



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

Okres realizacji: 2018-2020

Autor programu: **Justyna Felcenloben** – mgr zdrowia publicznego, mgr psychologii, specjalista psychologii społecznej, główny specjalista ds. polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych w Departamencie Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego.

Program został opracowany we współpracy z Departamentem Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego.

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

marzec, 2017 r.



Spis treści

Podstawa prawna	3
OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	4
I Problem zdrowotny	4
II Epidemiologia	6
III Populacja podlegająca jst i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu	10
IV Obecne postępowanie	11
V Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	12
CELE PROGRAMU	16
I Cel główny	16
II Cele szczegółowe	16
III Oczekiwane efekty	16
IV Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	17
ADRESACI PROGRAMU	20
I Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe	20
II Tryb zapraszania do programu	20
ORGANIZACJA PROGRAMU	21
I Części składowe, etapy i działania organizacyjne	21
II Planowane Interwencje	21
III Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników	26
IV Zasady udzielania świadczeń w ramach programu	26
V Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	27
VI Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeśli istnieją wskazania	27
VII Bezpieczeństwo planowanych interwencji	28
VIII Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu	28
IX Dowody skuteczności planowanych działań	30
KOSZTY	37
I Koszty jednostkowe	37
II Planowane koszty całkowite	41
III Źródła finansowania, partnerstwo	42
IV Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	42
MONITOROWANIE I EWALUACJA	42
I Ocena zgłaszalności do Programu	42
II Ocena jakości świadczeń w Programie	43
III Ocena efektywności Programu	43
IV Ocena trwałości efektów Programu	43
Piśmiennictwo	44
Spis załączników Programu	46

Podstawa prawna

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
3. Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś X, Priorytet Inwestycyjny 8 vi.
4. „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” zatwierdzone przez Ministra Rozwoju i Finansów w dniu 8.12.2016 r., wydane na podstawie art. 5 ustawy ust. 1 pkt 11 o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
5. „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, Rozdział 6.2, Podrozdział 6.2.1. Narzędzie 3.
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
8. Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci ze śpiączką.

OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

I. Problem zdrowotny

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej są podzielone na następujące grupy:

- artropatie (M00-M25),
- układowe choroby tkanki łącznej (M30-M36),
- choroby grzbietu (M40-M54),
- choroby tkanek miękkich (M60-M79),
- osteopatie i chondropatie (M80-M94),
- inne choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M95-M99).

Ze względu na różnorodność grupy chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w programie zawarto jedynie opis występujących najczęściej w populacji dolegliwości.

Najczęstszą przyczyną dolegliwości ze strony układu ruchu są choroby zwyrodnieniowe stawów - ChZS). Choroba zwyrodnieniowa stawów powstaje na skutek oddziaływania czynników mechanicznych i biologicznych, które destabilizują powiązane ze sobą procesy degradacji i tworzenia chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości. Choroba zwyrodnieniowa stawów charakteryzuje się głównie bólem stawowym, ograniczeniami ruchomości w stawie, trzeszczeniami oraz wtórnymi zmianami zapalnymi o różnym nasileniu, którym nie towarzyszą objawy ogólnoustrojowe. Chorobę można rozpoznać u ponad połowy osób po 40 roku życia, a u 10-20% powoduje ona istotne ograniczenie sprawności; ChZS najczęściej ujawnia się w wieku 40-60 lat. Wyróżnia się postać pierwotną o nieznannej etiologii oraz postać wtórną choroby, będącą konsekwencją miejscowych uszkodzeń struktur i nieprawidłowości budowy stawu lub chorób ogólnoustrojowych. Do czynników zwiększających ryzyko ChZS zalicza się m.in. starszy wiek, nadwagę i otyłość, mutacje genetyczne, czynniki mechaniczne (m.in. pracę zawodową wymagającą częstego zginania kolan, która zwiększa ryzyko 12-krotnie), płeć żeńską, dużą gęstość mineralną kości, zaburzenia czucia głębokiego). Istotną rolę w leczeniu ChZS odgrywa kinezyterapia, stosowana w celu utrzymania zakresu ruchów w stawie oraz siły mięśniowej; może ona również zmniejszać ból (*Gajewski (red.) Interna Szczeklika 2016*).

CHZS zajmuje zwykle jeden lub kilka stawów, rzadko ma postać uogólnioną. Ze względu na umiejscowienie zmian wyodrębnia się m.in. chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego (koksartroza), stawu kolanowego (gonartroza), stawów rąk, stawów kręgosłupa (spondyloartroza).

CHZS rozwija się powoli, zwykle z okresami zaostrzeń i złagodzeń objawów. Postępuje ona niezależnie od sposobu leczenia, choć leczenie może mieć korzystny wpływ na występowanie objawów. CHZS nigdy się nie cofa. Stopień niepełnosprawności zależy od lokalizacji i stopnia zaawansowania zmian. Najczęstszą przyczyną niesprawności jest zajęcie stawu biodrowego,

stawu kolanowego i stawów kręgosłupa. Do niefarmakologicznych metod leczenia zachowawczego CHZS zalicza się regularną edukację pacjenta oraz dietę (w celu zmniejszenia masy ciała w przypadku nadwagi lub otyłości), fizjoterapię, zaopatrzenie ortopedyczne i odpowiednie obuwie. Właściwe postępowanie może ograniczyć zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe (*Gajewski (red.) Interna Szczeklika 2016*).

Najczęstszą przyczynę dolegliwości spotykanych w praktyce reumatologicznej i w podstawowej opiece zdrowotnej stanowią choroby z grupy reumatyzmu tkanek miękkich (tzw. regionalne zespoły bólowe). Spowodowane są one urazami oraz powtarzającymi się przeciążeniami wynikającymi z zaburzeń postawy, wykonywanej pracy lub uprawianej dyscypliny sportu. Choroby te dotyczą tkanek okołostawowych (mięśni, ścięgien, kaletek maziowych oraz więzadeł). Jest to bardzo niejednorodna grupa chorób, której wspólnymi cechami są: miejscowy proces zapalny wywołujący ból i niekiedy ograniczenie ruchomości czynnej, dobry stan ogólny chorego i prawidłowe wyniki badań laboratoryjnych. Wprowadzono podział tej grupy chorób ze względu na umiejscowienie dolegliwości i zajęty obszar na:

- stany zapalne ścięgien (tendopatie) i ich przyczepów (entezopatie),
- zapalenia tkanek okołostawowych (periartropatie),
- zapalenia pochewek ścięgniastych,
- zapalenia kaletek maziowych,
- fibromialgię (zespół uogólnionego bólu mięśniowo-stawowego),
- zespoły bólowe kręgosłupa,
- inne zespoły bólowe.

Choroby, o których mowa powyżej mogą wystąpić w każdym okresie życia, lecz ich częstość wzrasta wraz z wiekiem (*Gajewski (red.) Interna Szczeklika 2016*).

Przykładem choroby układowej tkanki łącznej jest reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Charakteryzuje się ono nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych. Choroba prowadzi do niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci. Szczyt zachorowalności przypada na 4 i 5 dekadę życia (*Gajewski (red.) Interna Szczeklika 2016*).

Przebieg kliniczny RZS jest specyficzny dla każdego pacjenta, ale wspólne cechy poszczególnych przypadków to ból, sztywność stawów oraz zmęczenie, które występują zwłaszcza rano lub po okresach obniżonej aktywności, utrata wagi oraz gorączka lub objawy grypopodobne. Choroba atakuje stawy maziówkowe, powodując ból, a w końcu prowadzi do ich deformacji i niepełnosprawności chorego. Choroba może postępować bardzo szybko, powodując obrzęk i okołostawowe uszkodzenia chrząstek oraz tkanki kostnej. Najczęściej atakuje stawy dłoni, stóp oraz nadgarstków, chociaż może objąć dowolne stawy w organizmie. RZS może mieć również wpływ na serce, oczy, płuca, krew oraz skórę (*Moskalewicz, 2002, za Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011*).

W przypadku RZS rehabilitacja powinna być stosowana w każdym okresie choroby. Odgrywa ona znaczącą rolę w pokonywaniu mogących wystąpić u pacjenta barier psychologicznych związanych z chorobą, poprzez wykształcenie umiejętności radzenia sobie z chorobą, podtrzymywania kontaktów ze środowiskiem i zapobieganie depresji. Rehabilitacja obejmuje: kinezyterapię, fizykoterapię i wsparcie psychologiczne (*Gajewski (red.) Interna Szczeklika 2016*).

II. Epidemiologia

Według stanu w dniu 31 grudnia 2015 r. województwo łódzkie zamieszkiwało 2.493,6 tys. osób. Na przestrzeni ostatnich lat w województwie łódzkim obserwujemy systematyczny spadek liczby ludności. W końcu 2015 r., w porównaniu z analogicznym okresem roku poprzedniego, liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się o 0,4% (tj. o 10,5 tys. osób). W ostatnich latach w województwie łódzkim, podobnie jak przeciętnie w Polsce, obserwujemy przesunięcia w strukturze ludności według ekonomicznych grup wieku. Liczba ludności w wieku produkcyjnym (18-59 lat w przypadku kobiet, 18-64 lata w przypadku mężczyzn) również uległa zmniejszeniu w porównaniu z rokiem poprzednim, w województwie – o 1,3%, natomiast w Polsce – o 0,9%. Dodatkowo, nastąpił spadek udziału tej zbiorowości w ogólnej liczbie ludności województwa z 61,9% w 2014 r. do 61,4% w 2015 r. W 2015 r. zaobserwowano dalszy wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej w przypadku kobiet, 65 lat i więcej w przypadku mężczyzn), w skali województwa – o 2,5%; udział tej grupy ludności osiągnął poziom 21,8% populacji łódzkiego i był większy o 0,6 p. proc. w stosunku do zanotowanego w 2014 r. Województwo łódzkie od kilku lat charakteryzuje się najwyższym w Polsce odsetkiem osób w wieku poprodukcyjnym (*Ruch naturalny i migracje w województwie łódzkim w 2015 r. Urząd statystyczny w Łodzi 2016*).

Obserwowane w województwie zjawisko starzenia się społeczeństwa ma istotny wpływ na kształtowanie się zachorowalności i chorobowości, w szczególności na choroby przewlekłe, tj. choroby układu krążenia, układu oddechowego, pokarmowego, nowotwory i schorzenia narządu ruchu. Tym samym determinuje ono ilość i rodzaj świadczeń zdrowotnych (m.in. świadczeń rehabilitacji leczniczej), z których korzystają mieszkańcy województwa łódzkiego.

Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu chorób układu kostno-mięśniowego (przyczyny zgonów obejmujące kody ICD-10: G72, I73, L40.5, M00-M46, M49, M53.9, M54-M99) w okresie 2012-2014 w województwie łódzkim wynosił 1,8/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 20%. Wartość ta plasuje województwo na 1-2 miejscu w Polsce. Poziom umieralności mężczyzn i kobiet jest wyższy niż w kraju odpowiednio o 12,5% i 22,7%. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku mieszkańców województwa i Polski (wskaźnik SMR) zagrożenie życia mieszkańców województwa łódzkiego tymi chorobami jest wyższe od ogólnopolskiego o 7,9% (*Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego, 2016*).

Z danych Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi wynika, że w 2014 roku miało miejsce 582.778 hospitalizacji, z czego 4,5% stanowiły hospitalizacje spowodowane chorobami układu kostno-stawowego (27.417). W tym samym czasie, pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pozostawały 167.594 osoby z rozpoznąną chorobą układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, w tym 49.154 osób w wieku 55-64 lata (*Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Łódzkiego 2014, Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi 2015*)

W 2014 r. w województwie łódzkim odnotowano 8,7 tys. hospitalizacji w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa. W województwie łódzkim 65,1% świadczeń rehabilitacyjnych realizowanych w ramach NFZ zostało sprawozdanych z rozpoznaniem niniejszej grupy chorób. Analiza rozpoznania głównego ostatniej hospitalizacji w ciągu 365 dni poprzedzających dane świadczenie rehabilitacyjne wykazała, że 19,9% świadczeń rehabilitacyjnych zostało sprawozdanych z rozpoznaniem choroby układu kostno-mięśniowego (*Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego, 2016*).

