziomu wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, profilaktyki schorzeń narządu ruchu, utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych i ergonomii w miejscu pracy u 90% uczestników.

C. Mierniki efektywności programu

- Liczba osób, u których nastąpiła poprawa w obszarze schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa po uczestnictwie w programie (mierzona za pomocą kwestionariusza SF-36 podczas I i III wizyty, załącznik numer 3) – 75%.
- Liczba osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych (sprawdzone za pomocą porównania wyników testów skali VAS wykonywanych podczas I i III wizyty, załącznik numer 7) - 85%
- Liczba osób, u których zwiększyła się częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej (sprawdzone za pomocą porównania wyników testów **Godin Leisure-Time Exercise** wykonywanych podczas I i III wizyty, załącznik numer 7) - 20%
- Liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, profilaktyki schorzeń narządu ruchu, utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych i ergonomii w miejscu pracy (porównanie wyników testu podczas I i III wizyty, załącznik numer 7) - 90%
- Liczba osób, które podjęły lub kontynuują zatrudnienie – 50% (badane podczas zbierania danych osobowych o uczestniku podczas I oraz III wizyty).

Wszystkie powyższe wartości dla poszczególnych mierników efektywności programu zostały oszacowane na podstawie wyników osiągniętych w ramach zrealizowanego *Wielkopolskiego programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej w latach 2018-2023*.

Ogólna liczba uczestników programu szacowana jest na 10 000 osób.

III. Adresaci programu

A. Oszacowanie populacji biorącej udział w programie

Działaniami informacyjno-edukacyjnymi zostaną objęci pracujący lub zarejestrowani jako bezrobotni mieszkańcy województwa wielkopolskiego oraz Urzędy Pracy i pracodawcy zatrudniający uczestników Programu. Będą to również jednostki administracji państwowej, samorządowej, jednostki edukacyjne, placówki służby zdrowia itp., oraz pracodawcy sektora prywatnego.

Działaniami profilaktyczno-rehabilitacyjnymi, których celem jest zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących schorzeń oraz urazów układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wraz z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa, objęta zostanie populacja osób powyżej 18 roku życia pracujących lub zarejestrowanych jako bezrobotne w województwie wielkopolskim. Zgodnie z „Wytocznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”, regionalne programy zdrowotne realizujące działania z obszaru rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia są kierowane do:

- osób zatrudnionych narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych,

lub

- osób bezrobotnych zarejestrowanych, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.

W województwie wielkopolskim, liczba osób aktywnych zawodowo w 2022, w czwartym kwartale wynosiła 1 623 000 osób, z czego średnia liczba osób powyżej 15 roku życia cierpiących z powodu bólów dolnej partii pleców, środkowej partii pleców, czy bólów szyi (karku) oscylowała w województwie wielkopolskim w wysokości ok. 55%, co stanowi ok. 892 650 osób¹.

W Wielkopolsce w roku 2022 wystawiono 2 289,9 tys. zaświadczeń lekarskich w tym 16% z wszystkich zaświadczeń wystawiono „z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej” co stanowi 366 384 zaświadczeń (*patrz część*

¹ Polityka zdrowotna województwa wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021 – 2030, Poznań 2020
https://www.umww.pl/artykuly/61285/pliki/20210111105252_politykazdrowotnawojewdztwawielkopolskiegowzakresiezdroviapublicznegopromocjiiprofilaktykizdrowotnejnalata20212030.pdf

I.B. Epidemiologia). W związku z powyższym przyjęto, iż średnio na 1 pacjenta wystawiono co najmniej dwukrotnie zaświadczenie. Tym samym oszacowano, iż liczba osób, która otrzymała zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z ww. powodu to 183 192 osób, czyli blisko 11% osób w populacji aktywnych zawodowo.

W programie ze względu na ograniczenia budżetowe planuje się objąć wsparciem 10 000 osób, które skorzystają ze świadczeń rehabilitacyjnych (co stanowi około 5,5% osób ze 183 192 osób, czyli szacowanej grupy otrzymujących zaświadczenie lekarskie z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej). Ponadto zakłada się, iż około 2% pacjentów nie spełni kryteriów kwalifikacji i nie zostanie objęte programem. Powyższy procent osób skorzysta jedynie z wizyty kwalifikacyjnej. W związku z powyższym ostateczna liczba osób zgłaszających się do programu stanowi **10 200 osób**.

B. Tryb zapraszania do programu

Podmiot realizujący zorganizuje kampanię informacyjno-edukacyjną do programu, za którą będzie w pełni odpowiedzialny. Celem działań informacyjno-edukacyjnych w ramach programu jest poinformowanie ogółu społeczeństwa o realizacji programu oraz o źródłach jego finansowania, o problemie zdrowotnym, do którego program się odnosi, o tym, kto może wziąć udział w programie oraz o kryteriach i sposobie kwalifikacji uczestników programu. Wszystkie powyższe informacje umieszczone zostaną na stronie internetowej podmiotu realizującego program, a treści edukacyjne zostaną wydane również w formie plakatu, broszurki edukacyjnej.

Mieszkańcy województwa wielkopolskiego oraz pracodawcy będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów, stron internetowych samorządów terytorialnych, lokalnych forów internetowych oraz plakatów, ulotek, broszur edukacyjnych. Osoby z grupy docelowej zostaną poinformowane o akcji także poprzez zakłady pracy, urzędy pracy itp. Zaleca się wykorzystanie następujących sposobów informacyjnych:

- przesłanie informacji drogą mailową, rozesłanie ulotek, plakatów, materiałów promocyjnych do następujących instytucji:
 - zakładów pracy, szczególnie tam gdzie pracownik narażony jest na długotrwałą pracę fizyczną np. w fabrykach;
 - poradni rodzinnych i innych placówek medycznych np.: placówek medycyny pracy, ośrodków pomocy społecznej (OPS), powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR), organizacji pozarządowych działających

na rzecz pracowników, jednostek samorządu terytorialnego, powiatowych urzędów pracy.

Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia wiedzy o programie zależy od tego, jakie narzędzia zaproponuje beneficjent w swoim projekcie.

IV. Organizacja programu

Program będzie realizowany za pośrednictwem projektów wybranych do dofinansowania w drodze konkursu ogłoszonego przez Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego.

Ogłoszony konkurs zostanie przeprowadzony zgodnie z wymogami:

- Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027;
- Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027.

W przypadku programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków EFS+, wybór realizatora programu polityki zdrowotnej następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 14 Ustawy wdrożeniowej.

W konkursie składane będą wnioski o dofinansowanie projektów, podlegające ocenie. Do konkursu mogą przystąpić wszystkie podmioty, z wyłączeniem osób fizycznych (nie dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą lub oświatową na podstawie przepisów odrębnych), w szczególności: podmioty wykonujące działalność leczniczą wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w tym fizjoterapeuci wykonujący jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna.

Dopuszczalna jest realizacja projektów dotyczących niniejszego Programu w partnerstwie (w rozumieniu Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027) przez podmioty wnoszące do projektu zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne lub finansowe. Z partnerstwa powinna wynikać wartość dodana. Szczegółowe warunki w zakresie partnerstwa zostaną określone w Regulaminie konkursu.

A. Etapy i działania organizacyjne

Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W ramach każdego projektu świadczenia rehabilitacyjne będą udzielane przez podmiot leczniczy. W ramach każdego projektu zrealizowane zostaną wszystkie etapy zakładane w programie.

W ramach programu każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do niego będzie mogła skorzystać z cyklu działań z zakresu profilaktyki i rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej oraz kręgosłupa a także skorzysta z edukacji i promocji zdrowia.

Pierwszym etapem programu będzie **akcja informacyjno-edukacyjna** prowadzona metodami opisanymi w punkcie III B.

Drugi etap programu to rozpoczęcie **działań profilaktyczno-rehabilitacyjnych, edukacyjnych oraz sportowo-rekreacyjnych**. Uczestnictwo w poszczególnych działaniach jest obowiązkowe i stanowi całość w ujęciu realizacji założeń programu zdrowotnego. Do programu zaproszeni zostaną wszyscy mieszkańcy z grupy docelowej spełniający medyczne i programowe kryteria włączenia. Kryteria włączenia zostały opisane w części C.

W ciągu całego okresu realizacji programu zdrowotnego realizator prowadził będzie **monitoring i ewaluację** prowadzonego projektu.

B. Planowane interwencje

Działania informacyjno-edukacyjne

W ramach programu realizator zobowiązany jest zapewnić społeczeństwu odpowiednią informację i promocję programu zdrowotnego. W ramach w/w działań realizator zobowiązany jest podjąć następujące działania:

- utworzyć, w ramach istniejącej/ stworzonej na potrzeby programu strony internetowej realizatora programu, zakładki zawierającej informacje o realizacji programu zdrowotnego, a w szczególności cel realizowanego programu, ramy czasowe programu, kryteria i sposób kwalifikacji uczestników, zasady udzielania świadczeń w ramach programu oraz dane teleadresowe,
- poinformować np. drogą elektroniczną, jednostki państwowe (ZUS, KRUS itp.), samorządowe (Wojewódzkie i Powiatowe Urzędy Pracy,

Ośrodki Pomocy Społecznej, Gminne i Miejskie wraz z jednostkami podległymi itp.) oraz podmioty działające w ramach podstawowej opieki zdrowotnej o realizacji programu zdrowotnego. Przekazać plakaty, ulotki informujące oraz edukujące, o treściach przekazywanych w programie zdrowotnym.

