



Rzeczpospolita
Polska



województwo
łódzkie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 14 – Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy.

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

**PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ
DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO
W ZAKRESIE CHOROÓB GRZBIETU I KRĘGOSŁUPA,
DO KTÓRYCH PREDYSPONUJE LUB NASILA OBJAWY
SIEDZĄCY CHARAKTER PRACY**

Okres realizacji Programu: 2021 – 2023

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.
3. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.
4. Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś X, Priorytet Inwestycyjny 8 vi.
5. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, wydane na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.
6. Krajowe Ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Rozdział 6.2, Narzędzie 3.

Łódź, marzec 2021 r.

SPIS TRESCI

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	3
I.1 Opis problemu zdrowotnego	3
I.2 Epidemiologia	10
I.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	21
I.4 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	23
II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI	28
II.1 Cel główny	28
II.2 Cele szczegółowe	28
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	28
III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA PLANOWANYCH INTERWENCJI	29
III.1 Populacja docelowa	29
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	31
III.3 Planowane interwencje oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	33
III.4 Sposób zakończenia udziału w programie	44
III.5 Bezpieczeństwo planowanych interwencji	44
IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	45
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	45
IV.2 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu	45
Dla poszczególnych świadczeń personel zgodny z wymogami wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U.2021 poz.265).	46
IV.3 Dowody skuteczności planowanych działań	48
V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	50
V.1 Monitorowanie	51
V.2 Ewaluacja	54
VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	54
VI. 1 Koszty jednostkowe	54
VI.2 Koszty całkowite i źródła finansowania	60
PIŚMIENNICTWO	60
ZAŁĄCZNIKI:	63

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej są złożoną i rozbudowaną kategorią, która dzielona jest podzielone na pięć głównych kategorii obejmujących łącznie ok. 200 jednostek chorobowych.

Rozdział XIII - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	
M00–M25 Artropatie	M00–M03 Artropatie związane z zakażeniami
	M05–M14 Artropatie wielostawowe zapalne
	M15–M19 Choroby zwyrodnieniowe stawów
	M20–M25 Inne choroby stawów
M30–M36 Układowe choroby tkanki łącznej	–
M40–M54 Choroby grzbietu	M40–M43 Zniekształcające choroby grzbietu
	M45–M49 Choroby kręgosłupa
	M50–M54 Inne choroby grzbietu
M60–M79 Choroby tkanek miękkich	M60–M63 Choroby mięśni
	M65–M68 Choroby maziówki i ścięgien
	M70–M79 Inne choroby tkanek miękkich
M80–M94 Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej	M80–M85 Zaburzenia mineralizacji i struktury kości
	M86–M90 Inne choroby kości
	M91–M94 Choroby tkanki chrzęstnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.

Bardzo istotnym problemem związanym z wykonywaną pracą zawodową, szczególnie mocno wpływającym na choroby kręgosłupa i grzbietu, jest długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej. Więcej informacji na ten temat zawarto w pkt. I.4 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

Niniejszy program dotyczy **wybranych chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy.** Są to wybrane choroby kręgosłupa i grzbietu. Poniższa tabela przedstawia grupy M45–M49 Choroby kręgosłupa, a także grupy M50–M54 Inne choroby grzbietu, których dotyczy interwencja programu.

M45–M49 Choroby kręgosłupa	M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (Spondyloza)	M47.0 Zespół ucisku tętnicy kręgosłupowej i rdzeniowej przedniej M47.1 Inne spondylozy z uszkodzeniem rdzenia kręgowego M47.2 Inne spondylozy z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych M47.8 Inne spondylozy M47.9 Nieokreślone spondylozy
	M48 Inne choroby	M48.0 Zespół wąskiego kanału kręgowego M48.1 Zesztywniająca hiperostoza (choroba Forestiera)

	kręgosłupa	M48.2 Choroba Baastrupa M48.3 Pourazowa spondylopatia M48.4 Zmęczeniowe złamanie kręgosłupa M48.5 Zapadnięcie kręgu niesklasyfikowane gdzie indziej M48.8 Inne określone spondylopatie M48.9 Spondylopatie, nieokreślone
	M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	M49.0 Gruźlica kręgosłupa M49.1 Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu brucelozy M49.2 Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu infekcji bakteriami jelitowymi M49.3 Spondylopatia w innych chorobach infekcyjnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej M49.4 Neuropatyczna spondylopatia M49.5 Zapadnięcie kręgu w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej M49.8 Spondylopatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
M50–M54 Inne choroby grzbietu	M50 Choroby kręgów szyjnych	M50.0 Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego M50.1 Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych M50.2 Inne przemieszczenia krążka międzykręgowego szyjnego M50.3 Inne zwyrodnienia krążka międzykręgowego szyjnego M50.8 Inne choroby krążka międzykręgowego szyjnego M50.9 Choroby krążka międzykręgowego szyjnego, nieokreślone
	M51 Inne choroby krążka międzykręgowego	M51.0 Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego M51.1 Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych M51.2 Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego M51.3 Inne określone zwyrodnienia krążka międzykręgowego M51.4 Guzki Schmorla M51.8 Inne określone choroby krążka międzykręgowego M51.9 Choroby krążka międzykręgowego, nieokreślone
	M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej	M53.0 Zespół szyjno-czaszkowy M53.1 Zespół szyjno-barkowy M53.2 Niestabilność kręgosłupa M53.3 Choroby kości krzyżowej i guzicznej niesklasyfikowane gdzie indziej M53.8 Inne określone choroby grzbietu M53.9 Choroby grzbietu, nieokreślone
	M54 Bóle grzbietu	M54.0 Zapalenie podściółki tłuszczowej okolicy karku i pleców M54.1 Choroby korzeni nerwów rdzeniowych (zespoły korzonkowe) M54.2 Bóle karku M54.3 Rwa kulszowa M54.4 Rwa kulszowa z bólem lędźwiowo-krzyżowym M54.5 Ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej M54.6 Ból kręgosłupa piersiowego M54.8 Inne bóle grzbietu M54.9 Bóle grzbietu, nieokreślone