Zgodnie z danymi uzyskanymi z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w 2015 roku największa liczba pacjentów - 24.292 osoby skorzystały ze świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji z powodu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Aż 71% tych pacjentów skorzystało z rehabilitacji więcej niż jeden raz roku. Dane dotyczące liczby pacjentów w wieku 50-65 lat z rozpoznaniem z zakresu chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej według klasyfikacji ICD10, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji w ramach NFZ przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1. Osoby w wieku 50-65 lat z woj. łódzkiego, które w 2015 r. korzystały z ambulatoryjnej rehabilitacji z rozpoznaniem głównym należącym do grupy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (dane ŁOW NFZ)

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów	Liczba pacjentów korzystających raz w roku	Liczba pacjentów korzystających więcej niż raz w roku
M00	Ropne zapalenie stawów	5	0	5
M01	Bezpośrednie infekcje stawów w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	1	0	1
M02	Odczynowe zapalenie stawów	11	5	6
M03	Poinfekcyjne i reaktywne artropatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	3	1	2
M05	Sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów	989	297	692
M06	Inne reumatoidalne zapalenia stawów	171	53	118
M07	Artropatie towarzyszące łuszczycy i chorobom jelit	56	17	39
M08	Młodzieńcze zapalenie stawów	1	1	0
M10	Dna moczanowa	56	15	41
M11	Inne artropatie spowodowane odkładaniem kryształów	7	3	4
M12	Inne określone artropatie	85	27	58
M13	Inne zapalenia stawów	224	87	137
M14	Artropatie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	24	8	16
M15	Zwyrodnienia wielostawowe	9 901	3 000	6 901

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów	Liczba pacjentów korzystających raz w roku	Liczba pacjentów korzystających więcej niż raz w roku
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych	2 553	766	1 787
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych	6 870	2 059	4 811
M18	Choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego	54	17	37
M19	Inne choroby zwyrodnieniowe	2 027	670	1 357
M20	Nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp	748	211	537
M21	Inne nabyte zniekształcenia kończyn	131	31	100
M22	Choroby rzepek	54	15	39
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	464	134	330
M24	Inne określone uszkodzenia stawu	94	14	80
M25	Inne choroby stawu niesklasyfikowane gdzie indziej	105	36	69
M30	Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne	2	2	0
M31	Inne martwicze choroby naczyń	2	1	1
M32	Toczeń rumieniowaty układowy	18	5	13
M34	Twardzina układowa	7	3	4
M35	Inne układowe zajęcie tkanki łącznej	25	6	19
M40	Kifoza i lordoza	30	7	23
M41	Boczne skrzywienie kręgosłupa [skolioza]	393	124	269
M42	Osteochondroza kręgosłupa	903	231	672
M43	Inne zniekształcające choroby grzbietu	88	18	70
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	182	59	123
M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	14	4	10
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	24 292	7 094	17 198
M48	Inne choroby kręgosłupa	396	143	253
M49	Spondylopatie w przebiegu innych chorób	11	2	9
M50	Choroby kręgów szyjnych	3 753	1 169	2 584
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	5 360	1 828	3 532
M53	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej	196	20	176
M54	Bóle grzbietu	3 689	1 047	2 642
M60	Zapalenie mięśni	6	4	2
M61	Zwapnienia i skostnienia mięśni	17	5	12
M62	Inne choroby mięśni	22	7	15
M63	Choroby mięśni w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	6	2	4
M65	Zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna	409	132	277
M66	Samoistne pęknięcia błony maziowej ścięgna i ścięgna	3	0	3
M67	Inne choroby błony maziowej i ścięgien	196	40	156
M68	Choroby błony maziowej i ścięgien w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	20	6	14
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem	3 894	1 313	2 581
M71	Inne choroby kaletek maziowych	43	19	24
M72	Zaburzenia rozrostowe tkanki fibroblastycznej	95	19	76
M73	Choroby tkanek miękkich w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	7	2	5
M75	Uszkodzenia barku	2 733	810	1 923
M76	Entezopatie kończyny dolnej z wyłączeniem stopy	51	8	43

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów	Liczba pacjentów korzystających raz w roku	Liczba pacjentów korzystających więcej niż raz w roku
M77	Inne entezopatie	1 118	351	767
M79	Inne choroby tkanek miękkich niesklasyfikowane gdzie indziej	25	8	17
M80	Osteoporoza ze złamaniem patologicznym	46	18	28
M81	Osteoporoza bez patologicznego złamania	35	11	24
M82	Osteoporoza w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	1	1	0
M83	Zmiękczenie kości [osteomalacja] dorosłych	2	0	2
M84	Zaburzenia ciągłości kości	6	3	3
M85	Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości	68	21	47
M86	Zapalenie kości i szpiku	5	1	4
M87	Martwica kości	5	1	4
M89	Inne choroby kości	58	21	37
M90	Choroby kości w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	3	0	3
M91	Osteochondroza stawu biodrowego i miednicy	7	2	5
M92	Inne osteochondrozy młodzieńcze	1	1	0
M93	Inne osteochondropatie	5	1	4
M94	Inne choroby chrząstki	25	7	18
M95	Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	129	48	81
M96	Zaburzenia układu mięśniowo-kostnego niesklasyfikowane gdzie indziej	25	8	17
M99	Uszkodzenia biomechaniczne niesklasyfikowane gdzie indziej	7	1	6

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej generują wysokie wydatki z tytułu niezdolności do pracy.

Według danych Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w 2015 roku wystawiono w Polsce 6.154,6 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej, w tym mieszkańcom województwa łódzkiego - 415,7 tys. Województwo łódzkie charakteryzowało się najdłuższą przeciętną długością absencji chorobowej w 2015 roku, która wynosiła 45,6 dni (wartość średnia dla Polski to 36,8 dni). Z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wystawiono w województwie łódzkim w 2015 roku 189,7 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.

Liczba zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wystawionych w 2015 roku w województwie łódzkim, których przyczyną były choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowiła 13,8% wszystkich wystawionych zaświadczeń. Zaświadczenia te wystawiono 83.199 osobom – mieszkańcom województwa, w tym 29.427 z nich była w wieku 50-64 lata.

Według danych uzyskanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w 2015 roku lekarze orzecznicy ZUS wystawili w całej Polsce 25.574 pierwszorazowe orzeczenia ustalające

uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (ICD-10 M00-M99). Przyczyna ta stanowiła 26,3% wszystkich orzeczeń wydanych w kraju. W województwie łódzkim liczba orzeczeń wyniosła 2.054, co stanowiło 20,8% wydanych w regionie orzeczeń – choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej są w województwie łódzkim najczęstszą przyczyną uzyskiwania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Ponad połowę osób, które otrzymały orzeczenie ustalające uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowiły osoby w wieku 50-64 lata (53,3%).

W 2015 roku lekarze orzecznicy ZUS wydali w województwie łódzkim 3.588 pierwszorazowych orzeczeń ustalających stopień niezdolności do pracy dla celów rentowych, z czego 433 spowodowanych było chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (w tym 1 orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, 35 – orzekające całkowitą niezdolność do pracy a 397 wskazujące na częściową niezdolność do pracy. Zdecydowana większość wydanych w województwie z tego powodu orzeczeń (70%) dotyczyła osób w wieku 50-64 lata).

III. Populacja podlegająca jst i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Grupę docelową szczegółowo scharakteryzowano w punkcie *Adresaci Programu* i podpunkcie *Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników*.

Według stanu na 30.06.2016 r.¹ liczba ludności w województwie łódzkim wynosiła 2.488.417 osób, w tym 566.915 osób w wieku 50-65 lat (BDL, GUS) tj. 22,8% mieszkańców regionu.

Z danych Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi wynika, że w 2014 roku pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pozostawało 49.154 osób w wieku 55-64 lata z rozpoznaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Według danych ZUS w 2015 roku zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy, których przyczyną były choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wystawiono 29.427 mieszkańcom województwa w wieku 50-64 lata.

Biorąc pod uwagę w/w dane liczbowe i szczegółowe założenia Programu **wielkość populacji kwalifikującej się do Programu oszacowano na ok. 40.000 osób.**

¹ Do wyliczenia populacji wykorzystano najnowsze, dostępne podczas opracowywania Programu dane statystyczne.

IV. Obecne postępowanie

Rehabilitacja, według Światowej Organizacji Zdrowia jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych, edukacyjnych i zawodowych w celu przystosowania chorego do życia w nowych uwarunkowaniach i umożliwienia mu jak największej sprawności.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej są finansowane ze środków publicznych i udzielane w podmiotach, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z tego zakresu. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w Polsce świadczenia te mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego i stacjonarnych.

Świadczenia ambulatoryjne obejmują:

- a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną poprzez poradę lekarską rehabilitacyjną,
- b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeuty.

W 2017 roku w województwie łódzkim Narodowy Fundusz Zdrowia posiada umowy z 101 świadczeniodawcami w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej oraz 182 w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (*Informator o zawartych umowach, wg stanu na 13.02.2017*).

Pomimo stosunkowo wysokich nakładów finansowych, czas oczekiwania na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lekarska jest bardzo długi. W 2017 roku w województwie łódzkim maksymalny średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zarówno w poradni rehabilitacyjnej jak i w pracowni fizjoterapii wynosił ponad rok (*NFZ, 2017*). Jedną z ważniejszych przyczyn opracowania niniejszego Programu jest umożliwienie jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia. Decyzja o opracowaniu programu została oparta m.in. na ocenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych, zgodnie z którą: „Zasadność prowadzenia przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię, rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia” (*Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 130/2013 z dnia 13 maja 2013 r. o projekcie programu „Poprawa jakości życia u osób cierpiących na przewlekłe choroby układu ruchu dla mieszkańców Miasta i Gminy Połaniec na 2013 rok”, dostęp z dnia 21.11.2014 r.*).

Rehabilitację leczniczą w zakresie schorzeń narządu ruchu prowadzi także Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej. Rehabilitacja prowadzona jest w trybie

stacjonarnym i ambulatoryjnym. Według danych uzyskanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (2017) w 2016 roku na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS z powodu chorób narządu ruchu lekarze skierowali z województwa łódzkiego 7.300 osób (w tym 700 na rehabilitację w trybie ambulatoryjnym). Program rehabilitacyjny zakończyło 6.102 osoby (w tym 612 osób w trybie ambulatoryjnym). Wśród przyczyn kierowania na rehabilitację narządu ruchu dominowały zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47), które stanowiły 19% przypadków skierowań.

V. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Województwo łódzkie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją demograficzno-epidemiologiczną. Systematycznie maleje liczba mieszkańców, przy jednoczesnym wzroście w strukturze ludności odsetka osób w wieku poprodukcyjnym. Stan zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego należałoby uznać za najgorszy w kraju, o czym świadczą jedne z najwyższych w Polsce wartości współczynnika umieralności i hospitalizacji dla osób w wieku produkcyjnym ogółem jak i według głównych przyczyn (choroby układu krążenia, nowotwory, przyczyny zewnętrzne, choroby układu trawienia). Nasilanie się negatywnych procesów demograficznych i niekorzystnych tendencji epidemiologicznych oraz niska świadomość zdrowotna mieszkańców województwa generuje coraz większe zapotrzebowanie na usługi zdrowotne.

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowią jedną z głównych przyczyn zdrowotnych ograniczania i przerywania aktywności zawodowej mieszkańców województwa. Dane z tego zakresu zostały przedstawione w punkcie *Epidemiologia*.

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej - w istotny sposób wpływają na zdolność do pracy, zarówno w perspektywie jednostkowej, jak i zbiorowej, zmniejszając produktywność i udział w rynku pracy tysięcy osób. Wyniki badań wskazują, co następuje:

→ W 2009 r. schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego kosztowały niemal 330 mln euro wypłaconych w postaci zasiłków chorobowych i kolejne 470 mln euro tytułem kosztów związanych z niezdolnością do pracy. Na finansowanie świadczeń związanych z niezdolnością do pracy przeznaczone zostało aż 874 mln euro, podczas gdy na rehabilitację zdrowotną zaledwie 38 mln euro (*Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011*).

→ W 2010 r. ogólne bezpośrednie koszty związane ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego zamknęły się kwotą 937 mln euro, z czego zaledwie 223 mln euro wydatkowano na profilaktykę zdrowotną (*Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011*).

→ Przewlekły ból związany z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego występuje u ok. 30% populacji europejskiej, powodując ograniczenie sprawności i pogarszając jakość życia (*Bileviciute-Ljungar, Norrefalk, 2013*).

→ Średni wiek osoby rehabilitowanej w Polsce wynosi 46 lat, co oznacza, że coraz więcej relatywnie młodych osób w wieku produkcyjnym wymaga wsparcia w leczeniu schorzeń długoterminowych.

→ Główne efekty chorób układu mięśniowo-szkieletowego (ból i ograniczenie zdolności ruchowej) mogą wpływać na szereg aspektów wydajności pracownika, w tym na: wytrzymałość, zdolności poznawcze i koncentrację, racjonalność myślenia, nastrój, sprawność ruchową i zręczność (*Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011*).

→ Przewlekły ból ma wpływ na zdolność do pracy, utrzymywanie relacji i funkcjonowanie w codziennym życiu – około jednej czwartej osób doświadczających przewlekłego bólu jest zagrożonych utratą zatrudnienia. Dodatkowo, pacjenci ci są bardziej podatni na rozwój takich zaburzeń jak: depresja, otyłość, choroby układu krążenia, nowotwory (*Marley, Tully, Porter-Armstrong, Bunting, O'Hanlon, McDonough, 2014*).

→ Badania dotyczące związku pomiędzy chorobami układu mięśniowo-szkieletowego a absenteizmem ujawniły, że obok somatycznego przebiegu choroby na przewlekłość oraz stopień niesprawności pacjenta wpływają także czynniki psychologiczne i społeczne. Trwająca ponad 8 tygodni nieobecność w pracy spowodowana bólem w przebiegu choroby układu mięśniowo-szkieletowego pogarsza prognozy i sprawia, że szanse powrotu do pracy maleją (*Eriksen, Grasdal, Harris, Hagen, Tangen, 2016*).