- opublikować artykuły prasowe informujące i edukujące, o treściach przekazywanych w programie zdrowotnym.

Działania profilaktyczno-rehabilitacyjne

Ścieżka uczestnika Programu zdrowotnego:

- zgłoszenie do programu,
- spełnienie kryteriów włączenia do Programu,
- wizyta lekarza/specjalisty rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuty - w ramach programu zaplanowane są 3 wizyty lekarskie/fizjoterapeutyczne: I wizyta na początku programu, II wizyta w trakcie trwania działań profilaktyczno-rehabilitacyjnych oraz III wizyta po zakończeniu zabiegów rehabilitacyjnych. W trakcie I oraz III wizyty lekarskiej lekarz/specjalista rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad, badanie i ustali indywidualny program rehabilitacyjny wystawiając zlecenie na zabiegi rehabilitacyjne, po zakończeniu serii zabiegów rehabilitacyjnych lekarz/fizjoterapeuta dokona oceny stanu zdrowia pacjenta oraz przeprowadzi wywiad z pacjentem. W trakcie wizyty pacjentowi przekazane zostaną także zalecenia do stosowania w domu. Przeprowadzona zostanie również II wizyta, na której lekarza/specjalisty rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuty dokona oceny postępów rehabilitacji i ewentualnie dokona zmian w zaplanowanej interwencji terapeutycznej. Zakłada się, iż około 2% pacjentów nie spełni kryteriów kwalifikacji i nie zostanie objęte programem. Powyższy procent osób skorzysta jedynie z wizyty kwalifikacyjnej (tj. 200 osób).
- udział w zabiegach profilaktyczno-rehabilitacyjnych, szkoleniach, poradach medycznych.

Wśród zaplanowanych interwencji profilaktyczno-rehabilitacyjnych znajdują się takie działania jak:

- **działanie terapeutyczne:**
 - wizyta lekarza/fizjoterapeuty
 - kinezyterapia;
 - fizykoterapia

- terapie manualne;
- techniki specjalne;
- masaże;
- hydroterapia.
- **zajęcia z edukacji zdrowotnej**
- **zajęcia rekreacyjno-sportowe**

Działania terapeutyczne, których celem jest zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących schorzeń oraz urazów układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wraz z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego. Wykaz przykładowych działań terapeutycznych zawiera załącznik nr 1 do programu.

Wizyta lekarza/specjalisty rehabilitacji medycznej będzie obligatoryjna dla każdego uczestnika działania rehabilitacyjnego. Będzie odbywała się 3 razy (jedna wizyta na początku programu, druga wizyta w połowie działań terapeutycznych oraz końcowa wizyta po przeprowadzeniu wszystkich interwencji profilaktyczno-rehabilitacyjnych. Podczas pierwszego spotkania lekarz przeprowadzi wywiad, wykona testy i odpowiednie badanie przedmiotowe (należy użyć min. inklinometru, celem wstępnej oceny dolegliwości ze strony kręgosłupa, badania w kierunku wad postawy, skala bólu) oraz ustali indywidualny program rehabilitacji. Obligatoryjnie w trakcie pierwszej i ostatniej wizyty pacjent zostanie poproszony o wypełnienie kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 oraz ankiety (załącznik nr 3 i 4), których wyniki zostaną wykorzystane w monitorowaniu efektywności programu.

Następnie indywidualnie do potrzeb pacjenta będzie dobierana interwencja terapeutyczna składająca się w ramach jednego dnia z maksymalnie trzech zabiegów fizykalnych oraz maksymalnie dwóch rodzajów ćwiczeń z wykorzystaniem kinezyterapii, terapii manualnej, metod specjalnych, masażu. Przewiduje się maksymalnie 20-dniowy turnus rehabilitacyjny dla każdego pacjenta. Każdorazowo zabiegi rehabilitacyjne odbywać się będą pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego szczegółowo opisanego w punkcie I „Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu”. Poniżej przedstawiono wybrane metody pracy z pacjentem.

Kinezyterapia to inaczej leczenie ruchem, w której to pacjent poddawany jest aktywności np.: przeciwko oporowi zewnętrznemu, zgodnie z działaniem sił grawitacji. Do ćwiczeń w tym obszarze można zaliczyć: ćwiczenia bierne gdzie terapeuta prowadzi ruch za pacjenta, ćwiczenia czynne, w których pacjent pokonuje opór własnej

kończyny i siły grawitacji w ten sposób przygotowuje się do wykonywania czynności dnia codziennego. To również nauka oddychania, nauka autorelaksacji mięśni.

Terapia manualna to różnego rodzaju metody postępowania fizjoterapeutycznego, których zadaniem jest diagnostyka funkcjonalna oraz leczenie zaburzeń układu kostno-mięśniowego i podobnie jak techniki specjalne noszą nazwy od swoich autorów. Wykonywane są najczęściej przez certyfikowanych terapeutów w danej technice bądź metodzie.

Zabiegi fizykalne to cała paleta zabiegów, które działają przeciwzapalnie na tkankę miękką, stawy i tkankę okołostawową w stanach przewlekłych i podostrych.

Wyróżnia się m.in. działy:

- Elektroterapii - jest to dział lecznictwa fizykalnego, w którym do celów leczniczych wykorzystuje się prąd elektryczny. W elektrolecznictwie stosujemy prąd stały lub prądy impulsowe małej i średniej częstotliwości.
- Światłolecznictwa - jest metodą leczenia wykorzystującą wpływ biologiczny części promieniowania elektromagnetycznego zawartego pomiędzy 15 000 a 200 nm. Jedynie część promieniowania w zakresie o dł. fali 750-400 nm wywołuje u człowieka wrażenie światła. Jednak większa część promieniowania mieszcząca się pomiędzy 15 000 a 750 nm to promieniowanie podczerwone IR.
- Wodolecznictwa - metoda leczenia bodźcowego polegająca na zewnętrznym stosowaniu wody o różnych postaciach: ciekłej, stałej lub gazowej. Podstawę leczniczego działania stanowi odpowiednia temperatura lub ciśnienie wody użytej odpowiednio do danej terapii.
- Termoterapia - w przypadku zabiegów dostarczających do organizmu ciepło nazywana jest lub jeśli stosowane zabiegi powodują odebranie ciepła organizmowi nazywana jest zimnolecznictwem, którego szczególną formą jest krioterapia, czyli zabiegi lecznicze z zastosowaniem temperatury poniżej 0 °C. Pomimo różnic zabiegi termoterapii mają wspólny efekt biologiczny, zmniejszeniem nasilenia bólu, rozluźnieniem mięśni, w przypadkach ostrych odczynów zapalnych leczenie zimnem hamuje ten odczyn, w przypadkach przewlekłych procesów zapalnych efekt ten uzyskuje się ciepłolecznictwem.

Masaż - zabieg fizjoterapeutyczny polegający na sprężystym odkształcaniu tkanek. Może mieć cele lecznicze, relaksacyjne lub przygotowanie tkanki skórnej i mięśniowej do dalszej pracy manualnej wybranymi technikami.

Ponadto w ramach **zajęć z edukacji zdrowotnej**, pacjent weźmie udział obowiązkowo w min. dwóch spotkaniach edukacyjnych po 45 min. każde dotyczące m.in. ergonomii pracy, prawidłowego odżywiania, nauki ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu (w zależności od stwierdzonego schorzenia). Wykaz tematów do zrealizowania podczas zajęć edukacyjnych zawiera załącznik nr 5 do programu. Osobami odpowiedzialnymi za realizację zajęć z edukacji zdrowotnej będą dietetycy (zgodnie z definicją zawartą w załączniku do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych), fizjoterapeuci, osoby z tytułem minimum magistra wychowania fizycznego, sportu, nauk o zdrowiu. Jednocześnie w ramach działań edukacyjnych w materiałach zawarte będą również informacje praktyczne dotyczące możliwości i form uzyskania różnorodnego wsparcia z zakresu aktywizacji zawodowej, dedykowane osobom chcącym wrócić do pracy w trakcie lub po rehabilitacji.

Kolejną interwencją, obowiązkową profilaktyczno-rehabilitacyjną są **zajęcia rekreacyjno-sportowe**, które będą dostosowane do potrzeb uczestnika tj. wieku oraz jego poziomu sprawności. Odbędą się min. 2 spotkania po 45 min każde. Celem organizowanych zajęć będzie wzrost potencjału zdrowotnego uczestników programu, poprzez przywracanie sprawności ruchowej i wydolności pacjentów, poprzez zwiększanie siły mięśniowej, zwiększenie zakresu ruchu, obniżenie masy ciała. Podczas zajęć uczestnikom zostanie wyjaśniona zasada działania układu mięśniowego, układu kostnego. Zajęcia będą organizowane w różnych formach i o różnym stopniu intensywności, np.: w formie aerobiku, nordic walking, w terenie z wykorzystaniem siłowni zewnętrznych, treningu funkcjonalnego, treningu na piłkach, Pilates itp. Zajęcia będą prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę (instruktorów danej dyscypliny lub osobę z tytułem minimum magistra wychowania fizycznego, sportu, fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapeutę). Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły one zarówno być realizowane na sali ćwiczeń, jak i kontynuowane w warunkach domowych. Zajęcia będą mogły być realizowane w miejscach ogólnodostępnych, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, np. w klubach sportowych, na boiskach szkolnych i klubowych, siłowniach zewnętrznych w świetlicach i salach gimnastycznych itp.

Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych oraz logistycznych beneficjenta i będzie oceniany podczas wyboru realizatora programu w trakcie konkursu.

Beneficjent powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu. Będzie też zobowiązany do posiadania zasobów koniecznych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa [63].

C. Kryteria włączenia i sposób kwalifikacji uczestników

O włączeniu osób do programu decyduje kolejność zgłoszeń, uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób.

Działaniami o charakterze informacyjno-edukacyjnym objęci zostaną wszyscy mieszkańcy województwa wielkopolskiego, w szczególności osoby pracujące, pracodawcy oraz Wojewódzkie i Powiatowe Urzędy Pracy i Ośrodki Pomocy Społecznej (Gminne i Miejskie)

Do działań o charakterze profilaktyczno-rehabilitacyjnym będą kwalifikowane osoby spełniające łącznie poniższe kryteria.

Programowe kryteria włączenia:

- pracujące, zamieszkujące lub zarejestrowane jako bezrobotne na obszarze województwa wielkopolskiego;
- osoby, które wyrażą chęć oraz podpiszą druk świadomej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej (załącznik nr 2) oraz złożą pisemne oświadczenie, że w chwili przystąpienia do programu nie są objęte żadnym innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku ze schorzeniami narządu ruchu i kręgosłupa, finansowanym ze środków publicznych lub unijnych

Medyczne kryteria włączenia:

- zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej lub urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych zgodnych z rozpoznaniem ICD10 przy czym dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 12 miesięcy
lub
- skierowanie na podjęcie rehabilitacji medycznej wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę. Przez skierowanie należy również rozumieć wystawione przez lekarza specjalistę „Zlecenie

udziału w wielkopolskim programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej” (załącznik nr 6)

- stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Medyczne kryteria wyłączenia:

- w czasie ostatniego miesiąca przebywały w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystały z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ w zakresie zbliżonym z opieką rehabilitacyjną objętą przedmiotowym programem zdrowotnym. Kryterium będzie weryfikowane na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz/lub oświadczenia.
- stan zdrowia uniemożliwia podjęcie rehabilitacji medycznej w trybie ambulatoryjnym. Kryterium będzie określone na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz/lub podczas pierwszej wizyty lekarza/specjalisty rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuty.
- osoby, które były uczestnikami w ramach przedmiotowego RPZ i w związku z tym nie mają możliwości ponownego przystąpienia do udziału w przedmiotowym RPZ.

D. Zasady udzielania świadczeń

Ze względu na charakter grupy docelowej akcja informacyjno-edukacyjna będzie prowadzona w sposób ciągły. Osoby z grupy docelowej będą przyjmowane w trakcie całego roku kalendarzowego z zastosowaniem dywersyfikacji godzin w celu utrzymania maksymalnej dostępności.

Informacje te rozpowszechnione będą za pomocą wcześniej wspomnianych mediów. W razie uzasadnionej potrzeby akcja informacyjna zostanie uzupełniona bezpośrednimi kontaktami telefonicznymi.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zakupione wymagane wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku). Działania te zapewnią optymalne wykorzystanie środków finansowych w programie.

Udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego. Świadczenia będą udzielane dobrowolnie i bezpłatnie dla beneficjentów.

E. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Program zdrowotny jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków publicznych. Uczestnicy Programu będą mieli możliwość skorzystania ze specjalistycznej pomocy w trakcie choroby lub w okresie rekonwalescencji co przyczyni się do lepszego zaspokojenia zapotrzebowania na usługi fizjoterapeutyczne, a tym samym obniży koszty powrotu do zdrowia i przyspieszy powrót na rynek pracy. Rehabilitacja lecznicza w warunkach ambulatoryjnych to lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana poprzez poradę lekarską oraz fizjoterapia ambulatoryjna realizowana przez wizytę fizjoterapeutyczną oraz zabiegi fizjoterapeutyczne. W ramach niniejszego programu zdrowotnego realizowane będą w/w świadczenia.

F. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program stanowi zwiększenie dostępu do świadczeń w ramach finansowania ze środków publicznych oraz wychodzi naprzeciw zgłaszanemu przez pacjentów popytowi na usługi rehabilitacyjne. Poziom zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne ma swoje odzwierciedlenie w czasie oczekiwania na otrzymanie świadczeń rehabilitacyjnych. Czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne niejednokrotnie sięga nawet roku. Zastosowanie zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później pozwoli zapobiec poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

G. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

Kompletny udział w programie polega na uczestnictwie w cyklu działań z zakresu profilaktyki chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie tego na piśmie, które zostanie dołączone do jego dokumentacji medycznej.

H. Bezpieczeństwo prowadzonych interwencji

Program zakłada świadczenie usług medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej. Wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i określone są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021r., poz. 265) [68].

W związku z obowiązkiem ochrony danych osobowych dane uczestników będą podlegały ochronie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

W przypadku konieczności raportowania postępów w realizacji Programu dane uczestników będą kodowane wg. wcześniej ustalonego schematu.

Beneficjenci są zobowiązani zapewnić bezpieczeństwo planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy medycznej. Interwencje będą zgodne z aktualną wiedzą naukową, sprawdzone klinicznie. Prowadzone w programie działania muszą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

Świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia edukacyjne udzielane poza pomieszczeniami beneficjenta bądź przez niego wynajmowanymi. Na beneficjencie ciąży zapewnienie bezpieczeństwa uczestnikom programu przez cały czas realizacji interwencji, bez względu na ich charakter i miejsce realizacji.

I. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Świadczenia rehabilitacyjne będą udzielane wyłącznie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.) [63] który posiada aktualną polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z

dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r. poz. 866).

Realizator powinien spełniać następujące warunki:

- a) zapewnić odpowiednią liczbę kadry medycznej posiadającej odpowiednie kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych m.in:
 - lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji ogólnej lub fizjoterapeuta specjalista w dziedzinie fizjoterapii,
 - fizjoterapeuta legitymujący się dyplomem magistra oraz co najmniej 3-letnim doświadczeniem zawodowym,
- b) zapewnić odpowiedni lokal:
 - lokal, w którym realizowany będzie program musi znajdować się na terenie województwa wielkopolskiego,
 - lokal musi spełniać warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r., poz. 402) a w szczególności musi być pozbawiony barier architektonicznych uniemożliwiających swobodne poruszanie się osób na wózkach inwalidzkich,
- c) zapewnić odpowiedni specjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną (w odpowiedniej liczbie dostosowanej do założeń projektu) np.:
 - kabina do ćwiczeń i zawieszń UGUL
 - rower treningowy pionowy
 - rower treningowy poziomy
 - bieżnia
 - szyna CPM
 - fotel do ćwiczeń oporowych
 - tablica do ćwiczeń manualnych z oporem
 - aparat do magnetoterapii
 - aparat do funkcjonalnej stymulacji magnetycznej
 - aparat do dwukanałowej elektroterapii

- aparat do elektroterapii, laseroterapii i terapii ultradźwiękowej
- aparat do terapii ultradźwiękowej
- diatermia krótkofalowa
- lampa Sollux
- laser biostymulacyjny ze skanerem
- laser wysokoenergetyczny
- aparat do suchych kąpeli CO₂
- aparat do krioterapii miejscowej
- wanna do masażu podwodnego i hydromasażu
- wanna do masażu wirowego kończyn górnych
- wanna do masażu wirowego kończyn dolnych
- stół do masażu
- krzesło do masażu
- system do terapii uciskowej wraz z aparatem do drenażu limfatycznego
- aparat do masażu wibracyjnego

Beneficjent realizujący Program zobowiązuje się zapewnić, że miejsce udzielania świadczeń, kadra oraz sprzęt niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia założonych w projekcie działań spełniają wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa oraz są zgodne z założeniami Programu.

J. Dowody skuteczności planowanych działań

Rehabilitacja jest nieodzowną składową rozwoju medycznego i socjalnego każdego nowoczesnego kraju. Rehabilitacja oznacza zespół działań, którego celem jest przywrócenie lub kształtowanie u człowieka z niepełnosprawnością utraconych optymalnych funkcji biologicznych, rodzinnych i społecznych. Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby z niepełnosprawnością do rodziny i całego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu możliwe jest poprzez realizację zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej, pedagogicznej i społecznej. Motorem rehabilitacji społecznej, pedagogicznej i zawodowej staje się wieloaspektowa, wczesna, kompleksowa rehabilitacja medyczna (lecznicza).

W realizacji procesu rehabilitacji wykorzystuje się szereg specjalistycznych metod i technik. Głównie są to zabiegi fizjoterapeutyczne, które obejmują kinezyterapię, masaż oraz fizykoterapię. Uzupełnieniem powyższych działań

lecniczych (planowanych w przedmiotowym programie zdrowotnym) jest m.in. terapia zajęciowa.

Fizjoterapia jest obszernym działem medycyny zajmującym się w szczególności leczeniem zachowawczym (nieoperacyjnym), z wyłączeniem leczenia farmakologicznego. Faktem jest jednak, że większość osób szuka pomocy u fizjoterapeuty lub jest do niego kierowana w przypadku dolegliwości typu dysfunkcja narządu ruchu, a konkretnie w przypadkach takich jak dolegliwości bólowe i urazy ze strony układu mięśniowo-szkieletowego.