→ Badania epidemiologiczne pracowników, których absencja spowodowana jest bólami okolicy lędźwiowo-krzyżowej wskazują, że im dłużej osoby takie przebywają na zwolnieniu lekarskim, tym trudniej zmobilizować je do powrotu do pracy oraz tym wyższe koszty gospodarcze ponosi państwo (*Frank, Sinclair, Hogg-Johnson, Shannon, Bombardier i in., 1998; Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj i Frings-Dresen, 2006 za Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011*).

→ Coraz mniej osób przejawia regularną aktywność fizyczną – sześciu na dziesięciu Polaków nie uprawia żadnej aktywności fizycznej (*Czapiński, 2015*). Dodatkowo, rosnące zapotrzebowanie na pracowników umysłowych sprawia, że coraz więcej osób spędza dzień w pracy przy biurku.

Eksperti są zgodni, że w Polsce osoby cierpiące na dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego po otrzymaniu diagnozy nie mają problemów z dostępem do różnych wariantów leczenia. Jednakże okres oczekiwania na wizytę u specjalisty oraz poprawne zdiagnozowanie schorzenia jest niejednokrotnie bardzo długi (*Europ Assistant Group i Cercle Santé Societé, 2010 za Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011*).

Dane przedstawione w punkcie *Epidemiologia* wskazują, że potrzeby mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie rehabilitacji, w tym rehabilitacji w przebiegu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej nie są zaspakajane. Biorąc pod uwagę średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu rehabilitacji na terenie województwa łódzkiego w ramach NFZ oraz podstawowe założenia procesu rehabilitacji, kluczowe jest zwiększenie dostępu do tego rodzaju świadczeń. Niedocenianie roli wczesnej rehabilitacji w procesie leczenia powoduje wzrost liczby osób pobierających świadczenia rentowe i w następstwie wzrost nakładów finansowych na te świadczenia. „Z medycznego punktu widzenia warunkiem skuteczności procesu rehabilitacji jest podejmowanie działań rehabilitacyjnych możliwie

jak najwcześniej. Wcześnie rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstaniu lub utrwaleniu kalectwa. Rehabilitacja jest niezbędnym warunkiem późniejszego przygotowania do pracy i odpowiedniego zatrudnienia, a im lepsze jest usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej. Specyfika schorzeń i urazów powoduje, że znaczna liczba ubezpieczonych po zakończeniu leczenia podstawowego jest nadal niezdolna do powrotu do pracy zarobkowej. (...) Ubezpieczonym, u których utrzymuje się lub pogłębia niesprawność psychofizyczna w przewlekłym okresie schorzenia, rehabilitacja lecznicza umożliwia uzyskanie istotnej poprawy funkcjonalnej” (Kwolek (red), 2012).

Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego zostały wskazane jako jedna z pięciu grup schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Tematyka Programu jest zatem zgodna z narzędziem zdefiniowanym w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (Narzędzie 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych) – „zgodnie z założeniami będą realizowane projekty dotyczące m.in. rehabilitacji narządu ruchu”. Program stanowi realizację Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020. – PI 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się, Działanie X.3. Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałanie X.3.1. Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.

Jak wynika z danych statystyki publicznej GUS, choroba i niepełnosprawność jest w województwie łódzkim, tak jak w całym kraju, trzecią przyczyną bierności zawodowej – po emeryturze oraz nauce i uzupełnieniu kwalifikacji. W populacji biernych zawodowo mieszkańców województwa przyczyny te odpowiadają za bierność zawodową 13,6% osób (zatem niemal co siódmej takiej osoby) (GUS, 2015). Niniejszy program kierowany jest do osób powyżej 50 roku życia. Jak wynika z danych GUS ta grupa wiekowa jest znacznie częściej bierna zawodowo niż inne. W 2015 roku w województwie łódzkim było ok. 1 mln osób biernych zawodowo, w tym 22% w grupie 15-29 lat, 5,1% w grupie 30-39 lat, 4,1% w grupie 40-49 lat, 68,8% z grupy 50 i więcej lat (GUS). Osoby z grupy 50+ stanowią więc zdecydowaną większość mieszkańców województwa biernych zawodowo, a grupa ta jest prawie trzy razy liczniejsza niż druga pod tym względem grupa wiekowa 25-29 lat. W zależności od wieku populacji wpływ poszczególnych przyczyn na aktywność zawodową różni się. W przypadku przedziału 55-64 lata choroba i niepełnosprawność jest drugą, po emeryturze, przyczyną bierności zawodowej, (GUS, 2017). Przyczyny bierności zawodowej nie są równorzędne; mogą być ze sobą powiązane i wzajemnie na siebie wpływać. Stan zdrowia może być istotną, bądź główną przyczyną przejścia na emeryturę, co dotyczy przede wszystkim przedziału wiekowego 50 lat i więcej. W świetle danych GUS (2013) co piąta osoba przechodzi na emeryturę ze względu na stan zdrowia.

Okoliczność, że stan zdrowia jest jednym z głównych czynników ograniczających aktywność zawodową mieszkańców województwa łódzkiego z grupy 50+ potwierdzają też wnioski Regionalnego Obserwatorium Rynku Pracy (2013). Aktywność zawodowa osób z grupy 50+ pozostaje w Polsce szczególnie niska i choć stopniowo się zwiększa, należy do najniższych w Unii Europejskiej (*Umowa Partnerstwa*). Jednym z celów rozwoju społeczno-gospodarczego UE jest zwiększenie zatrudnienia, co wyrażono wskaźnikiem zatrudnienia osób w wieku 20-64 lata (*Strategia Europa2020*). Polska negocjując korzystanie ze środków polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020 i związaną z tym strategię interwencji, podjęła zobowiązanie, że wskaźnik ten w 2023 roku wyniesie 71,6% (*Umowa Partnerstwa*), wzrastając dla mężczyzn i kobiet z przedziałów wiekowych obejmujących grupę 50+. Z uwagi na to, że województwo łódzkie należy do najbardziej dotkniętych procesami starzenia się ludności, wzrost aktywności zawodowej w grupie 50+ pozostaje wyzwaniem szczególnie istotnym dla polityki rozwoju województwa łódzkiego. W związku z powyższymi okolicznościami ukierunkowanie niniejszego Programu na osoby w wieku 50+ jest również trafne z perspektywy problemów wykluczających z rynku pracy oraz kierunków interwencji wynikających z założeń wydatkowania funduszy unijnych w latach 2014-2020. Zgodnie z „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, Rozdział 5.3 pkt 1, Instytucja Zarządzająca RPO zapewnia, że regionalne programy zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy realizowane w ramach RPO będą ukierunkowane na grupy docelowe, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych.

Zakres działań oferowanych w Programie wynika i jest zgodny z „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”.

CELE PROGRAMU

I. Cel główny

Głównym celem Programu jest (na podstawie Narzędzia nr 3, zdefiniowanego w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” pn.: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy) **ułatwienie powrotu do sprawności, poprzez rehabilitację, co najmniej 10% pacjentów z województwa łódzkiego z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej uczestniczących w Programie tak, aby mogli oni podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową w czasie trwania Programu i po jego zakończeniu.**

Powyższy cel zdeterminowany jest zapisami Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (efekt zatrudnieniowy jest głównym celem realizacji programów rehabilitacji medycznej, współfinansowanych ze środków unijnych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego).

II. Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi Programu są m.in.:

- 1) poprawa kontroli wybranych czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u pacjentów uczestniczących w Programie (t.j. wskaźnik masy ciała BMI, aktywność fizyczna),
- 2) wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaratywnym).

III. Oczekiwane efekty

Spodziewanymi rezultatami realizacji Programu są:

- ✓ kontynuacja lub podjęcie zatrudnienia przez co najmniej 10% pacjentów zamieszkujących województwo łódzkie, którzy skorzystają z działań oferowanych w niniejszym Programie,
- ✓ wzrost odsetka osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała (uczestniczących w Programie) o minimum 10%,
- ✓ zwiększenie codziennej aktywności fizycznej u co najmniej 10% pacjentów uczestniczących w Programie,
- ✓ wzrost średniego poziomu codziennej aktywności fizycznej o co najmniej 10% u uczestników niniejszego Programu,
- ✓ zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 10% pacjentów uczestniczących w Programie,
- ✓ wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaratywnym) u co najmniej 25% uczestników Programu,
- ✓ objęcie działaniami w ramach niniejszego Programu co najmniej 3.000 osób.

IV. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

W Tabeli nr 2 przedstawiono wybrane mierniki, na podstawie których można dokonać oceny stopnia realizacji celów Programu.

Tabela nr 2. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

NAZWA MIERNIKA	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie ²	liczba osób, które zrealizowały ścieżkę Programu	co najmniej 10% uczestników	Informacje i dokumentacja dotyczące aktywności zawodowej uczestników. Pomiar do 4 tyg. od zakończenia udziału pacjenta w Programie
Liczba osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała	określona po zakwalifikowaniu uczestników do Programu (załącznik B)	wzrost o min. 10%	załącznik B vs załącznik D
Liczba osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej	określona po zakwalifikowaniu uczestników do Programu (załącznik B)	co najmniej 10% uczestników	załącznik B vs załącznik D
Średni poziom codziennej aktywności fizycznej uczestników Programu	określona po zakwalifikowaniu uczestników do Programu (załącznik B)	wzrost o min. 10%	załącznik B vs załącznik D
Liczba osób, u których zmniejszy się natężenie dolegliwości bólowych	określona po zakwalifikowaniu uczestników do Programu (załącznik B – liczba osób zgłaszających ból)	co najmniej 10% uczestników	załącznik B vs załącznik D
Liczba osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych zachowań zdrowotnych	liczba osób, które zrealizowały ścieżkę Programu	co najmniej 25% uczestników Programu	ankieta przeprowadzona przez beneficjenta realizującego Program
Liczba osób objętych działaniami w ramach Programu	liczba osób, które zrealizowały ścieżkę Programu	co najmniej 3.000	listy obecności, rejestry

² osoby, które podjęły pracę liczone są w odniesieniu do osób bezrobotnych i biernych zawodowo, natomiast w przypadku osób kontynuujących zatrudnienie – w odniesieniu do pracujących zagrożonych utratą pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia

Dodatkowo, efektywność Programu zostanie oceniona na podstawie:

- ✓ liczby wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju tj. liczby konsultacji lekarskich, sesji psychoedukacyjnych,
- ✓ liczby osób deklarujących poprawę jakości życia (pomiar 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej)
- ✓ średniego poziomu aktywności fizycznej (ocenianej na kontinuum od 0 do 10) w populacji objętej Programem przed i po jego zakończeniu (3 pomiary – podczas pierwszej rehabilitacyjnej porady lekarskiej, podczas drugiej rehabilitacyjnej porady lekarskiej oraz 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej),
- ✓ średniego nasilenia objawów bólowych (ocenianych na kontinuum od 0 do 10) w populacji objętej Programem przed i po jego zakończeniu (3 pomiary - podczas pierwszej rehabilitacyjnej porady lekarskiej, podczas drugiej rehabilitacyjnej porady lekarskiej oraz 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej),
- ✓ zmiany poziomu wiedzy na temat wpływu zdrowego odżywiania na redukcję czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (pomiar minimum dwukrotny - na podstawie ankiety – podczas drugiej rehabilitacyjnej porady lekarskiej oraz 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej),
- ✓ zmiany poziomu wiedzy na temat wpływu regularnej aktywności fizycznej (odpowiednio dobranej do stanu zdrowia) na redukcję czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (pomiar minimum dwukrotny - na podstawie ankiety — podczas drugiej rehabilitacyjnej porady lekarskiej oraz 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej).

Dodatkowe mierniki – wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO oraz krajowych wytycznych horyzontalnych³

MIERNIK	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS.	osoby objęte programem zdrowotnym ⁴ współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego	3.000	listy obecności, rejestry osób
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie.	liczba uczestników projektu w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	3.000	listy obecności, rejestry osób
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie.	osoby uczestniczące w projekcie, które przejdą ścieżkę programu; osoby, które podjęły pracę – liczone są w odniesieniu do osób bezrobotnych i biernych zawodowo, natomiast w przypadku osób kontynuujących zatrudnienie – w odniesieniu do pracujących zagrożonych utratą pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia.	co najmniej 10% uczestników	Informacje i dokumentacja dotyczące aktywności zawodowej uczestników. Pomiar do 4 tyg. od zakończenia udziału pacjenta w programie
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie.	osoby uczestniczące w projekcie w wieku 50 lat i więcej, które przejdą ścieżkę Programu; osoby, które podjęły pracę – liczone są w odniesieniu do osób bezrobotnych i biernych zawodowo, natomiast w przypadku osób kontynuujących zatrudnienia – w odniesieniu do pracujących zagrożonych utratą pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia.	co najmniej 10% uczestników w wieku 50+	Informacje i dokumentacja dotyczące aktywności zawodowej uczestników. Pomiar do 4 tyg. od zakończenia udziału pacjenta w programie

³ Zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, Załącznik 1, mierniki efektywności odpowiadające celom programu powinny być zgodne ze wskaźnikami określonymi we Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych, stanowiącej załącznik do krajowych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”. W związku z takim wymogiem z listy WLWK wybrano wskaźniki odpowiadające programowi rehabilitacji, które będą generowane przez realizatorów, uzupełniając nimi wskaźniki odpowiadające specyfice interwencji programu, ustalonymi podczas prac nad programem.