Fizjoterapia jest szczególnie przydatna w postępowaniu z chorymi na choroby reumatyczne bez podłoża zapalnego tzn. w różnych typach choroby zwyrodnieniowej stawów i zespołach bólowych z grupy reumatyzmu tkanek miękkich. Zalecana jest również z pewnymi ograniczeniami w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS), chorobach z grupy seronegatywnych zapaleń stawów z zajęciem kręgosłupa oraz zaburzeniach metabolicznych.

Istnieje wiele chorób, których wczesne lub późne skutki powodują znaczne ograniczenie funkcji organizmu przynajmniej w dwóch aspektach: somatycznym i psychicznym. Należą do nich m.in. choroby narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego czy układu nerwowego. Choroby te wymagają włączenia, możliwie szybko, rehabilitacji leczniczej. Ten pierwszy etap procesu rehabilitacji stanowi podstawę do dalszych lub równoczesnych działań, obejmujących sferę psychiczną i społeczną, w tym rehabilitację zawodową.

Celem rehabilitacji jest przywrócenie sprawności fizycznej i psychicznej w jak najszerszym zakresie i najkrótszym czasie, aby odbudować zdolność do pracy i czynnego udziału w życiu społecznym, a tym samym poprawić jakość życia i zwolnić postęp niesamodzielnosci [29,34,36].

V. Budżet programu polityki zdrowotnej

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w Wytocznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminie wyboru projektów.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu, który otrzyma dofinansowanie w ramach konkursu. Zaplanowane

przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie. Beneficjent na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowuje szczegółowy budżet projektu.

Całkowity koszt przeznaczony na realizację „Wielkopolskiego programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej II” wynosi 46 959 000,00 zł

Największy koszt projektu stanowią wynagrodzenia personelu wykonującego usługi na rzecz uczestników projektu. Ceny jednostkowe poszczególnych świadczeń zostały ustalone na podstawie aktualnych cen rynkowych, z uwzględnieniem prognozowanych wzrostów, wynikającym m.in. z przepisów prawa.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych siatka płac kształtowana jest na podstawie przeciętnej pensji brutto w gospodarce narodowej, która stale wzrasta. Uchwalona w 2022 roku nowelizacja tej ustawy gwarantuje coroczną rewaloryzację minimalnych pensji, m.in. fizjoterapeutów oraz lekarzy.

Jednocześnie, sytuacja na rynku usług medycznych, pokazuje jednoznaczny stały wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w tym sektorze. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w 2021 r. w porównaniu z 2020 r. wzrosło o 8,4%. W porównaniu z poprzednim rokiem odnotowano wzrost nominalnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto we wszystkich analizowanych grupach, ale największy wystąpił w sekcji opieka zdrowotna i pomoc społeczna (o 17,2%)².

²GUS. Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 r.

A Koszty jednostkowe

Założenia całkowitego budżetu programu

Liczba uczestników programu	Budżet całkowity programu	Koszt całkowity na jednego pacjenta uczestnictwa w programie
10 000 os.	46 959 000,00	4 695,90 zł

Koszty jednostkowe programu można podzielić na następujące elementy:

- koszty działań informacyjno-edukacyjnych,
- koszty konsultacji medycznych w ramach programu,
- koszty terapii indywidualnej,
- koszty z zakresu edukacji zdrowotnej,
- koszty zajęć sportowo-rekreacyjnych,
- koszty pośrednie.

Koszt **kampanii informacyjno-edukacyjnej** prowadzonej w celu zwiększenia świadomości społecznej na temat fizjoprofilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz zagrożeń w miejscu pracy. Składowe koszty kampanii:

- koszt przygotowania i wydania broszury edukacyjnej oraz koszt przygotowania i prowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej poprzez inne zróżnicowane źródła np. internet, media społecznościowe, TV, radio.

Zakłada się dotarcie z kampanią informacyjno-edukacyjną do pracodawców (urzędów różnego szczebla, placówek edukacyjnych, placówek podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej, fabryk itp.), których pracownicy mogą wymagać i oczekiwać wsparcia, ze względu na wskazania epidemiologiczne występowania chorób narządu ruchu i charakter wykonywanej pracy. Wybór konkretnych sposobów realizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej oraz podział kosztów zostanie zaproponowany przez poszczególnych beneficjentów. Racjonalność i efektywność wydatków weryfikowana będzie na etapie oceny wniosków o dofinansowanie projektów przez Komisję Oceny Projektów.

Na koszty konsultacji medycznych składają się:

- zakłada się, iż około 2% pacjentów nie spełni kryteriów kwalifikacji i nie zostanie objęte programem. Powyższy procent osób skorzysta jedynie z wizyty kwalifikacyjnej.
- Suma: 1x200,00 zł daje koszt całkowity 200,00 zł na pacjenta (ok. 200 osób)
- trzy wizyty przeprowadzone przez lekarza specjalistę lub fizjoterapeutę, czas każdej wizyty to 45-60 min
- Suma: 3 x 200,00 zł daje koszt całkowity 600,00 zł na pacjenta.

Na koszty terapii indywidualnej składają się koszty:

- zabiegów fizykalnych
- ćwiczeń indywidualnych

Zakładając, że każdy pacjent w ciągu (maksymalnie) 20 dni zabiegowych otrzyma min. 3 zabiegi fizykalne oraz 2 rodzaje ćwiczeń dziennie, w ciągu całego cyklu rehabilitacyjnego daje to 60 zabiegów fizykalnych oraz 40 ćwiczeń. Zakładając uśrednioną cenę za zabiegi fizykalne/ćwiczenia indywidualne w kwocie 35,00 zł x 100 (ilość zabiegów/ćwiczeń w cyklu rehabilitacyjnym) daje kwotę 3 500,00 zł na pacjenta. W ramach kosztów przewidzianych na zabiegi rehabilitacyjne został uwzględniony zakup materiałów jednorazowego użytku.

GRUPA ZABIEGÓW	ZABIEG	ŚREDNIA CENA 1 ZABIEGU	UŚREDNIONA CENA ZA GRUPĘ ZABIEGÓW	
				(zaokrąglona do pełnych PLN)
kinezyterapia	indywidualna praca z pacjentem - 30 min.	65,00 zł	31,67 zł	Zabiegi kinezyterapii: 53,00 zł
	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	25,00 zł		
	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut	25,00 zł		
	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut	25,00 zł		
	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	25,00 zł		

	inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	25,00 zł		
metody specjalne fizjoterapii	np. terapia manualna, terapia metodą PNF, Kinezjotaping - 30 min	75,00 zł	75,00 zł	
masaż	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta	35,00 zł	32,40 zł	Masaże: 32,00 zł
	masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	35,00 zł		
	masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	30,00 zł		
	masaż podwodny miejscowy	32,00 zł		
	masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące,maty masujące, itp.)	30,00 zł		
elektrolecznictwo i światło-lecznictwo	galwanizacja	17,00 zł	18,00 zł	Zabiegi fizykoterapeutyczne: 20,00 zł
	jonoforeza	19,00 zł		
	kąpiel czterekomorowa	30,00 zł		
	elektrostymulacja	17,00 zł		
	tonoliza	17,00 zł		
	prądy diadynamiczne	17,00 zł		
	prądy interferencyjne	17,00 zł		
	prądy TENS	17,00 zł		
	prądy TRAEBERTA	17,00 zł		
	prądy KOTZA	17,00 zł		
	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	13,00 zł		
	pole elektro-magnetyczne	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości		
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa		13,00 zł		
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości		13,00 zł		
hydroterapia	kąpiel wirowa kończyn	30,00 zł	30,00 zł	
pozostałe zabiegi	ultradźwięki miejscowe	17,00 zł	17,20 zł	
	laseroterapia - skaner	17,00 zł		
	laseroterapia punktowa	17,00 zł		
	krioterapia - miejscowa (pary azotu)	17,00 zł		
	ultrafonoforeza	18,00 zł		

Koszty jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych (dane pozyskane ze stron www)

Na koszty z zakresu edukacji zdrowotnej składają się koszty:

- wynagrodzenie osoby prowadzącej zajęcia edukacyjne,
- materiały edukacyjne przekazywane pacjentowi niezbędne do przeprowadzenia spotkania edukacyjnego między innymi do przygotowania zbilansowanego posiłku (owoce, warzywa, koktajle, woda, drobny sprzęt rehabilitacyjny – gumy oporowe).

Zakłada się, iż każdy pacjent zakwalifikowany do programu weźmie udział w 2 spotkaniach edukacyjnych po 45 min. każde. Wielkość grupy na spotkaniu edukacyjnym szacuje się na ok. 10 osób. Wynagrodzenie osoby prowadzącej za jedno spotkanie wyniesie 300,00 zł co w przeliczeniu na jednego pacjenta wynosi 30,00 zł. Koszt przekazywanych materiałów na jednego pacjenta szacuje się na 10,00 zł. W związku z powyższym można przyjąć, że całkowity koszt działań edukacyjnych na jednego pacjenta wyniesie 2 spotkania x 40,00 zł czyli 80,00 zł na pacjenta.

Na koszty spotkań sportowo-rekreacyjnych składają się koszty:

- wynagrodzenia osoby prowadzącej zajęcia sportowo-rekreacyjne. Zakładając, iż każdy pacjent zakwalifikowany do programu weźmie udział w 2 zajęciach sportowo-rekreacyjnych po 45 min. Wielkość grupy na zajęciach sportowo-rekreacyjnych szacuje się na ok. 10 osób.

Wynagrodzenie osoby prowadzącej zajęcia wyniesie 350,00 zł co w przeliczeniu na jednego pacjenta wynosi 35,00 zł. W związku z powyższym można przyjąć, że całkowity koszt spotkań sportowo-rekreacyjnych wraz z zapewnieniem wstępu do obiektów sportowo-rekreacyjnych na jednego pacjenta wyniesie 2 spotkania x 35,00 zł czyli 70,00 zł na pacjenta.

Planowane koszty całkowite

Lp.	Nazwa	Koszt na jednego pacjenta	Liczba pacjentów	Wartość brutto
1.	Działania informacyjno-edukacyjne.	—	—	150 000,00
2.	Wizyta kwalifikacyjna dla pacjentów nieobjętych programem (ok.2%)	200,00	200	40 000,00
3.	Proces konsultacji medycznych w ramach programu	600,00	10 000	6 000 000,00
4.	Terapia indywidualna	3 500,00	10 000	35 000 000,00
5.	Zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej	80,00	10 000	800 000,00
6.	Zajęcia sportowo-rekreacyjne	70,00	10 000	700 000,00
Razem koszty bezpośrednie				42 690 000,00

7.	Pozostałe koszty w tym: - koszty pośrednie 10% kosztów bezpośrednich.			4 269 000,00
			RAZEM	46 959 000,00

Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiedni % kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027. Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu programu założono, że koszty pośrednie będą stanowić 10% całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich.

Wydatki muszą być ponoszone zgodnie z przepisami, które będą obowiązywały w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027

Zakres wykorzystania zakupionych w ramach programu środków trwałych/infrastruktury zarówno w okresie realizacji programu, jak również po jego zakończeniu będzie zgodny z zapisami Wytocznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminu wyboru projektu.

Ostateczne koszty realizacji projektu są zależne od wyceny przedstawionej przez beneficjentów realizujących program w procedurze konkursowej, a także od ostatecznej liczebności osób uczestniczących w projekcie. Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu co do zasady winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.

C. Źródła finansowania

Program finansowany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, budżetu państwa i wkładu własnego wnioskodawcy. Procentowy poziom podziału środków będzie zgodny z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

D. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Przedmiotowy program zdrowotny jest odpowiedzią na zapotrzebowanie zgłaszane przez społeczeństwo. W związku z faktem, iż z roku na rok zwiększa się liczba osób oczekujących na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz wydłuża się rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, a tylko

szybko zapoczątkowania rehabilitacja daje oczekiwane efekty realizacja programu zdrowotnego jest uzasadniona. Mając na uwadze powyższe należy zauważyć, iż nastawienie społeczeństwa do proponowanych działań będzie pozytywne, co z kolei może wpłynąć na liczbę osób, które z programu skorzystają. Dodatkowo program ma na celu poprawę stanu zdrowia oraz ułatwienie pacjentom powrotu do pracy. To z kolei będzie miało swoje przełożenie na ograniczenie kosztów wynikających z zależności pacjentów. Schorzenia układu kostno-stawowego i mięśniowego stanowią jedną z najczęstszych przyczyn wydawanych orzeczeń z ustaloną niezdolnością do pracy. Województwo wielkopolskie cechuje się bardzo niskim przeciętnym wiekiem osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy co dodatkowo potwierdza racjonalność realizacji przedmiotowego programu zdrowotnego.

Działania podejmowane w programie ukierunkowane są na zapobieganie występowaniu oraz niwelowaniu skutków chorób powodujących niezdolność do pracy, umożliwiając tym samym łatwiejszy powrót do pracy.

VI. Monitoring i ewaluacja

Monitorowanie realizacji niniejszego programu zdrowotnego dotyczyć będzie głównie tych elementów programu, które zmieniają się w czasie pod względem wielkości, a zatem przede wszystkim osiąganych wskaźników oraz ponoszonych wydatków. Monitoringowi poddana będzie także liczba przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych.

Monitoring dotyczyć będzie również jakości zaplanowanych działań w ramach programu. W tym zakresie informacje monitoringowe będą miały charakter opisowy.

Zaplanowane zadania w ramach programu będą podzielone w taki sposób, aby wszystkie elementy programu podlegały monitorowaniu i raportowaniu. Koordynator programu posiadać będzie również informacje dotyczące bieżącego wydatkowania środków. Informacje przekazywane koordynatorowi będą przez niego agregowane i na ich podstawie będzie powstawał raport z postępów.

A. Ocena zgłaszalności do programu

Podmiot realizujący program zdrowotny zobowiązany jest do prowadzenia rejestru wszystkich pacjentów zgłaszających się do udziału w programie. W rejestrze

odnotowywane musi być czy pacjent został zakwalifikowany do programu czy nie. W przypadku braku kwalifikacji do programu w rejestrze musi znaleźć się adnotacja o przyczynach niezakwalifikowania pacjenta do udziału w programie. Analizie poddawana będzie liczba osób zgłaszających się do programu w stosunku do liczby osób zakwalifikowanych do udziału.

Ocena zgłaszalności zostanie dokonana na podstawie:

- Liczby osób, które zgłosiły się do udziału w Programie
- Liczby osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w Programie
- Liczba osób, którym udzielono świadczeń medycznych w ramach terapii indywidualnej
- Liczba osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych.

B. Ocena jakości świadczeń w programie

W celu zbadania jakości świadczeń udzielanych w programie uczestnicy dostaną do wypełnienia ankietę (załącznik 4), w której będą mogli ocenić jakość otrzymanych świadczeń. Koordynator projektu, co 6 miesięcy, będzie sporządzał raport zawierający wnioski oraz zalecenia do wdrożenia celem poprawy funkcjonowania programu w kolejnych okresach.

C. Ocena efektywności programu

Po zakończeniu programu zdrowotnego realizator sporządzi „Raport efektywności programu”. Raport musi uwzględniać stan przed rozpoczęciem realizacji programu zdrowotnego i stan po jego zakończeniu. W raporcie muszą zostać uwzględnione wszystkie aspekty programu zdrowotnego. Powyższy raport stanowić będzie podsumowanie realizacji całego programu.

Ocena efektywności programu będzie bazowała na porównaniu stanu uczestnika przed wprowadzeniem działań i po zakończeniu jego udziału w programie. Zostanie ona dokonana na podstawie badań, testów wykonanych w trakcie wizyt i poniższych wskaźników:

- Liczba osób, u których nastąpiła poprawa w obszarze schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa po uczestnictwie w programie

- Liczba osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych
- Liczba osób, u których zwiększyła się częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej
- Liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, profilaktyki schorzeń narządu ruchu, utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych i ergonomii w miejscu pracy.

Ocena prowadzona będzie na podstawie końcowej analizy powyższych wskaźników.

D. Ocena trwałości efektów programu

Kontynuacja wieloletniego Programu zdrowotnego realizowanego na terenie województwa wielkopolskiego daje możliwość zapewnienia długofalowych działań w ramach przywracania do sprawności fizycznej, podniesienie wiedzy i promowania zdrowego trybu życia uczestników co przynosi wymierne korzyści zarówno społeczne, medyczne jak i ekonomiczne.

E. Ocena skuteczności programu

Po zakończeniu Programu zdrowotnego realizator sporządzi „Raport efektywności Programu”. Raport musi uwzględniać stan przed rozpoczęciem realizacji programu zdrowotnego i stan po jego zakończeniu. W raporcie musi nastąpić ocena efektywności Programu, która zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników opisanych szczegółowo w punkcie II.C. Mierniki efektywności programu. Ponadto w raporcie muszą zostać uwzględnione wszystkie aspekty Programu zdrowotnego, tj. liczba zgłaszających się osób do Programu oraz liczba osób zakwalifikowanych, liczba wykonanych procedur medycznych, liczba przyjętych pacjentów, poziom zadowolenia z otrzymanych świadczeń medycznych, ocenę jakości świadczeń w Programie, wpływ otrzymanych świadczeń zdrowotnych na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu, itp. Ocena efektywności programu będzie bazowała na porównaniu stanu uczestnika przed wprowadzeniem działań rehabilitacyjnych i po zakończeniu jego udziału w programie. Powyższy raport stanowić będzie podsumowanie realizacji całego Programu.