⁴ Dane raportowane na poziomie wszystkich wdrożonych projektów stanowią składową wskaźnika składającego się na Program.

ADRESACI PROGRAMU

I. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Sposób oszacowania wielkości populacji kwalifikującej się do Programu został przedstawiony w punkcie *Populacja podlegająca jst i populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu*.

Program adresowany jest do mieszkańców województwa łódzkiego, osób w wieku aktywności zawodowej⁵, powyżej 50 roku życia, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności:

- z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii,
- z chorobami kręgosłupa,
- z chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi i ścięgien).

O ostatecznej kwalifikacji do Programu (możliwości zastosowania działań rehabilitacyjnych u danego pacjenta) decyduje lekarz realizujący świadczenia w ramach Programu podczas pierwszej rehabilitacyjnej porady lekarskiej. Program realizowany będzie w latach 2018-2020. Ze względu na wielkość kwoty przewidzianej na niniejsze działanie, planowane jest objęcie Programem co najmniej 3.000 osób.

II. Tryb zapraszania do programu

Nieodłącznym elementem Programu będzie akcja informacyjna prowadzona przez poszczególnych beneficjentów realizujących Program, skierowana do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej - osób, które będą mogły poinformować pacjenta o korzyściach z udziału w Programie.

Zakłada się ścisłą współpracę beneficjenta realizującego Program z podstawową opieką zdrowotną i organizacjami pozarządowymi w celu dotarcia do jak największej liczby osób zainteresowanych. W ramach akcji informacyjnej mogą zostać wydrukowane m.in. ulotki, plakaty, broszury o Programie. Wśród planowanych do podjęcia, znajdują się działania o charakterze promocyjnym adresowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, w tym m.in. emisja spotów/audycji radiowych, telewizyjnych, promocja w serwisach internetowych.

Wszystkie działania o charakterze informacyjno-promocyjnym, skierowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, jak również do lekarzy, będą finansowane w ramach kosztów pośrednich beneficjentów realizujących Program.

⁵ Według „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, **osoba w wieku aktywności zawodowej** to „aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem). O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym).

Informacje o podejmowanych w ramach Programu działaniach zostaną zamieszczone także w serwisach internetowych dedykowanych zdrowiu i portalach społecznościowych Województwa Łódzkiego.

ORGANIZACJA PROGRAMU

I. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Etapy realizacji Programu:

- A.** wybór beneficjentów realizujących Program w trybie konkursowym. Na etapie konkursu wnioskodawca zamierzający realizować Program przedstawi założenia projektu we wniosku o dofinansowanie, w tym harmonogram realizacji poszczególnych zadań w ramach Programu, w taki sposób, aby umożliwić wykonanie pełnego zakresu świadczeń (określonego w punkcie *Planowane interwencje*) u każdego zakwalifikowanego pacjenta, w trakcie trwania Programu.
- B.** akcja informacyjna o Programie realizowana przez wyłonionych beneficjentów oraz Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego (zgodnie z opisem w punkcie *Tryb zapraszania do Programu*),
- C.** nabór i kwalifikacja pacjentów do Programu przez beneficjenta realizującego Program (zgodnie z kryteriami określonymi niniejszym Programem),
- D.** realizacja Programu (beneficjenci realizujący Program we współpracy z poradniami POZ) i bieżące monitorowanie jakości (uwzględniające zapisy niniejszego Programu),
- E.** ewaluacja – określenie efektywności Programu po zakończeniu jego realizacji (zgodnie z opisem w punkcie *Monitorowanie i ewaluacja*).

II. Planowane interwencje

W ramach Programu oferowana jest rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Rehabilitacja w tym trybie może być prowadzona także po powrocie pacjenta do pracy zawodowej, zmniejszając ryzyko wystąpienia u niego nawrotu choroby i poprawiając jego codzienne funkcjonowanie.

Interwencje proponowane w ramach Programu zostały dobrane w taki sposób, aby oddziaływać m.in. na czynniki ryzyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego np. otyłość. Sesje psychoedukacyjne uwzględniają aspekt utrzymywania prawidłowej diety, ale również konieczność nabycia jak najobszerniejszej wiedzy o swoich dolegliwościach oraz umiejętności radzenia sobie z sytuacją choroby.

Jednocześnie Program zachęca do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu zdrowia uczestnika i akceptowanej przez niego. Oprócz korzystnego wpływu na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, regularna aktywność fizyczna jest czynnikiem chroniącym lub zmniejszającym nasilenie dla chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, otyłości (OECD, 2009). **Schemat postępowania w ramach Programu przedstawia się następująco:**

Krok 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Pacjenci będą informowani o Programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, współpracujących z beneficjentami realizującymi Program. Na tym etapie należy zapewnić opracowanie i wydruk materiałów informujących o Programie. W celu pozyskania uczestników Programu każdy beneficjent realizujący Program zobowiązuje się do współpracy przynajmniej z trzema poradniami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) znajdującymi się na terenie powiatu, w którym będzie realizowany Program (rekomendowane jest pięć poradni). W odniesieniu do formy współpracy nie jest wymagane zawiązanie partnerstwa.

Lekarz POZ, informując pacjenta o możliwości udziału w Programie, wystawia mu „Zalecenie udziału w Programie” (załącznik A) i kieruje pacjenta do beneficjenta realizującego Program.

Krok 2. Kwalifikacja do Programu – I rehabilitacyjna porada lekarska

Ostatecznej kwalifikacji pacjenta do Programu dokonuje lekarz udzielający porady rehabilitacyjnej. Lekarz weryfikuje czy pacjent spełnia kryteria włączenia do Programu, określone w niniejszym Programie.

Lekarz przeprowadza szczegółowy wywiad, uwzględniający m.in. takie aspekty jak zakres niesprawności/zaburzenia, stosowane dotychczas metody leczenia i rehabilitacji, zażywane leki, rodzaj stosowanego zaopatrzenia ortopedycznego, informacje o wykonywanej pracy zawodowej, nawykach ruchowych, aktywności fizycznej i wykonuje odpowiednie badanie przedmiotowe (wydolności fizycznej, siły mięśniowej, zakresu ruchów, oceny zjawiska bólu - zakres i miejsce występowania bólu). Szczegółowy wywiad kwalifikujący pacjenta do Programu ma na celu zwiększenie skuteczności podejmowanych działań poprzez identyfikację zagrożeń, uprzedzeń i barier, jakie mogą wystąpić ze strony pacjenta. Jedną z nich może być przekonanie o tym, że jakakolwiek aktywność fizyczna może wywołać lub spotęgować już istniejący ból. Ból związany z aktywnością fizyczną może być jednym z powodów, dla których pacjent przestaje ćwiczyć lub zmniejsza intensywność tych ćwiczeń.

Następnie lekarz informuje pacjenta o przebiegu Programu i uzyskuje jego zgodę na udział w nim. Po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w Programie, lekarz ustala program usprawnienia leczniczego (m.in. wystawiając zlecenie na zabiegi fizjoterapeutyczne), uwzględniając przy tym obok założeń Programu także preferencje pacjenta (maksymalnie 5 zabiegów dziennie przez okres 3 tygodni (15 dni). Lekarz podczas I porady rehabilitacyjnej uzupełnia załącznik B.

Krok 3. Rehabilitacja z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej - zabiegi fizjoterapeutyczne

W ramach Programu pacjent odbędzie cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Lekarz może wystawić pacjentowi zlecenie na maksymalnie 5 zabiegów dziennie wykonywanych przez okres 15 dni. O rodzaju zlecanych zabiegów fizykoterapeutycznych u poszczególnych pacjentów każdorazowo decyduje lekarz kierując się

wskazaniami i wytycznymi o jak największej sile dowodowej. Ewentualna zmiana zlecenia wydanego przez lekarza powinna zostać uzasadniona. Obligatoryjne jest powiadomienie lekarza o dokonanej zmianie. Częstotliwość i czas trwania każdego z zabiegów określa fizjoterapeuta.

Zabiegi mogą obejmować:

- kinezyterapię (której celem jest zwiększenie siły mięśni, poprawa sprawności fizycznej, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom oraz uniknięcie niesprawności), m.in. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, wyciągi.
Spośród chorób reumatycznych kinezyterapii wymagają najczęściej: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenia stawów z zajęciem stawów kręgosłupa⁶.
- ciepłolecznictwo; wskazania do ciepłolecznictwa to m.in. choroba reumatyczna, choroba zwyrodnieniowa (*Kwolek (red), 2012*).
- krioterapię; wskazania do krioterapii to m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, zeszytniające zapalenie stawów, choroby zapalne tkanki łącznej, dyskopatie, fibromialgie, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe stawów i mięśni, przykurcze w obrębie narządu ruchu, zespoły korzeniowe, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu (*Kwolek (red), 2012*).
- hydroterapię, m.in. kąpiel wirowa kończyn, natrysk biczowy, szkocki; wskazania do hydroterapii to m.in. schorzenia narządu ruchu, choroby układu nerwowego z zaburzeniami czynności ruchowych, wady postawy, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów i zapalenia okołostawowe, nerwobóle (*Kwolek (red), 2012*).
- leczenie polem magnetycznym, m.in. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości; wskazania do leczenia polem magnetycznym to m.in. wybrane schorzenia reumatologiczne: choroba zwyrodnieniowa stawów, podostre i przewlekłe zapalenie stawów, schorzenia tkanek miękkich, entezopatie, schorzenia urazowo-ortopedyczne: niektóre powikłania po zabiegach operacyjnych, wykręceniach, stanach pourazowych, osteoporoza (*Kwolek (red), 2012*).
- leczenie ultradźwiękami m.in. ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza; wskazania do leczenia ultradźwiękami to m.in. zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów, entezopatie, zespoły korzeniowe, neuralgie, bóle poamputacyjne (*Kwolek (red), 2012*).

⁶ Interna Szczeklika 2016

- laseroterapię; wskazania do laseroterapii to m.in.: choroba zwyrodnieniowa stawów, zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, entezopatie, stany po urazach, skręceniach, reumatoidalne zapalenie stawów (*Kwolek (red), 2012*).
- elektroterapię m.in. galwanizacja, jonoforeza, kąpiele elektryczno-wodne; wskazania do elektroterapii to m.in.: zespoły bólowe, utrudniony zrost po złamaniach kości, wybrane schorzenia reumatologiczne (*Kwolek (red), 2012*),
- masaże m.in. masaż suchy, masaż limfatyczny ręczny, masaż limfatyczny mechaniczny, masaż podwodny, masaż mechaniczny; wskazania do masażu to m.in.: choroby reumatyczne, stany po urazach i zabiegach operacyjnych w obrębie narządu ruchu, zaburzenia czynności mięśni w następstwie chorób mięśni lub stawów, stany po długotrwałym unieruchomieniu (*Kwolek (red), 2012*).
- lub inne rekomendowane, zgodnie z osiągnięciami najnowszej wiedzy i praktyki rehabilitacyjnej.

Podane powyżej wskazania nie wyczerpują wszystkich możliwości zastosowania poszczególnych interwencji. Jednocześnie, należy mieć na uwadze, że istnieją także przeciwwskazania do stosowania poszczególnych zabiegów.

W cyklu rehabilitacji, w miarę możliwości, powinny przeważać zabiegi z zakresu kinezyterapii, jako te, dla których wykazano największą skuteczność w rehabilitacji układu mięśniowo-szkieletowego.

Ćwiczenia w ramach Programu będą nadzorowane (ćwiczenia nadzorowane wykazały się większą skutecznością niż te prowadzone bez nadzoru lub w warunkach domowych (dowód o średniej mocy)). Dobór ćwiczeń fizycznych powinien uwzględniać w jak największym stopniu preferencje pacjenta, gdyż tylko wtedy jego motywacja pozwoli utrzymać później podjętą aktywność fizyczną. Indywidualizowana, dopasowana do oczekiwań, potrzeb i ograniczeń pacjenta rehabilitacja ruchowa jest skuteczniejsza (*Aitken, Buchbinder, Jones, Winzenberg, 2015*).

Element edukacyjny obejmować będzie w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej; fizjoterapeuta przedstawi pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych.

Krok 4. Warsztaty psychoedukacyjne

Uczestnik Programu weźmie udział w czterech warsztatach psychoedukacyjnych (każde spotkanie trwające min. 60 minut, dla grupy składającej się z maksymalnie 10 osób). Warsztaty psychoedukacyjne prowadzone będą przez:

- ✓ dietetyka (1 spotkanie),
- ✓ psychologa (3 spotkania prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne).

Każdorazowo zakres tematów będzie ustalany po uwzględnieniu specyficznych potrzeb (preferencji) zgłaszanych przez uczestników warsztatów podczas ich trwania. Beneficjent realizujący Program określi sposób, w jaki pacjenci będą przydzielani do poszczególnych grup warsztatowych. Wśród tematów poruszanych podczas psychoedukacji znajdują się m.in.:

- dieta w schorzeniach narządu ruchu (jak utrzymać prawidłową masę ciała - podstawowe zasady zdrowego żywienia),
- psychospołeczne i organizacyjne czynniki związane z występowaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego (duże tempo pracy lub wysokie obciążenie pracą; dostrzegana monotonia pracy; niska satysfakcja z pracy; niewielka swoboda decyzyjna/kontrola nad wykonywanymi czynnościami; niedostateczne wsparcie społeczne),
- rozwój umiejętności psychospołecznych. Psychospołeczny aspekt rehabilitacji ma na celu naukę opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie. Ma także ułatwić akceptację ograniczeń, które narzuca pacjentom dana choroba.
- związek pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną - stres i umiejętność radzenia sobie z nim, techniki relaksacyjne (wpływ stresu, w tym zawodowego na nasilanie się dolegliwości mięśniowo-szkieletowych).