VII. Bibliografia

1. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 162–165.
2. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tłustochowicz W.: Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93–102.
3. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tłustochowicz W.: Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 83–90.
3. Pratt A.G., Isaacs J.D., Matthey D.L.: Current concept in the pathogenesis of early rheumatoid arthritis. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 2009; 23: 37–48.
4. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010; 376: 1094–1108.
5. WHO: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób I Problemów Zdrowotnych, ICD-
6. Rewizja 10, tom I. World Health Organization, 2009. <http://icd10.pl/>
7. Kiwerski J. Problem bólów krzyża u młodzieży. *Postępy Rehabilitacji* 2001; 2: 11-15.
8. El-Metwally A, Salminen JJ, Auvinen A, Macfarlane G, Mikkelsen M.: Risk factors for development of non-specific mus –culoskeletal pain in preteens and early adolescents: a prospective 1-year follow-up study. *BMC Musculoskeletal Disorders* [periodyk online/online periodical] 2007, 8:46. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/8/46>
9. Vikat A, Rimpelae M, Salminen JJ, Rimpelae A, Savolainen A, Virtanen SM. Neck or shoulder pain and low back pain in Finnish adolescents. *Scand J Public Health* 2000; 28: 164173.
10. Diepenmaat ACM, van der Wal MF, de Vet HCW, Hirasing RA. Neck/Shoulder, Low Back, and Arm Pain.
11. https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa_raport_2022.pdf/d612968c-f02f-26b8-9ce2-0a03db382447?t=1682063395096
12. Harreby M, Neergaard K, Hesselsoe G, Kjer J. Are radiologic changes in the thoracic and lumbar spine of adolescents risk factors for low back pain in adults? A 25-year prospective cohort study of 640 school children. *Spine* 1995; 20: 2298-302in Relation to Computer Use, Physical Activity, Stress, and Depression Among Dutch Adolescents. *Pediatrics* 2006; 117: 412-416

13. Hoy D., March L., Brooks P. et al.: The global burden of low back pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann. Rheum. Dis.* 2014; 73(6): 968–974.
14. Hoy D., Bain C., Williams G. et al.: A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012; 64(6): 2028–2037. Dunn KM., Craft PR. Epidemiology and natural history of low back pain. *Eura Medicophys* 2004; 40: 9-13.36.
15. Hohaüs C., Ganey TM., Minkus Y., et al. Cell transplantation in lumbar spine disc degeneration disease. *Eur Spine J* 2008; 17(4): 492-503.37.
16. Nachemson AL. Introduction to treatment of neck and back pain. In: Nachemson AL., Jonsson E. Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:237-240
17. Dwornik M., Białoszewski D., Kiebzak W., Łyp M.: Korelacja wybranych elementów badania przedmiotowego ze skutecznością leczenia fizjoterapeutycznego u pacjentów z przewlekłymi bólami krzyża, *Ortop. Traum. Rehab.*, 2007, 3(6), 9, 297–309.
18. Adams M.: Investigation of Personality Characteristics in Chronic Low Back Pain Patients, *Physiotherapy*, 1994, 80, 514–519.
19. Loney PL., Stratford PW.: The Prevalence of Low Back Pain in Adults; A Methodological Review of the Literature, *Physical Therapy*, 1999, 4, 384–395
20. Leboeuf-Yde Ch.: Low Back Pain and life style. Part II – obesity: information from a population-based sample of twin subject, *Spine*, 1999, 8, 779–780.
21. WHO: Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. World Health Organization, Denmark, 2012.
22. Łaszewska A., Laskowska B., Natkaniec M. et al.: Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby, epidemiologia, uwarunkowania ekonomiczne. dane-i-analizy.pl Sp. z o.o., Kraków 2014.
23. www.przegladreumatologiczny.pl
24. www.reumatologia.mp.pl
25. Jura-Półtorak A., Olczyk K.: Aktualne poglądy na etiopatogenezę reumatoidalnego zapalenia stawów. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2011; 65: 51–57.
26. International Association for the Study of Pain 2010,
a. http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/MusculoskeletalPain_Polish.pdf
27. Kocot-Kępska M.: Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie, <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowyepidemiologiapatofizjologia-leczenie>.
28. Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Med. Pracy* 2011; 62(2): 153–160.

29. EUMUSC.NET. Musculoskeletal Health in Europe,
a. <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/30%20August%20Final%20draft%20report.pdf>
30. European Commission 2007. Health in the European Union. Special Eurobarometer 272. 2007,
http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf.
31. Musculoskeletal Disorders and the European Workforce: The Facts. Fit for Work Europe, 2012.
32. Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A.: Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce. The Work Foundation, London 2011.
33. Arden N., Nevitt M.C.: Osteoarthritis: Epidemiology. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2006; 20: 3–25.
34. D. Dziubiński I wsp. Analiza przyczyn urazów, zakresu obrażeń i wyników leczenia pacjentów Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych SPSK 1 w Szczecinie w 2015 roku. Porównanie wyników z lat 2015 i 2007. Pol Przegl Chir 2019; 91 (4): 29-35
35. www.emedica.pl
36. Jesus TS, Landry MD, Hoenig H. Global need for physical rehabilitation: systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. International Journal of Environmental Research and Public Health 2019;16:E980
37. Zębaty A.: Kinezyterapia tom I i II. Kraków, wydanie 1, 2002.
38. GUS: Stan zdrowia ludności polski w 2019 roku.
file:///C:/Users/mgoli/Downloads/stan_zdrowia_ludnosci_polski_w_2019_r-1.pdf
39. Portal Statystyczny ZUS, <http://psz.zus.pl/>
40. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS), http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Osteoarthritis/default.asp.
41. Gabriel S.E., Michaud K.: Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. Arthritis Res. Ther. 2009; 3: 229.
42. Lawrence R.C., Felson D.T., Helmick C.G. et al.: Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. Arthritis Rheum. 2008; 58(1): 26–35.
43. Cross M., Smith E., Hoy D. et al. The global burden of rheumatoid arthritis: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann. Rheum. Dis. 2014; 73(7): 1323–1330.
44. Dean L.E., Jones G.T., Macdonald A.G. et al. Global prevalence of ankylosing spondylitis. Rheumatology (Oxford) 2014; 53: 650–657.

45. Oliver J.E., Silman A.J.: What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arthritis Res. Ther.* 2009; 11(3): 223.
46. Raciborski F., Gasik R., Kłak A.: Disorders of the spine. A major health and social problem. *Reumatologia* 2016; 54(4): 196–200.
47. GUS: Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. – notatka informacyjna. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2015.
48. Stafford MA., Peng P., Hill DA. Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis and the role of epidural steroid injection in management. *Brit J Anaesthesia* 2007; 99 (4): 461-473.
49. DePalma M.J., Ketchum J.M., Saullo T.: What is the source of Chronic Low Back Pain and does age Play a Role? *Pain Med* 2011; 12:224-233.
50. Dziak A. Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. *Medicina Sportiva*. Kraków 2007.
51. Richard R., Baxter D., McDonough S. A Systematic Review of the Passive Straight Leg Raising Test as a Diagnostic Aid for Low Back Pain. *SPINE* 2002; 27(17): 388–395.
52. DePalma MJ., Ketchum JM., Saullo TR. Multivariable Analyses of the Relationships Between Age, Gender, and Body Mass Index and the Source of Chronic Low Back Pain. *Pain Medicine* 2012;13(4):498-506.
53. Eubanks JD., Lee MJ., Cassinelli E., et al. Prevalence of lumbar facet arthrosis and its relationship to age, sex and race: an anatomic study of cadaveric specimens. *Spine* 2007; 32: 2058-2062.
54. Krug E, Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Bulletin World Health Organization* 2017;95:167.
55. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: Tabele wynikowe
56. Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej.
<http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2021szac.htm> ZUS: Przestrzenne zróżnicowanie współczynników częstości orzekania o niezdolności do pracy w 2018r.
57. ZUS: Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2022 roku
58. Urząd Statystyczny: Rocznik Statystyczny Województwa Wielkopolskiego. Poznań, 2022.
59. ZUS: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2014 roku.
60. ZUS: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 roku
61. Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020,

<http://www.mz.gov.pl/rozwój-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>

62. Mapa potrzeb zdrowotnych <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/>

63. NFZ: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2021 rok.

64. Ustawa z dnia 24 maja 2023 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2023 r., poz. 991.

65. NFZ: Informator o umowach, z dnia 14.11.2023. roku. <http://nfz.gov.pl/>

66. NFZ: Informator o kolejkach. <http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/>

67. NIK: Raport z kontroli. <http://nik.gov.pl>

68. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Wykaz przykładowych działań terapeutycznych

Zabiegi fizjoterapeutyczne:

Kinezyterapia

- indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje)
- ćwiczenia wspomagane
- pionizacja
- ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem
- ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem
- ćwiczenia izometryczne
- nauka czynności lokomocji
- wyciągi
- inne formy usprawniania
- ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające

Masaż

- masaż suchy - częściowy
- masaż limfatyczny ręczny
- masaż limfatyczny mechaniczny
- masaż podwodny – hydropowietrzny
- masaż podwodny miejscowy
- masaż podwodny całkowity
- masaż mechaniczny

Elektrolecznictwo

- galwanizacja
- jonoforeza
- kąpiel czterokomorowa
- kąpiel elektryczna – wodna całkowita
- elektrostymulacja
- tonoliza
- prądy diadynamiczne
- prądy interferencyjne
- prądy TENS
- prądy TRAEBERTA
- prądy KOTZA
- ultradźwięki miejscowe
- ultrafonoforeza

Leczenie polem elektromagnetycznym

- impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości
- diatermia krótkofalowa, mikrofalowa
- impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości

Światłolecznictwo i termoterapia

- naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym
- laseroterapia – skaner
- laseroterapia punktowa
- okłady parafinowe

Hydroterapia

- kąpiel wirowa kończyn
- inne kąpiele - wirowa w tanku
- natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczyowy

Krioterapia

- krioterapia (azot)

Balneoterapia

- kąpiel w suchym CO₂

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
W OBSZARZE REHABILITACJI MEDYCZNEJ WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE**

Ja niżej podpisany(a)..... oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.)