Po zakończeniu warsztatów psychoedukacyjnych beneficjent realizujący Program umożliwi (w postaci udostępnienia miejsca do spotkań) pacjentom uczestniczącym w Programie i wyrażającym taką potrzebę i chęć, spotkania w ramach pacjenckiej grupy wsparcia dla osób cierpiących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej przez cały okres realizacji Programu, a także minimum przez rok po jego zakończeniu (koszty takich działań będą pokrywane ze środków własnych beneficjenta poza projektem).

Krok 5. Końcowa konsultacja - II rehabilitacyjna porada lekarska

Maksymalnie w ciągu 2 tygodni od zakończenia cyklu rehabilitacji oraz po odbyciu warsztatów psychoedukacyjnych pacjent zgłasza się na końcową poradę lekarską i wypełnia ankietę (załącznik C). Podczas II porady rehabilitacyjnej lekarz przeprowadzi ocenę skuteczności zastosowanych interwencji (m.in. oceni obecne dolegliwości bólowe) oraz określi dalsze zalecenia. Podczas końcowej konsultacji ponownie zostaną ocenione czynniki ryzyka tj. wskaźnik masy ciała, deklarowany poziom aktywności fizycznej. Zmiana nasilenia czynników ryzyka może świadczyć o skuteczności zastosowanej interwencji. Nasilenie czynników ryzyka będzie również stanowiło element sprawozdawczości w ramach Programu. Lekarz podczas II rehabilitacyjnej porady uzupełnia załącznik D.

Krok 6. Ocena skuteczności Programu - III rehabilitacyjna porada lekarska

Po ok. 3 miesiącach od końcowej konsultacji – II rehabilitacyjnej porady lekarskiej pacjent zgłasza się na wizytę u beneficjenta realizującego Program, która ma na celu ocenę skuteczności zastosowanych wcześniej interwencji. Wizytę przeprowadza lekarz. Pacjent ponownie wypełnia

ankietę (załącznik C), a badający przeprowadza badanie i wywiad w celu m.in. oceny wskaźnika masy ciała, deklarowanego poziomu aktywności fizycznej, nasilenia dolegliwości bólowych związanych z chorobą, stanowiącą przyczynę rehabilitacji w ramach Programu. Uzyskane wyniki nanoszone są na kartę (załącznik D) wcześniej uzupełnioną przez lekarza podczas konsultacji - II rehabilitacyjnej porady lekarskiej, opisanej w Kroku 5.

Wszystkie świadczenia w ramach Programu będą realizowane przez zespół specjalistów, ściśle współpracujący z lekarzem; w skład zespołu wejdą m.in.: dietetyk, fizjoterapeuta i psycholog. Program będzie realizowany przez odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, posiadającą co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących poszczególne etapy Programu opisane są w punkcie *Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu*.

III. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Program skierowany jest do pacjentów posiadających wskazania i których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. O ostatecznej kwalifikacji do Programu zadecyduje lekarz realizujący świadczenia w ramach Programu.

Ze względu na fakt, że istotą finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego programów rehabilitacji medycznej jest ułatwienie powrotu do pracy, programy te skierowane są do osób w wieku aktywności zawodowej, w szczególności powyżej 50 roku życia (co wynika z zapisów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020). W programach rehabilitacji medycznej, o których mowa powyżej mają uczestniczyć osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych (*Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*).

Każdorazowo przed przystąpieniem do Programu pacjent będzie proszony o wypełnienie oświadczenia dotyczącego niekorzystania z takich świadczeń rehabilitacji leczniczej, jak oferowane w niniejszym Programie, finansowanych przez NFZ, a także z innych środków publicznych. Wzór takiego oświadczenia zawiera Załącznik E.

IV. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia udzielane w ramach Programu są dla pacjenta bezpłatne.

Świadczenia będą realizowane przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, składające się m.in. z lekarzy, fizjoterapeutów, dietetyków i psychologów. Program będzie realizowany przez kadrę posiadającą co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących poszczególne etapy Programu opisane są w punkcie *Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu*. Dla każdego pacjenta, beneficjent realizujący Program wskaże jedną osobę, jako jego osobistego opiekuna w kontaktach między poszczególnymi etapami Programu.

Program zakłada długotrwałą, kilkutygodniową współpracę, której celem jest wypracowanie odpowiednich zachowań zdrowotnych u pacjenta i ich podtrzymanie.

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

Świadczenia w ramach niniejszego Programu stanowią wartość dodaną do oferowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.

Program zawiera dodatkowe interwencje, niemieszczące się w koszyku świadczeń gwarantowanych takie jak warsztaty psychoedukacyjne (cykl 4 spotkań), a także (powołując się na rekomendacje, aby "pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania", opinia ATOTMiT nr 30.2015 z dn. 18.02.2015 r.) zapewnia możliwość odbycia maksymalnie 5 zabiegów dziennie przez 15 dni (w ramach NFZ to zazwyczaj 10 dni).

Wartością dodaną jest możliwość udziału w spotkaniach pacjenckiej grupy wsparcia dla osób chorujących na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej także po zakończeniu realizacji Programu. Ta formuła przyczynia się też do zachowania trwałości w odniesieniu do efektów zdrowotnych.

Nie istnieje ryzyko powielania się świadczeń, gdyż każdorazowo przed przystąpieniem do Programu pacjent będzie proszony o wypełnienie oświadczenia dotyczącego niekorzystania z takich świadczeń rehabilitacji leczniczej, jak oferowane w niniejszym Programie, finansowanych przez NFZ, a także z innych środków publicznych. Wzór takiego oświadczenia zawiera Załącznik E. Mechanizm ten jest skuteczny i zabezpiecza ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Tematyka Programu jest zgodna z narzędziem zdefiniowanym w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (Narzędzie 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych) – „zgodnie z założeniami będą realizowane projekty dotyczące m.in. rehabilitacji narządu ruchu”.

VI. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeśli istnieją wskazania

Program zakłada ścisłą współpracę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, realizującego świadczenia w ramach NFZ, który rekomenduje uczestnictwo pacjenta w Programie.

Uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału w Programie na każdym jego etapie. Po zakończeniu udziału w Programie pacjent wraca pod opiekę swojego lekarza prowadzącego. Wartością dodaną jest możliwość udziału w spotkaniach pacjenckiej grupy wsparcia dla osób

chorujących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej także po zakończeniu realizacji Programu.

VII. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Istnieją przeciwwskazania względne i choroby współistniejące, które należy uwzględnić przy kwalifikacji pacjenta do Programu.

Przeciwwskazaniami ogólnymi do kierowania na rehabilitację leczniczą są: stany bezpośredniego zagrożenia życia, niestabilny przebieg chorób układu krążenia, incydent zakrzepowo-zatorowy świeży lub w czasie ostatnich 2 miesięcy, niewyrównane choroby współistniejące, np. niedokrwistość, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, cukrzyca, choroby przebiegające z drgawkami lub z krótkotrwałymi utratami przytomności, niepoddające się leczeniu, skazy krwotoczne, ostre stany zapalne, choroby gorączkowe, alkoholizm i narkomania, czynna choroba nowotworowa, zaburzenia psychotyczne, przebyty udar mózgu prowadzący do istotnego upośledzenia funkcji psychofizycznych, nasilone zaburzenia funkcji poznawczych, ciąża i okres karmienia, powikłania pooperacyjne, a także brak zgody chorego.

W zakresie schorzeń narządu ruchu przeciwwskazane jest w szczególności kierowanie na rehabilitację leczniczą osób po złamaniach i zwichnięciach patologicznych: w przebiegu chorób układowych narządu ruchu z demineralizacją tkanki kostnej, w przebiegu nowotworów kości i przerzutów nowotworowych do kości (*Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS (wyd. II)*).

VIII. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Beneficjenci realizujący Program zostaną wybrani w drodze konkursowej. Ogłoszony konkurs zostanie przeprowadzony zgodnie z wymogami ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, jak również krajowych „Wytucznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014–2020” zatwierdzonych przez Ministra Rozwoju. W konkursie składane będą (odpowiednio do ofert) wnioski o dofinansowanie realizacji 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: jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty wykonujące działalność leczniczą wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytucje naukowe, jednostki badawczo-rozwojowe, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej.

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach niniejszego Programu będą realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.), posiadające w swojej

strukturze komórki organizacyjnej, w których mogą być udzielane świadczenia z rodzaju rehabilitacja lecznicza (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i fizjoterapia ambulatoryjna).

Wymagania konieczne do realizacji Programu określono w oparciu o Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Minimalna liczba i kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały Program to:

- lekarz realizujący świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych),
- lekarz realizujący poradę rehabilitacyjną t.j.:
 - 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
 - 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
 - 3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej lub
 - 4) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii,
- osoba prowadząca fizjoterapię, spełniająca warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej,
- dietetyk (osoba posiadająca tytuł licencjata lub magistra na kierunku dietetyka lub magistra/ magistra inżyniera technologii żywności i żywienia człowieka o specjalności żywienie człowieka lub posiadająca tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka).

Każda z osób realizująca Program będzie posiadała co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe.

Warunki lokalowe oraz wyposażenie w komórkach organizacyjnych, w których realizowany będzie Program powinny być zgodne z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej; świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych⁷. Dodatkowo beneficjent powinien dysponować salą, w której zostaną przeprowadzone warsztaty psychoedukacyjne, z miejscem siedzącym dla minimum 10 osób.

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, beneficjenci realizujący Program muszą spełniać wymagania określone w odrębnych przepisach, w tym są obowiązani do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach o działalności leczniczej. Pomieszczenia muszą być wyposażone w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz posiadające stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

IX. Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

Opinia do projektu Programu przekazana przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji dla województwa łódzkiego – **Pani prof. dr hab. n. med. Jolanty Kujawy** (pismo z dnia 9 kwietnia 2017 r.)

„Założenia i cele przedstawionego mi do zaopiniowania "Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego są prawidłowo sformułowane i zgodne z wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 dotyczącymi działań podejmowanych w ramach RPZ dla województwa łódzkiego z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy. Tematyka Programu jest zgodna z narzędziem zdefiniowanym w dokumencie pn. "Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020" Program będzie realizowany w grupie osób z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej oraz układowymi chorobami tkanki łącznej, które kwalifikują się do rehabilitacji ambulatoryjnej.

Celowość realizacji programu nie budzi wątpliwości. Uzasadnienie dla realizacji ww. programu stanowią przede wszystkim zmiany demograficzne mieszkańców naszego województwa, które determinują zwiększenie się potrzeb z zakresu rehabilitacji leczniczej. Z danych epidemiologicznych przytoczonych w opisie problemu zdrowotnego osób, których dotyczy program

⁷ Odpowiadającym świadczeniom, których wykonywanie zostanie zadeklarowane we wniosku o dofinansowanie

wynika, iż współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu chorób układu kostno-stawowego jest wyższy od ogólnopolskiego o ok. 20%. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku mieszkańców województwa i Polski wskazano, iż zagrożenie życia mieszkańców naszego województwa jest wyższe o 7,9% od ogólnopolskiego (dane z Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowo dla województwa łódzkiego).

Osoby w wieku 50-65 lat z woj. łódzkiego korzystające (wg. danych NFZ z 2015r.) częściej niż raz w roku z ambulatoryjnej rehabilitacji w największej liczbie skierowane zostały do leczenia z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, choroby zwyrodnieniowej wielostawowej, stawów biodrowych i kolanowych oraz chorób tkanek miękkich związanych z ich używaniem przeciążeniem i uciskiem, jak również uszkodzeń barku.

Choroby układu kostno-stawowego mięśniowego, tkanki łącznej i układowe choroby tkanki łącznej, u osób w wieku produkcyjnym, generują wysokie wydatki z tytułu niezdolności do pracy. W województwie łódzkim odnotowano najdłuższy przeciętny czas trwania absencji chorobowej w 2015r., który wynosił 45,6 dni w porównaniu do średniej dla Polski - 36,8 dni. Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej są najczęstszą przyczyną uzyskiwania świadczeń rehabilitacyjnych w województwie łódzkim.

Opiniowany Program rehabilitacji leczniczej będzie stanowić, zatem niezbędne uzupełnienie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych oraz turnusów rehabilitacyjnych realizowanych przez ZUS. Ograniczona dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w warunkach ośrodkach rehabilitacji dziennej uzasadnia uzupełnienie oferty świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem finansowania transportu dla osób niesamodzielnych.

Ponadto program jest zgodny z założeniami i celami rehabilitacji kompleksowej umożliwiając wczesną rehabilitację leczniczą z uwzględnieniem psychoedukacji i promowania zrównoważonego stylu życia.

Zakres świadczeń wykracza poza świadczenia gwarantowane opieki zdrowotnej i obejmuje warsztaty psychoedukacyjne (cykl 4 spotkań), edukację prozdrowotną, w tym także w zakresie codziennej aktywności fizycznej oraz możliwość udziału w spotkaniach pacjenckiej grupy wsparcia dla osób chorujących na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej także po zakończeniu realizacji programu.

Projekt będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 -PI 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się, działanie X.3. Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałanie X.3.1. Programy z uwzględnieniem rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.

Program rehabilitacji leczniczej i edukacji jest prawidłowo zaplanowany i zgodny z priorytetami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, w tym w szczególności: zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego. Założenia programu są zgodne z dostępnymi wytycznymi: American College of Sports Medicine (ACSM) 2011, American College of Rheumatology (ACR) 2012 i in.

Dobór beneficjentów, oczekiwane efekty i organizację programu oceniam wysoko.

Do programu planuje się kwalifikować mieszkańców województwa łódzkiego, aktywnych zawodowo, pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i układowymi chorobami tkanki łącznej, które z powodu występującej u nich choroby są zagrożone utratą zdolności do pracy, a którzy kwalifikują się do rehabilitacji ambulatoryjnej. Ograniczenie wieku do osób powyżej 50 roku życia wynika z podstaw finansowania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej z EFS, skierowanych do osób w wieku aktywności zawodowej, których istotą jest ułatwienie powrotu do pracy. Grupa uczestników liczyć będzie co najmniej 3000 osób.

Zasady kwalifikacji chorych do programu nie budzą zastrzeżeń. Pacjenci będą kierowani do programu przez lekarzy POZ współpracujących z beneficjentami realizującymi program. Świadczenia będą realizowane przez zespół specjalistów z doświadczeniem min. 3 lat pracy w zawodzie, ściśle współpracujący z lekarzem (fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk). Wymagane warunki lokalowe i wyposażenie bazy zabiegowej w komórkach organizacyjnych, w których realizowany będzie Program mają być zgodne z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dodatkowo wymagane jest udostępnienie sali (co najmniej 10-cio osobowej z miejscami do siedzenia), w celu przeprowadzenia warsztatów psychoedukacyjnych i spotkań pacjenckiej grupy wsparcia. (...)

Wśród uczestników programu będzie przeprowadzone dwukrotnie badanie lekarskie. Zaplanowano ocenę satysfakcji uczestników programu poprzez badanie ankietowe składające się z 8 pytań (Załącznik C), które zawiera dodatkowo możliwość przedstawienia opinii uzupełniającej.

Proponowana kontrola efektywności programu pozwoli na ocenę stopnia realizacji celów. Oczekiwany rezultatami wprowadzenia programu, w grupie osób uczestniczących w programie są:

- kontynuacja lub podjęcie zatrudnienia co najmniej przez 10% chorych korzystających z programu,
- zwiększenie odsetka osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała o min. 10%,
- zwiększenie średniego poziomu codziennej aktywności fizycznej, co najmniej o 10%,

- zwiększenia motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań prozdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaracyjnym) u min. 25 % uczestników Programu
- objęcie działaniami w ramach Programu co najmniej 3000 osób.

Ponadto wartością dodaną jest możliwość kontynuacji spotkań pacjenckiej grupy wsparcia minimum przez rok po zakończeniu programu, w siedzibie beneficjenta realizującego program.

Wniosek końcowy:

Na podstawie analizy przedstawionej mi dokumentacji „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” stwierdzam, że zarówno założenia jak i celowość oraz istniejące dowody na skuteczność zaplanowanych działań z zakresu rehabilitacji leczniczej nie budzą zastrzeżeń, a tematyka programu jest zgodna z Krajowymi ramami strategicznymi Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.”

Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Założenia Programu zgodne są priorytetami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego).

American College of Sports Medicine (ACSM) zaleca, aby w programach ćwiczeń uwzględnić składowe aerobowe, siłowe (wytrzymałościowe, wzmacniające, rozciągające i funkcjonalne). W przypadku przewlekłych dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego takich jak przewlekłe bóle grzbietu, szyi czy choroba zwyrodnieniowa stawów wytyczne ACSM zalecają zajęcia 2-3 razy w tygodniu, najlepiej w sposób multidyscyplinarny obejmujący obok ćwiczeń fizycznych (rehabilitacji ruchowej) także wsparcie psychologiczne, społeczne i edukację. Wyniki badań ukazują, że aktywność fizyczna (także w wodzie) może poprawić jakość życia dorosłych cierpiących na przewlekłe choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Ćwiczenia w wodzie, dzięki oddziałującej sile wyporu zmniejszają ciężar i nacisk na stawy, kości i mięśnie, redukując ból. Istnieją dowody potwierdzające, że terapeutyczne ćwiczenia w wodzie są korzystne dla pacjentów z chronicznymi dolegliwościami bólowymi grzbietu (kręgosłupa) i chorobami zwyrodnieniowymi stawów (*Cuesta-Vargas, González-Sánchez, Casuso-Holgado, 2013*).

Wybrane, przykładowe zalecenia i rekomendacje dla rehabilitacji w schorzeniach reumatycznych (*Bongi, Rosso, Cerinic, 2014*). Rehabilitacja ta powinna:

- być oparta na podejściu multidyscyplinarnym (*siła zaleceń C*),
- przygotowana przez fizjoterapeutę i prowadzona pod okiem (we współpracy) z reumatologiem, koordynującym zespół; prowadzona od początkowego stadium choroby, zróżnicowana i dostosowana do specyfiki schorzenia i fazy (stadium) choroby, uwzględniająca różne metody rehabilitacji (*siła zaleceń D*).

Reumatoidalne zapalenie stawów:

- ćwiczenia ogólnousprawniające, włączając aerobowe, wzmacniające (są uznane za bezpieczne i zalecane, poprawiając siłę i stan fizyczny – szczególnie w stabilnej fazie choroby). W zmniejszaniu obrzęków, poprawie funkcji stawów i siły mięśniowej bardziej korzystne są ćwiczenia ogólne o niskiej intensywności niż ćwiczenia o wysokiej intensywności (*siła zaleceń A*),
- balneoterapia i hydroterapia są przydatne w redukowaniu objawów reumatoidalnego zapalenia stawów. (*siła zaleceń C*).

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa:

- rehabilitacja obejmująca ćwiczenia nadzorowane – zarówno lądowe jak i wodne, indywidualne i grupowe są bardziej korzystne (skuteczne) niż ćwiczenia wykonywane w domu (*siła zaleceń A*).

Toczeń rumieniowaty układowy:

- ostrożna aktywność fizyczna o niskiej i umiarkowanej intensywności poprawia wydolność, tolerancję na wysiłek i zmniejsza zmęczenie (*siła zaleceń B*).

Zapalenie skórno-wielomięśniowe:

- zarówno w stabilnej jak i ostrej fazie choroby uważne ćwiczenia aerobowa i wytrzymałościowe, poprawiają funkcję i siłę mięśni bez wyraźnego zaostrzenia objawów choroby i oznak zapalenia (*siła zaleceń B*).

Twardzina układowa;

- samodzielnie prowadzone w domu ćwiczenia rozciągające poprawiają funkcje rąk i twarzy (*siła zaleceń C*),
- zintegrowane protokoły ćwiczeń dla rąk i twarzy wywołują trwały korzystny efekt miejscowy (*siła zaleceń A*),
- ćwiczenia aerobowe i wzmacniające poprawiają siłę i wydolność tlenową mięśni (*siła zaleceń C*).

Fibromialgia:

- ćwiczenia aerobowe, rozciągające i wzmacniające mięśnie są skuteczne w poprawie funkcji fizycznych i łagodzeniu objawów choroby (*siła zaleceń A*),
- hydroterapia łagodzi ból, poprawiając ogólny stan zdrowia (*siła zaleceń A*),
- oddziaływania typu „mind-body” np. Qi Gong, Tai Chi, łagodzą ból, sztywność i zmniejszają niesprawność (*siła zaleceń E*).

Osteoartroza ręki:

- zaleca się ochronę stawów, ćwiczenia mobilizujące i wzmacniające oraz oddziaływanie ciepłem (*siła zaleceń A*) (Bongji, Rosso, Cerinic, 2014).

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Zgodnie z wnioskami z przeglądu systematycznego Cochrane'a (*Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults - Karjalainen, Malmivaara, Tulder, Roine, Jauhiainen, Hurri, Koes, 2009*) interwencje behawioralne i skupiające się na radzeniu sobie ze stresem w połączeniu z treningami aktywności fizycznej są ważnymi składowymi działaniami rehabilitacyjnymi w przypadku niektórych chorób układu mięśniowo-szkieletowego – wykazano pozytywny odległy efekt.

W przeglądzie Cochrane'a (2004), Guzmán i in. podsumowali, że intensywne, multidyscyplinarna rehabilitacja zmniejsza ból i poprawia funkcjonowanie osób z przewlekłym bólem kręgosłupa. W 2006 roku Swedish Council on Technology Assessment in Health Care opublikowała systematyczny przegląd literatury na temat leczenia przewlekłego bólu, zgodnie z którym istnieją dowody naukowe potwierdzające skuteczność multidyscyplinarnych programów rehabilitacyjnych w leczeniu przewlekłego bólu pochodzenia mięśniowo-szkieletowego (*Westman, Linton, Öhrvik, Wahlén, Theorell, Leppert, 2010*).

Multidyscyplinarny zespół rehabilitacyjny (definiowany jako grupa różnych klinicystów, specjalistów, którzy kontaktują się/komunikują się ze sobą regularnie na temat opieki nad danym pacjentem/grupą pacjentów i uczestniczą w tej opiece) efektywnie poprawia skuteczność rehabilitacji (*Momsen, Rasmussen, Nielsen, Iversen, Lund, 2012*).

Stwierdzono silny związek pomiędzy odczuwanym bólem a wskaźnikami absenteizmu, zmniejszoną produktywnością i zwiększonym ryzykiem opuszczenia rynku pracy, Koszty pośrednie dolegliwości bólowych kręgosłupa w Wielkiej Brytanii w 1998 roku oszacowano na €6.7 do €14.4 miliardów. Przeciętny koszt nieobecności w pracy dla przemysłu wyniósł £666 na pracownika, na rok. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego stanowią 49% całkowitych kosztów związanych z nieobecnością w pracy trwającą powyżej 3 dni (*Phillips, Phillips, Main, Watson, Davies, Farr, Harper, Noble, Aylward, Packman, Downton, Hale, 2012*).

Zaobserwowano dwie charakterystyczne składowe/cechy programów, które niezmiennie ułatwiają powrót do pracy. Działania podejmowane wcześniej, inicjowane w pierwszych 6 tygodniach nieobecności spowodowanej chorobą wspierają powroty do pracy. Dodatkowo wczesna interwencja skutkowała także mniejszą częstością występowania kolejnych nieobecności w pracy spowodowanych chorobą. Różnorodne interwencje są skuteczne we wspieraniu powrotów do pracy w przypadkach zarówno dolegliwości fizycznych jak i psychologicznych. Nie odnaleziono jednoznacznych dowodów na skuteczność interwencji skierowanych do osób ze specyficzną diagnozą (pomimo tego, że w połowie badań tego typu interwencje okazują się skuteczne) (*Hoefsmit, Houkes, Nijhui, 2012*).

Bóle barku, często spowodowane pracą połączoną z unoszeniem ponad głowę kończyn górnych, stanowią jedno z zaburzeń kończyn górnych w Polsce najczęściej zgłaszanych przez

pacjentów lekarzom pierwszego kontaktu (*Piechura, Skrzek, Rożek i Wróbel, 2010*). Badanie wykazało, że dziesięciodniowa rehabilitacja z zastosowaniem krioterapii i kinezyterapii powodowała statystycznie istotne zmniejszenie dolegliwości bólowych i zwiększenie siły mięśniowej (*Piechura i in., 2010*). Nie ma jednak dowodów na współzależność pomiędzy skutkami terapii a wiekiem, płcią czy poziomem aktywności fizycznej.

Zwolińska, Kwolek i Skrzypiec (2007) badali skuteczność fizjoterapii w leczeniu zespołu cieśni nadgarstka. U trzydziestu pacjentów (50 rąk) poddanych nadźwiękawianiu falami ultradźwiękowymi, masażowi i neuromobilizacji nerwu pośrodkowego zaobserwowano znaczące zmniejszenie bólu dziennego i nocnego, a także zmniejszenie zaburzeń wegetatywnych (*Zwolińska, Kwolek i Skrzypiec, 2007*). Jako że fizjoterapia może w istotny sposób wpłynąć na stan ogólny pacjenta, zaleca się jej stosowanie jako alternatywy dla leczenia operacyjnego, przynajmniej w niektórych przypadkach (*Zwolińska, Kwolek i Skrzypiec, 2007 za Zheltoukhova, K., Bevan, S., Reich, A. (2011)*).

W kilku badaniach (*Zejda, Bugajska, Kowalska, Krzych, Mieszkowska i in., 2009; Malińska i Bugajska, 2010*) podkreślany jest fakt, że długotrwałe korzystanie z komputera przyczynia się do powstawania zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego wśród polskich pracowników. Siedzący tryb życia może powodować zaostrzenie przebiegu chorób układu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza bólu pleców, a także przyczynić się do otyłości; z drugiej zaś strony dodatkowe kilogramy sprzyjają postępom niepełnosprawności, co oznacza, że chorzy wpadają w błędne koło i stają się coraz bardziej otyli i coraz mniej sprawni fizycznie (*Piechota, Małkiewicz i Karwat, 2005 za Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011*).