Pacjent:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu (ręką pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z pacjentem(ką), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

Załącznik nr 3

Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 (wersja polska)

1. Generalnie możesz powiedzieć, że stan twojego zdrowia jest:
- ☐ Doskonały ☐ Dobry ☐ Niezadowolający
- ☐ Bardzo dobry ☐ Zadowolający
2. Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem w ubiegłym roku?
- ☐ Dużo lepiej niż rok temu ☐ Bardzo podobnie jak rok temu ☐ Dużo gorzej niż rok temu
- ☐ Trochę lepiej niż rok temu ☐ Trochę gorzej niż rok temu
3. Poniżej wymieniono w punktach czynności wykonywane zazwyczaj w ciągu dnia. Czy aktualnie Twoje zdrowie ogranicza Twoje możliwości ich wykonania? Jeżeli tak, to jak bardzo?

Czynności:	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale
czynności wymagające energii, takie jak: bieganie, podnoszenie ciężarów,			
uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania			
czynności o umiarkowanej trudności, takie jak: przesuwanie stołu			
odkurzanie,			
podnoszenie lub dźwiganie zakupów			
pokonywanie kilku pięter schodów			
pokonywanie jednego piętra schodów			
schylanie się lub klękanie			
spacer dłuższy niż 1 km			
spacer ok. 500 m			
spacer ok. 100 m			
kąpiel lub ubieranie się			

4. Czy w ostatnim miesiącu miałeś(-aś) problemy z pracą lub codzienną aktywnością, które wynikały ze stanu zdrowia i powodowały:

	Tak	Nie
konieczność skrócenia czasu pracy lub innych czynności		
gorsze samopoczucie niż oczekiwałeś(-aś)		

ograniczenie w pracy lub w innych czynnościach		
wystąpienie utrudnień w wykonywanej pracy lub innych czynnościach		

5. Czy w ciągu ostatniego miesiąca miałeś(-aś) problemy związane z wykonywaną pracą lub codziennymi czynnościami wynikające z problemów emocjonalnych (np. poczucie depresji, zdenerwowanie)?

	Tak	Nie
skrócenie czasu wykonywanej pracy lub innej aktywności		
mniej osiągnięcia (rezultaty) niż oczekiwałeś(-abyś)		
niemożność wykonywania pracy lub innej czynności tak starannie jak zwykle		

6. Czy w ciągu ostatniego miesiąca twoje problemy zdrowotne lub emocjonalne miały wpływ na zwyczajne czynności, kontakty z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami lub innymi grupami? [] Nie, wcale nie miały wpływu [] Czasami miały wpływ [] Bardzo duży wpływ miały
- [] Rzadko miały wpływ [] Nawet bardzo miały wpływ

7. Ile razy odczuwałeś(-aś) ból w ciągu ostatniego miesiąca? [] Nigdy [] Bardzo rzadko [] Rzadko [] Od czasu do czasu [] Często [] Bardzo często

8. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca ból zakłócał Twoją normalną pracę (zawodową i domową)? [] Wcale [] Średnio często [] Bardzo rzadko [] Trochę często [] Nawet bardzo często

9. Poniższe pytania dotyczą Twojego samopoczucia w ciągu ostatniego miesiąca. Na każde pytanie proszę udzielić jednej odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego. Ile razy wystąpił dany objaw w ciągu ostatniego miesiąca?

	Cały czas	Dużo czasu	M mało czasu	Większość czasu	Od czasu do czasu	Nigdy
a) byłeś(-aś) pełen(-na) zapału						
b) byłeś(-aś) bardzo zdenerwowany						
c) czułeś(-aś) się nic nie wart(-a)						
i nic nie było w stanie cię pocieszyć						
d) byłeś(-aś) wyciszony(-a) i spokojny(-a)						
e) byłeś(-aś) pełen(-na) energii						
f) byłeś(-aś) załamany(-a) i smutny(-a)						

g) czuleś(-aś) się zmarnowany(-a)						
h) byłeś(-aś) szczęśliwy(-a)						
i) byłeś(-aś) zmęczony(-a)						

10. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca Twoje zdrowie fizyczne lub stan emocjonalny wpływały na kontakty towarzyskie (spotkania z rodziną i przyjaciółmi)?

☐ Cały czas wpływał ☐ Od czasu do czasu wpływał ☐ Wcale nie wpływał

☐ Większość czasu wpływał ☐ Mało czasu/rzadko wpływał

11. Jak bardzo prawdziwe lub fałszywe są według Ciebie poniższe stwierdzenia?

	Prawdziwe	Czasami prawdziwe	Nie wiem	Czasami Fałszywe	Fałszywe
a) uważam, że stan mojego zdrowia jest lepszy niż innych osób, które znam					
b) jestem zdrowszy od innych osób, które znam					
c) przypuszczam, że stan mojego zdrowia ulegnie pogorszeniu					
d) stan mojego zdrowia jest doskonały					

ANKIETA

Szanowni Państwo,

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety gdyż zależy nam na poznaniu Państwa opinii na temat programu zdrowotnego. Zebrane informacje pomogą nam jeszcze lepiej zorganizować zaplanowane działania.

Odpowiedzi proszę wskazywać poprzez zaznaczenie znakiem „x” odpowiedniego pola.

Część A pacjent wypełnia w momencie przystąpienia do programu.

Część B pacjent wypełnia w momencie zakończenia udziału w programie. Ankieta jest anonimowa i nie wymaga podpisu.

Płeć:

☐

Kobieta:

Mężczyzna:

☐

Wiek:

☐

50-54

lat:

55-59 lat:

☐

60-64 lat:

☐

65 i więcej lat:

☐

Typ występującego schorzenia

Część A (wypełniana przed przystąpieniem do programu):

1. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/i o realizacji programu zdrowotnego?:

plakat:

☐

lekarz rodzinny/specjalista:

☐

internet:

☐

rodzina/znajomi:

☐

media:

☐

inne:

☐

(jakie?)

2. Dlaczego zgłosił/a się Pan/i do programu zdrowotnego?

.....

3. Jak ocenia Pan/i stan swojego zdrowia w momencie przystąpienia do programu? (proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie przy czym 1 jest wartością najniższą, a 5 najwyższą):

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

4. Jak często podejmuje Pan/i aktywność fizyczną w ciągu tygodnia? (aktywność fizyczna podejmowana od 1 do 7 dni w ciągu tygodnia)

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

7

☐

Część B (wypełniana po zakończeniu udziału w programie):

1. Czy jest Pan/-i zadowolony/-a z jakości świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w Programie?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

2. Czy jest Pani/Pan zadowolony/-a z organizacji udzielania świadczeń rehabilitacyjnych w ramach Programu?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

3. Czy świadczenia rehabilitacyjne odbywały się zgodnie z planem, w wyznaczonym terminie i wyznaczonej godzinie?

tak ☐ nie ☐ nie wiem ☐

4. Czy podczas spotkania z lekarzem w jasny i precyzyjny sposób została przekazana informacja o schorzeniu i planie leczenia?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

5. Czy zaobserwował/-a Pan/-i poprawę stanu zdrowia po zakończeniu rehabilitacji w ramach Programu ?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

6. Czy zaobserwował/-a Pan/-i zmniejszenie się dolegliwości bólowych po zakończeniu rehabilitacji w ramach Programu ?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

7. Czy zaobserwował/-a Pan/-i poprawę sprawności ruchowej po zakończeniu rehabilitacji w ramach Programu ?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

8. Czy uważa Pan/i że obecny stan zdrowia pozwoli na podjęcie lub kontynuowanie pracy zawodowej?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

9. Czy zwiększyła się Pana/i wiedza dotycząca przyczyn występowania schorzeń narządu ruchu?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

10. Czy przekazywana wiedza na warsztatach edukacyjnych była prezentowana w jasny, prosty i zrozumiały sposób?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

11. Czy poznała Pan/i nowe formy aktywnego spędzania wolnego czasu?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

12. Czy zwiększyła się Pana/i wiedza dotycząca prawidłowych nawyków dotyczących aktywności fizycznej?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

13. Czy zajęcia sportowe były prowadzone w sposób ciekawy i atrakcyjny?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

14. Czy podejmowana przez Pana/ią aktywność fizyczna po zakończeniu udziału w programie zdrowotnym:

A) zmalała ☐

B) pozostała bez zmian ☐

C) wzrosła ☐

Jeśli Pani/a aktywność fizyczna **wzrosła** proszę zaznaczyć częstotliwość jej podejmowania (z częstotliwością od 1 do 7 dni w ciągu tygodnia):

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐

15. Czy poleciłby Pan/-i udział w Programie innym osobom?

zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ nie umiem określić ☐ raczej nie ☐ zdecydowanie nie ☐

.....
data

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Załącznik nr 5

Wykaz tematów do zrealizowania podczas zajęć edukacyjnych.

Cel główny zajęć: przygotowanie oraz wyposażenie uczestników zajęć edukacyjnych w podstawową wiedzę i umiejętności dotyczących zdrowia, wpływu aktywności fizycznej na zdrowie oraz sposobów radzenia sobie ze stresem.

Czas trwania zajęć to 90 min (2 x 45 minut).

Tematyka realizowana podczas spotkania edukacyjnego:

1. Wpływ diety na skład ciała człowieka.
2. Konsekwencje otyłości, nadwagi oraz innych parametrów zdrowotnych, a występowanie chorób układu naczyniowego, oddechowego oraz układu mięśniowo-powięziowego i tkanki łącznej.
3. Wysiłek fizyczny, a człowiek i jego zdrowie.
4. Ergonomia wysiłku fizycznego w pracy i w domu.
5. Autoterapia.