Stres związany z pracą, w tym spowodowany przemocą i dyskryminacją w miejscu pracy, może skutkować nie tylko zmniejszeniem produktywności, ale też wywoływać zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego wynikające z silnego napięcia lub przeciążenia. Stwierdzono też związek pomiędzy zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia objawów bólowych o znacznym natężeniu a niedostatecznym wsparciem społecznym, niskim poziomem „zakotwiczenia społecznego“ i niskim poziomem aktywności społecznej (*Katz, 2002*). Tym samym niezmiernie istotne jest posiadanie „dobrej pracy“ i zapewnienie wysokiej jakości miejsc pracy (*Coats i Max, 2005, Coats i Lehki, 2008 za Zheltoukhova, K., Bevan, S., Reich, A. (2011)*).

Wyniki badań potwierdzają, że interwencje uwzględniające podejście poznawczo-behawioralne powinny stanowić część program leczenia przewlekłego bólu kręgosłupa. Dane sugerują, że terapia poznawczo-behawioralna pomaga redukować nasilenie bólu i wspomaga codzienne funkcjonowanie oraz powinna być elementem programów rehabilitacyjnych (*Lindena, Scherbeb, Cicholas, 2014*).

Informacje na temat podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszającej program lub innych jst (jeśli są dostępne)

Program zgodny jest z zapisami „Planu działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego” opracowanego w ramach realizacji celu strategicznego 2 pn.: „Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia” Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

W latach 2015-2016 ze środków Samorządu Województwa Łódzkiego realizowany był „Program zwiększenia dostępności świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji wśród mieszkańców województwa łódzkiego”. Jego realizacja będzie trwała do końca 2017 r. Program uzyskał opinię AOTMiT nr 30/2015 z dn. 18 lutego 2015 r. (warunkowo pozytywną).

W 2016 roku realizowany był także program pn.: „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców Gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)” – budżet 20.000 zł.

KOSZTY

I. Koszty jednostkowe

Średni koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika Programu szacowany jest na ok. 1.091 zł (całkowite koszty bezpośrednie przewidziane na realizację Programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają).

Koszt ten obejmuje poniżej wymienione działania objęte ścieżką Programu (koszty bezpośrednie tj. koszty działań opisanych szczegółowo w punkcie *Planowane interwencje*):

Krok 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Koszty obejmują gratyfikację finansową dla lekarzy POZ biorących udział w Programie wraz z kosztem działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących Programu (np. opracowanie i wydruk ulotek dla pacjentów):

- koszt jednostkowy (na pacjenta) – 10 zł
- liczba jednostek – ok. 3.200 (przy założeniu, że bezpośrednio należy poinformować o Programie więcej osób niż rzeczywiście z niego skorzysta)
- łączny koszt wynikający ze świadczeń zrealizowanych w ramach Kroku 1. – **32.000 zł**

Krok 2. Kwalifikacja do Programu – I rehabilitacyjna porada lekarska

- koszt jednostkowy – 75 zł
- liczba jednostek – 3.200 (przy założeniu, że nie wszyscy pacjenci zostaną zakwalifikowani do dalszej części Programu)
- łączny koszt wynikający ze świadczeń zrealizowanych w ramach Kroku 2. - **240.000 zł**

Krok 3. Rehabilitacja z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej - zabiegi fizjoterapeutyczne

Średni koszt cyklu zabiegów oszacowano wyliczając średnią z cen poszczególnych rodzajów zabiegów (lista poniżej). Średni koszt zabiegu wynosi 9,8 zł. Dla ułatwienia kalkulacji do dalszych obliczeń zastosowano koszt = 10 zł.

kinezyterapia

indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	31	zł
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	10	zł
pionizacja	10	zł
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	7,5	zł
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut	7,5	zł
ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut	7,5	zł
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	10	zł
wyciągi	8,5	zł
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	6	zł

masaż

masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	12,5	zł
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	15	zł
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	7,5	zł
masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	12,5	zł
masaż podwodny miejscowy	12,5	zł
masaż podwodny całkowity	18,5	zł
masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	5	zł

elektrolecznictwo

galwanizacja	5	zł
jonoforeza	6	zł
kąpiel czterokomorowa	12,5	zł
kąpiel elektryczna – wodna całkowita	17,5	zł
elektrostymulacja	8,5	zł
tonoliza	7,5	zł
prądy diadynamiczne	5	zł
prądy interferencyjne	5	zł
prądy TENS	5	zł
prądy TRAEBERTA	5	zł
prądy KOTZA	5	zł
ultradźwięki miejscowe	7,5	zł
ultrafonoforeza	8,5	zł

leczenie polem elektromagnetycznym

impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	7,5	zł
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	7,5	zł

impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości 3,5 zł

światłolecznictwo i termoterapia

naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe 3,5 zł

laseroterapia - skaner 3,5 zł

laseroterapia punktowa 7,5 zł

okłady parafinowe 5 zł

hydroterapia

kąpiel wirowa kończyn 8,5 zł

inne kąpiele - wirowa w tanku 18,5 zł

natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski 12,5 zł

krioterapia

krioterapia - zabieg w kriokomorze 31 zł

krioterapia - miejscowa (pary azotu) 10 zł

balneoterapia

okłady z borowiny - ogólne 10 zł

okłady z borowiny - miejscowe 7,5 zł

kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO₂ 15 zł

fango 8,5 zł

- średni koszt pełnego cyklu 15 dniowego (maksymalnie 5 zabiegów dziennie) – 15x5x10 zł – ok. 750 zł
- edukacja pacjenta prowadzona przez fizjoterapeutę – 30 zł
- liczba jednostek – 3.000
- łączny koszt wynikający ze świadczeń zrealizowanych w ramach Kroku 3. (780 zł x 3.000) – **2.340.000 zł**

Krok 4. Warsztaty psychoedukacyjne

- koszt cyklu obejmującego 4 spotkania min. 60-minutowe dla grupy max. 10-osobowej – ok. 1.200 zł
- liczba grup – 300
- łączny koszt wynikający ze świadczeń zrealizowanych w ramach Kroku 4. - **360.000 zł**

Krok 5. Końcowa konsultacja - II rehabilitacyjna porada lekarska

- koszt jednostkowy – 50 zł
- liczba jednostek – 3.000
- łączny koszt wynikający ze świadczeń zrealizowanych w ramach Kroku 5. - **150.000 zł**

Krok 6. Ocena skuteczności Programu - III rehabilitacyjna porada lekarska

- koszt jednostkowy – 50 zł
- liczba jednostek – 3.000
- łączny koszt wynikający ze świadczeń zrealizowanych w ramach Kroku 6. - **150.000 zł**

Poza wskazanymi powyżej, Krajowe wytyczne horyzontalne⁸ pozwalają również na finansowanie innych kategorii kosztów, które będą dopuszczalne do uwzględnienia w związku z realizacją niniejszego Programu:

- Zapewnienie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem (koszty bezpośrednie). Dotyczy to osób, dla których dojazd stanowi barierę udziału w Programie, w tym mieszkańców obszarów wiejskich i słabo zaludnionych. Obejmuje również ewentualny transport specjalistyczny. Na potrzeby założeń Programu przyjęto maksymalnie 15 przejazdów w dwie strony dla 70% uczestników.

Szacunkowe łączne koszty zapewnienia dojazdu – 820.000 zł

- Zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia. Na potrzeby założeń Programu przyjęto, że z tej formy wsparcia skorzysta w ciągu 15 dni maksymalnie 4% uczestników.

Szacunkowe łączne koszty zapewnienia opieki – 288.000 zł

- Wydatki dotyczące finansowania środków trwałych bezpośrednio powiązanych z przedmiotem projektu lub wykorzystywanych w celu wspomaganie procesu wdrażania projektu, a także wydatki dotyczące cross-finansingu, w tym dostosowania lub adaptacji budynków, pomieszczeń w szczególności do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (koszty bezpośrednie). Wydatki dotyczące finansowania środków trwałych obejmują nie tylko różne formy zakupu sprzętu (zakup, leasing, itd.) na potrzeby realizacji projektu, lecz również koszty amortyzacji wykorzystywanego własnego wyposażenia.

Cross-financing to zasada elastyczności, polegająca na możliwości komplementarnego, wzajemnego finansowania działań ze środków EFRR i EFS. może dotyczyć wyłącznie takich kategorii wydatków, bez których realizacja projektu nie byłaby możliwa.

Ze względu na specyfikę Programu dopuszczalne będzie uwzględnienie ww. kategorii kosztów (przy spełnieniu warunków określonych w regulaminie konkursu uwzględniających wymogi z „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”). Wydatki w ramach projektu na zakup środków trwałych o wartości jednostkowej równej i wyższej niż 3.500 zł netto w ramach kosztów bezpośrednich oraz wydatki w ramach cross-finansingu nie mogą łącznie przekroczyć 10% wydatków kwalifikowalnych projektu, w tym cross-financing nie może stanowić więcej niż 10% finansowania unijnego w ramach projektu.

Szacunkowe łączne koszty finansowania środków trwałych i cross-finansingu –420.000 zł

⁸ „Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”, „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”

Finansowanie ww. kategorii kosztów będzie dopuszczalne wyłącznie w przypadku wiarygodnego uzasadnienia przez wnioskodawcę występowania na obszarze realizacji projektu barier wśród potencjalnych uczestników w dostępie do świadczeń, którym można przeciwdziałać poprzez sfinansowanie odpowiadających im kosztów. Wyżej wymienione szacunkowe koszty zapewniają potencjalną możliwość założenia przez wnioskodawców poszczególnych kategorii kosztów. Jednak nie w każdym wniosku o dofinansowanie muszą one występować, gdyż wnioskodawcy mogą nie identyfikować barier, do których te koszty się odnoszą.

- Koszty pośrednie.

Stanowią koszty administracyjne związane z obsługą projektu m.in. personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, koszty personelu obsługowego, koszty obsługi powierzchni biurowych, działania informacyjno-promocyjne projektu, opłaty za energię i media, koszty usług pocztowych itd. Koszty pośrednie są uwzględniane poprzez stawkę ryczałtową. Stawki dla kosztów pośrednich są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”. Ze względu na przewidywaną wartość budżetów projektów zakłada się, że głównie stosowana będzie stawka 25% kosztów bezpośrednich.

Szacunkowe łączne koszty pośrednie – 1.200.000 zł

Koszty ww. działań, za wyjątkiem kosztów pośrednich, których stawki są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich, **zostaną oszacowane przez wnioskodawców zamierzających realizować Program i przedstawione na etapie składania wniosków o dofinansowanie. Będą uzależnione od planowanej liczby osób objętych wsparciem, cen rynkowych, specyfiki grupy docelowej i terenu, na którym realizowany będzie projekt oraz planowanych form wsparcia. Doświadczenia przeprowadzonych dotychczas konkursów wskazują na możliwe różnicowanie w podejściu wnioskodawców. W związku z powyższym przedstawione kwoty są kwotami orientacyjnymi.**

II. Planowane koszty całkowite

Program realizowany będzie w latach 2018-2020.

Alokacja przewidziana na realizację Programu wynosi 6.000.000 zł (w tym dofinansowanie UE: 5.100.000 zł). Koszty działań objętych ścieżką Programu wynoszą: 3.272.000 zł. Pozostałe koszty EFS (refundacja dojazdów, opieki, wydatki dotyczące środków trwałych i cross-financing): 2.728.000 zł.

III. Źródła finansowania, partnerstwo

Wdrażanie Programu będzie finansowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałania X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej. Program będzie współfinansowany ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Zgodnie z założeniami RPO montaż finansowy projektów to maksymalnie 85% środków z Europejskiego Funduszu Społecznego, maksymalnie 6% środków pochodzących z budżetu państwa, minimalnie 9% stanowi wkład własny beneficjenta (w tym możliwy wkład partnerów) – w formie finansowej lub rzeczowej.

Dopuszczalna jest realizacja projektów dotyczących niniejszego Programu w partnerstwie (w rozumieniu ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020) 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.

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

Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie zasobów jest optymalne zostały przedstawione w punkcie *Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu*.

MONITOROWANIE I EWALUACJA

I. Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena zgłaszalności do Programu obejmie liczbę uczestników poszczególnych jego etapów. Monitorowana będzie m.in.:

- ✓ liczba osób, którym lekarz POZ zalecił udział w Programie,
- ✓ liczba osób zakwalifikowanych do Programu,
- ✓ liczba osób uczestniczących w zabiegach rehabilitacyjnych,
- ✓ liczba osób uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych,
- ✓ wiek osób uczestniczących w Programie,
- ✓ rodzaj schorzenia osób uczestniczących w Programie, będącego przyczyną skierowania.

Przez beneficjenta realizującego Program monitorowaniu będą podlegać także m.in.: wskaźnik masy ciała, deklarowana aktywność fizyczna, nasilenie dolegliwości bólowych, przyczyny braku uczestnictwa/rezygnacji pacjentów z poszczególnych etapów/części Programu, w celu identyfikacji pojawiających się barier/trudności i w celu wypracowania skutecznych sposobów zapobiegania im w późniejszym czasie. Członek zespołu będzie zobowiązany do kontaktu z osobą, która omija poszczególne części Programu w celu ustalenia przyczyny i przywrócenia (w miarę możliwości) zaangażowania pacjenta.

II. Ocena jakości świadczeń w Programie

Ocena jakości świadczeń będzie oparta m.in. na ankietach satysfakcji uczestników z udzielonych w ramach Programu świadczeń; zostanie dokonana dwukrotnie przez beneficjenta realizującego Program. Przykładowa ankieta dla pacjenta - do modyfikacji i rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program stanowi załącznik C do Programu.

III. Ocena efektywności Programu

Program zostanie poddany ewaluacji na zasadach określonych w dokumentach pn.: „Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” oraz „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”. Uwzględniona zostanie ocena zgłaszalności do Programu, jakości udzielanych świadczeń oraz efektywności Programu. Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie analizy i porównania stanu pierwotnego z końcowym m.in. w zakresie poszczególnych wskaźników opisanych szczegółowo w punkcie Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu. Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu Programu, będzie procesem długoterminowym; zostanie sfinansowana z innych środków niż realizacja Programu i będzie się odnosić m.in. do zachowania sprawności pacjentów w kontekście ich aktywności zawodowej.

System monitorowania i ewaluacji Programu będzie oparty na sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, danych raportowanych przez beneficjentów realizujących Program w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Badanie ewaluacyjne zostanie zaplanowane i przeprowadzone zgodnie z „Planem Ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020”.

IV. Ocena trwałości efektów Programu

Program zakłada współpracę beneficjentów realizujących Program z lekarzem POZ pacjenta (lekarz POZ wypełnia m.in. Zalecenie do udziału w Programie stanowiące załącznik A do Programu).

Dodatkowo, udział pacjenta w rehabilitacji obejmującej edukację i zabiegi fizjoterapeutyczne oraz w warsztatach psychoedukacyjnych odegra znaczącą rolę w zwiększeniu poziomu jego wiedzy, świadomości zdrowotnej oraz motywacji do utrzymania i podejmowania zachowań prozdrowotnych (m.in. kontynuowaniu aktywności fizycznej), a to zapewni trwałość efektów Programu.

Wartością dodaną jest zorganizowanie w przypadku wyrażenia przez uczestników Programu takiej potrzeby i chęci pacjenckiej grupy wsparcia dla osób cierpiących na dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Po zakończeniu warsztatów psychoedukacyjnych

beneficjent realizujący Program umożliwi (w postaci udostępnienia sali), spotkania w ramach pacjenckiej grupy wsparcia dla osób cierpiących na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej przez cały okres realizacji Programu, a także minimum przez rok po jego zakończeniu.

Piśmiennictwo

- Aitken, D., Buchbinder, R., Jones, G., Winzenberg, T. (2015). Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Australian Family Physician* vol. 44, no. 1–2, January–February 2015
- Aktywność ekonomiczna ludności Polski III kwartał 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, 2017 rok, str. 171.
- Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie. Sekcja Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), *Journal of Rehabilitation Medicine* vol.39, str. 1-48, styczeń 2007, suplement nr. 45
- Bileviciute-Ljungar, I., Norrefalk, J., R. (2013). Beneficial long-term effects of multiprofessional assessment vs. rehabilitation program in patients with musculoskeletal pain. *Pain Practice*, Volume 14, Issue 3, 2014 228–236
- Bongi, S., M., A. Del Rosso, Cerinic, M., M. (2014). Rheumatologic rehabilitation: towards recommendations *Reumatismo*, 2014; 66 (3): 197-207
- Brendbekken, R., Eriksen H., R., Grasdal, A., Harris, A., Hagen E., Tangen, T. (2016). Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil* DOI 10.1007/s10926-016-9634-5
- Czapiński, J. (2015). Indywidualna jakość i styl życia. *Diagnoza Społeczna 2015, Warunki i Jakość Życia Polaków - Raport*. Contemporary Economics, 9/4, 200-331. DOI:10.5709/ce.1897-9254.190
- Cuesta-Vargas, A., I., González-Sánchez, M., Casuso-Holgado, M., J. (2013). Effect on health-related quality of life of a multimodal physiotherapy program in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013, 11:19
- Neuderth, S., Schwarz, B., Gerlich, Ch., Schuler, M., Markus, M., and Bethge, M. (2016). Work-related medical rehabilitation in patients with musculoskeletal disorders: the protocol of a propensity score matched effectiveness study. *BMC Public Health* (2016) 16:804
- Damsgard, E., Thrane, G., Anke, A., Fors, T., Røe, C. (2010). Activity-related pain in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 2010; 32(17): 1428–1437
- Diagnoza do Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego
- Gajewski, P. (red.)(2016). *Interna Szczeklika 2016*. Medycyna praktyczna, Kraków 2016.
- Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych; dostęp z dnia 1.02.2017 r.

- Główny Urząd Statystyczny – Bank Danych Lokalnych <https://bdl.stat.gov.pl/BDL>; Rynek pracy, Aktywność ekonomiczna ludności (dane średnioroczne), Ludność według aktywności i wieku, dane za 2015 rok.
- Hoefsmit, N., Houkes, I., Nijhui, F. (2012). Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *J Occup Rehabil* (2012) 22:462–477
- Informator o zawartych umowach NFZ <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=05#>
- Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Łódzkiego 2014, Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi 2015, dostęp z dnia 16.02.2017 r.
http://www.pomoc.lodzkie.eu/data/other/informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_.pdf
- Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. (2015), Warszawa.
- Kwolek (red.) (2012). Rehabilitacja medyczna. Wydawnictwo Edra Urban&Partner, Wrocław
- Lindena, M., Scherbeb, S., Cicholas, B. (2014). Randomized controlled trial on the effectiveness of cognitive behavior group therapy in chronic back pain patients. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 27(2014) 563–568
- Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/01_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_lodzkie.pdf, dostęp z dnia 15.02.2017 r.
- Marley, J., Tully, M., A., Porter-Armstrong, A., Bunting, B., O’Hanlon, J., S., M., McDonough (2014). A systematic review of interventions aimed at increasing physical activity in adults with chronic musculoskeletal pain—protocol. *Systematic Reviews* 2014, 3:106
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (1994), Rewizja dziesiąta, Tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków
- Momsen, A., M., Rasmussen, J., O., Nielsen, C., V., Iversen, M., D., Lund, H. (2012) Multidisciplinary team care in rehabilitation: An Overview of reviews *J Rehabil Med* 2012; 44: 901–912
- Phillips, C., J., Phillips R., (nee Buck), Main, Ch., J., Watson, P., J., Davies, S., Farr, A., Harper, Ch., Noble, G., Aylward, M., Packman, J., Downton, M., Hale, J. (2010). The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012, 13:29
- Przegląd systematyczny Cochrane. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults - Kaija A Karjalainen, Antti Malmivaara, Maurits W van Tulder, Risto Roine, Merja Jauhainen, Heikki Hurri, Bart W Koes 2009 Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3. Art. No.: CD001984.
- Standardy Orzecznictwa Lekarskiego ZUS (2013). Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa

- Raport z badania „Stare czy nowe kwalifikacje – rynek pracy w Łódzkiem wobec osób po 50 r.ż.”
Regionalne Obserwatorium Rynku Pracy, Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, 2013 r.
- Strategia Europa2020, Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego
włączeniu społecznemu str. 12
- Umowa partnerstwa, Ministerstwo Rozwoju, 2015 r., str. 9, 37, 156
- Westman, A., Linton, S., J., Öhrvik, j., Wahlén, P., Theorell, T., Leppert, J. (2010). Controlled 3-
year follow-up of a multidisciplinary pain rehabilitation program in primary health care.
Disability and Rehabilitation, 2010; 32(4): 307–316
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu
Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (2016) Minister Rozwoju i Finansów,
Warszawa
- Zespół Redakcyjny Urzędu Statystycznego w Łodzi Ludność, Ruch naturalny i migracje
w województwie łódzkim w 2015 r. Urząd statystyczny w Łodzi 2016
<http://lodz.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/ludnosc-ruch-naturalny-i-migracje-w-wojewodztwie-lodzkiem-w-2015-r-5,4.html>
- Zheltoukhova, K., Bevan, S., Reich, A. (2011). Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-
szkieletowego a rynek pracy w Polsce.

Spis załączników Programu:

- A - Zalecenie udziału w Programie
- B – Karta pacjenta nr 1
- C - Przykładowa ankieta dla pacjenta – do modyfikacji i/lub rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program
- D – Karta pacjenta nr 2
- E – Minimalny wzór oświadczenia uczestnika Programu dotyczącego niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych

Zalecenie udziału
w Programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

Imię i nazwisko pacjenta :

PESEL lub data urodzenia:

Rozpoznanie stanowiące przyczynę zalecenia (wg ICD 10)

.....
data

.....
podpis lekarza

Rozpoznanie stanowiące podstawę zlecenia rehabilitacji (zabiegów fizjoterapeutycznych) – wg ICD 10.....

Zlecone w ramach Programu zabiegi fizjoterapeutyczne:

- 1.....
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....
4.
.....
.....
5.
.....
.....

Dodatkowe informacje:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis lekarza

Przykładowa ankieta dla pacjenta - do modyfikacji i rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat **Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego**, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

kobieta

mężczyzna

1. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

3. Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

5. Czy po przeprowadzonych zajęciach psychoedukacyjnych Pani/Pana wiedza (w porównaniu do wiedzy przed zajęciami) jest:

zdecydowanie wyższa

raczej wyższa

taka sama

raczej niższa

zdecydowanie niższa

6. **Czy uważa Pani/Pan, że regularnie uprawiana aktywność fizyczna odpowiednio dobrana do stanu zdrowia jest ważna, aby zapobiec rozwojowi chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej?**
- zdecydowanie tak
 raczej tak
 trudno powiedzieć
 raczej nie
 zdecydowanie nie
7. **Czy uważa Pani/Pan, że zdrowe odżywianie może zapobiegać niektórym czynnikom ryzyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej?**
- zdecydowanie tak
 raczej tak
 trudno powiedzieć
 raczej nie
 zdecydowanie nie
8. **Czy po przeprowadzonych zajęciach psychoedukacyjnych Pani/Pana motywacja do prowadzenia zdrowego stylu życia uwzględniającego m.in. zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną jest (w porównaniu do motywacji przed zajęciami):**
- zdecydowanie wyższa
 raczej wyższa
 taka sama
 raczej niższa
 zdecydowanie niższa
9. **Czy po przeprowadzonej rehabilitacji Pani/Pana dolegliwości bólowe związane z chorobą układu mięśniowo-szkieletowego (w porównaniu do stanu przed rehabilitacją) są:**
- zdecydowanie większe
 raczej większe
 takie same
 raczej mniejsze
 zdecydowanie mniejsze

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:

KARTA PACJENTA nr 2

Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

Imię i nazwisko:.....

PESEL lub data urodzenia:

Nr telefonu:

Opis świadczeń zrealizowanych w ramach Programu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wskaźnik masy ciała BMI kg/m²

Codzienna aktywność fizyczna (na podstawie subiektywnej oceny pacjenta)

Proszę zaznaczyć na skali, jak pacjent ocenia swoją codzienną aktywność fizyczną (nie uwzględnia się do niej aktywności podejmowanej w ramach pracy, czasem odniesienia powinien być ostatni miesiąc). W poniższej skali 0 oznacza - brak jakiegokolwiek aktywności, 5 - aktywność umiarkowaną, 10 – intensywną.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ból

Proszę zaznaczyć na poniższej skali nasilenie dolegliwości bólowych pacjenta związanych z chorobą układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 0 – oznacza brak dolegliwości, 5 – ból o średnim natężeniu, 10 – ból bardzo intensywny

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data badania

.....
podpis lekarza

Ocena skuteczności Programu (po ok. 3 miesiącach)

Wskaźnik masy ciała BMIkg/m²

Codzienna aktywność fizyczna (na podstawie subiektywnej oceny pacjenta)

Proszę zaznaczyć na skali, jak pacjent ocenia swoją codzienną aktywność fizyczną (nie uwzględnia się do niej aktywności podejmowanej w ramach pracy, czasem odniesienia powinien być ostatni miesiąc). W poniższej skali 0 oznacza - brak jakiegokolwiek aktywności, 5 - aktywność umiarkowaną, 10 – intensywną.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ból

Proszę zaznaczyć na poniższej skali nasilenie dolegliwości bólowych pacjenta związanych z chorobą układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 0 – oznacza brak dolegliwości, 5 – ból o średnim natężeniu, 10 – ból bardzo intensywny

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jakość życia po przeprowadzonej rehabilitacji:

poprawa

pogorszenie

bez zmian

Dodatkowe informacje:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data badania

.....
podpis lekarza

Minimalny wzór oświadczenia uczestnika Programu dotyczącego niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych

Oświadczenie uczestnika Programu

Oświadczam, że przystępując do uczestnictwa w projekcie pn.,

.....
w ramach realizacji „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” nie korzystam, jak również w trakcie uczestnictwa w ww. projekcie nie będę korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- budżetu państwa,
- Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie,
- budżetu samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej.

.....
miejsowość, data

.....
podpis uczestnika Programu