Realizacja powyższych tematów pozwoli uczestnikowi zdobyć następującą wiedzę oraz umiejętności:

1. poznać czynniki warunkujące zdrowie, determinanty zdrowia, czynniki ryzyka i chroniące zdrowie postępowania przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu oraz zawodowemu osób dotkniętych chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i innymi chorobami przewlekłymi utrudniającymi pracę zawodową.
2. Poznać wielowymiarowe aspekty holistycznego modelu zdrowia.
 - fizyczne (funkcjonowanie biologiczne organizmu jako całości),
 - psychiczne (funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne),
 - społeczne (zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich),
 - duchowe (związanej z osobistymi przekonaniami, wierzeniami czy praktykami religijnymi).
3. Poznać wytyczne Instytutu Żywności i Żywienia zgodnie z najnowszą wersją Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej 2016 r. wśród osób dotkniętych chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i innymi chorobami przewlekłymi ze szczególnym uwzględnieniem osób narażonych na stres w miejscu pracy. Nabędzie wiedzę jak należy zaplanować zbilansowany posiłek (śniadanie).
4. Poznać oddziaływanie wysiłku fizycznego, jego różnych form i intensywność, na układ mięśniowy, układ oddechowy i układ krążenia.
5. Nauczyć się dobierać metody kształtowania zachowań zdrowotnych dla osób dotkniętych chorobą układu mięśniowo-szkieletowego i innych chorób przewlekłych utrudniających pracę zawodową.

6. Poznać zasady oraz nauczyć się wykonywać autorelaksację, czyli przywrócić prawidłową elastyczność oraz napięcie mięśniom poddawanych stałym obciążeniom.

Forma realizacji spotkania edukacyjnego:

- pierwszą częścią będzie wykład w formie prezentacji multimedialnej
- drugą częścią będą warsztaty aktywizujące uczestników spotkania (przygotowywanie zbilansowanego śniadania, wykonywanie autoterapii).

Załącznik nr 6

		Data:	
		Zlecenie udziału w wielkopolskim programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej	
Pieczęć nagłówkowa lekarza/poradni/przychodni			
Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:			
Pesel:			
Imię i Nazwisko:			
Adres zamieszkania			
Ulica/Osiedle		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość		Kod pocztowy	
Powiat		Województwo Wielkopolskie	
Rozpoznanie (ICD-10):			
Choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne:			
Rodzaj zabiegów:	1)	2)	3)
Ilość powtórzeń/czas zabiegu:			
Parametry:			
Okolica ciała			
		Pieczęć i podpis lekarza	

Załącznik nr 7

Test oceny poziomu aktywności fizycznej, bólu oraz poziomu wiedzy z zakresu zdrowia

A. Ocena poziomu aktywności fizycznej

Ile razy średnio w ciągu typowego 7-dniowego okresu (w tygodniu) wykonujesz następujące czynności? ćwicz przez ponad 15 minut w czasie wolnym (wpisz w każdej linii odpowiednią liczbę).

Godin Leisure-Time Exercise			
	Ile razy na tydzień		Wynik
CIEŻKIE ĆWICZENIA (SERCE bije szybko) (np. bieganie, jogging, hokej, piłka nożna, squash, koszykówka, narciarstwo biegowe, judo, jazda na rolkach, energiczne pływanie, energiczna długodystansowa jazda na rowerze)		X9	
UMIARKOWANE ĆWICZENIA (NIE WYCZERPUJĄCE) (np. szybki marsz, baseball, tenis, łatwa jazda na rowerze, siatkówka, badminton, łatwe pływanie, narciarstwo alpejskie, taniec popularny i ludowy)		X5	
ŁAGODNE/LEKKIE ĆWICZENIA (MINIMALNY WYSIŁEK) (np. joga, łucznictwo, wędkarstwo z brzegu, kręgle, podkowy, golf, jazda na skuterach śnieżnych, łatwe spacerowanie)		X3	
TYGODNIOWY WYNIK AKTYWNOŚCI W CZASIE WOLNYM			

B. Skala wzrokowo-analogowa oceny BÓLU (VAS – Visual Analogue Scale)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

C. Test wiedzy z zakresu zdrowia

1) Stan będący rezultatem nadmiernej utraty wody przez organizm i niebezpieczny dla zdrowia to:

- a) odwodnienie
- b) nawodnienie
- c) suchość

2) Czy leki naturalne to:

- a) aloes, rumianek, tymianek, liście pietruszki
- b) rosół z makaronem, mięso pieczone w folii
- c) coca cola, napój witaminizowany

3) Nadmiar soli w diecie sprzyja:

- a) lepszemu samopoczuciu
 - b) rozwojowi mięśni
 - c) nadciśnieniu tętniczemu, bólom głowy i obrzękom nóg
- 4) Który posiłek jest najważniejszy dla ucznia?
- a) podwieczorek
 - b) śniadanie
 - c) kolacja
- 5) Jak nazywa się osoba, która nie jada mięsa:
- a) wegetarianin
 - b) roślinożerca
 - c) łakomczuch
- 6) Czy prawidłowe odżywianie jest konieczne dla zdrowia?
- a) jest podstawą zdrowia
 - b) nie jest ważne
 - c) ważne, tylko przed klasówką
- 7) Ile wody dziennie powinien wypijać dorosły człowiek?
- a) ok. 2 litry
 - b) ok. 10 litrów
 - c) jedną szklankę
- 8) Blanszowanie to:
- a) malowanie francuskimi farbami
 - b) urodziny Blanki – obchodzone bardzo uroczyście
 - c) technika bardzo szybkiego obgotowywania warzyw i owoców w wodzie
- 9) Co to jest anoreksja?
- a) choroba charakteryzująca się niechęcią do jedzenia
 - b) choroba związana z objadaniem się
 - c) inaczej otyłość
- 10) Czym charakteryzuje się chińska kuchnia?
- a) ziemniaki, kapusta, śliwki
 - b) pierogi, chleb, mleko
 - c) ryż, sos sojowy, pędy bambusa
- 11) Kardamon, szafran, carry, imbir, to:
- a) rośliny rosnące w Polsce
 - b) nazwy zwierząt występujących w Afryce
 - c) przyprawy o aromatycznym zapachu i smaku
- 12) Jakie warzywa posiadają witaminę C:
- a) soja, rośliny strączkowe, pomidory
 - b) papryka, warzywa zapustowe, natka pietruszki
 - c) soja, marchewka, papryka
- 13) Laktowegetarianie nie jedzą:
- a) mięsa i mleka oraz przetworów mlecznych

- b) warzyw i mleka oraz przetworów mlecznych
- c) mięsa

14) Makroelementy to:

- a) Ca, K, P
- b) Fe, I, F
- c) Ca, K, I

15) Witamina A zapobiega:

- a) Wypadaniu zębów
- b) Kurzej ślepoty
- c) Krzywicy u dzieci

16) Szkorbut wywołany jest niedoborem witaminy:

- a) B 12
- b) A
- c) C

17) Białka rozkładane są na:

- a) cukry proste
- b) Wolne kwasy tłuszczowe
- c) Aminokwasy

18) W jelicie cienkim na białka działa enzym trzustkowy:

- a) Trypsyna
- b) Trypsyna i chymotrypsyna
- c) Pepsyna

19) Wstręt do jedzenia to:

- a) Bulimia
- b) Próchnica
- c) Anoreksja

20) Konserwanty są:

- a) Szkodliwe dla zdrowia
- b) Nieszkodliwe dla zdrowia
- c) Nie wpływają na zdrowie

21) Choroba brudnych rąk to:

- a) Żółtaczkę
- b) Grypa
- c) Świerz

22) Produkty bogate w białko to:

- a) Sery, chipsy, groch
- b) Chleb, mleko, jabłka
- c) Sery, mięso, ryby

23) Jaki pierwiastek utrzymuje stałą termoregulację:

- a) Jod
- b) Magnez

c) Fosfor

24) Zapobiega anemii:

- a) Miedź
- b) Chrom
- c) Żelazo

25) Witamina H zapobiega:

- a) Łysieniu, zapaleniom skóry
- b) Kruchaści naczyń krwionośnych
- c) Anemii

26) II śniadanie powinno dostarczać nam:

- a) 5-10% dziennego zapotrzebowania na energię
- b) 30% dziennego zapotrzebowania na energię
- c) 40% dziennego zapotrzebowania na energię

27) Wapń hamuje rozwój:

- a) próchnicy zębów i osteoporozy
- b) kamieni żółciowych i nadciśnienia tętniczego
- c) osteoporozy i nadciśnienia tętniczego

28) Produkty bogate w tłuszcz to:

- a) makaron, wiśnie, pieczywo
- b) sałata, kasza, marchewka
- c) wieprzowina, czekolada, orzechy

29) W warzywach i owocach występują:

- a) witamina A,E,C
- b) witaminy A,C oraz błonnik
- c) błonnik pokarmowy oraz witaminy A, E, C i beta- karoten

30) Witamina, której powstawanie uzależnione jest od słońca:

- a) A
- b) D
- c) B2

Odpowiedzi prawidłowe do testu:

1.b, 2.a, 3.c, 4.b, 5.a, 6.a, 7.a, 8.c, 9.a, 10.c, 11.c, 12.b, 13.a, 14.a, 15.b, 16.c, 17.c, 18.b, 19.c, 20.a, 21.a, 22.c, 23.a, 24.c, 25.b, 26.a, 27.a, 28.c, 29.c, 30.d.