Źródło: opracowanie własne na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10

Poniżej scharakteryzowano niektóre z najpowszechniej występujących chorób z grup obejmowanych programem.

Spondyloza jest zespołem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, charakteryzującym się postępującymi uszkodzeniami kręgów i krążków międzykręgowych, chrząstek i struktur stawowych kręgosłupa oraz jego układu więzadłowego. W przebiegu spondylozy dochodzi do zaburzenia stabilności konstrukcji kręgosłupa oraz powstania przepuklin i innych zmian krążków międzykręgowych, co naraża kanał kręgowy na stenozę, czyli ciasnotę, zwężenie światła kanału kręgowego wywierające ucisk i podrażnienia rdzenia kręgowego, co przyczynia się do zaburzenia pracy układu nerwowego i uciążliwe objawy o charakterze neurologicznym.

W zależności od lokalizacji zmian zwyrodnieniowych wyróżniane są:

- spondyloza szyjna,
- spondyloza piersiowa,
- spondyloza lędźwiowa.

Na mechanizm powstania spondylozy danego odcinka składa się m.in.:

- proces stopniowej utraty wody i sprężystości krążka międzykręgowego, co prowadzi do upośledzenia funkcji amortyzacyjnej. W wyniku destrukcji dochodzi do ścierania struktur krążka, pęknięć jego ciała i przesuwania się go w szczelinie międzykręowej; do grupy tego typu zmian należy np. spondylozy z dyskopatią. W przypadku wnikania krążka w kierunku kanału kręgowego dochodzi do ucisku włókien nerwowych i występowania licznych dolegliwości bólowych, parestezji i ograniczeń ruchomości kończyn i kręgosłupa, np. w wyniku spondylozy z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych;
- destrukcje biologiczne i morfologiczne o różnej etiologii w obrębie chrząstki stawowej, warstwy podchrzęstnej, błony maziowej, więzadeł i innych struktur stawowych, w wyniku czego dochodzi do upośledzenia funkcji stawów kręgosłupa objawiającego się dolegliwościami bólowymi i ograniczeniem ruchomości;
- miejscowa nadbudowa tkanki kostnej, powstała w miejscu uszkodzeń krawędzi kręgow i chrząstki, wypełniająca ubytki, ale i uciskająca włókna rdzenia kręgowego.

Czynnikami ryzyka powstania spondylozy są:

- przebyte urazy kręgosłupa;
- przeciążenia statyczne i dynamiczne związane np. ze sportem, pracą czy długotrwałą nieprawidłową postawą siedzącą, a także z patologiczną otyłością;
- choroby układu ruchu kręgosłupa, np. dyskopatia, kręgozmyk, krzywica, wady postawy;
- zaburzenia metaboliczne, endokrynologiczne, endemiczne, autoimmunologiczne;
- wady genetyczne, zaburzenia rozwojowe;
- wiek powyżej 50. roku życia.

Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa mogą dotyczyć odcinka szyjnego, piersiowego bądź lędźwiowego. Obejmują one krążki między kręgowie i krawędzie trzonów (dyskopatia, spondyloza) lub drobne stawy między kręgowie - tj. pomiędzy wyrostkami stawowymi kręgow (właściwa spondyloartroza). Zmiany te nie tworzą jednak całkowicie jednorodnych zespołów etiopatogenetycznych. Z jednej strony bowiem zmiany te mogą dotyczyć jednego, dwóch bądź wielu kręgow, z drugiej natomiast ich przyczyna i morfologia bywają różne. Zmiany zlokalizowane, dotyczące pojedynczych kręgow, stanowią najczęściej zejście wygojonych zmian pourazowych lub poinfekcyjnych. Mogą być również skutkiem niektórych wad rozwojowych (np. kręgu przejściowego, kręgozmyku bądź spondylozy). Bardziej rozległe zmiany mogą występować m.in. w przypadku bocznego skrzywienia kręgosłupa (zwłaszcza na jego szczycie), tzw. dystrofii wzrostowej płytek granicznych (patrz choroba Scheuermanna) czy hiperostozy usztywniającej kręgosłupa (choroba Forestiera). Tego typu zmiany występują

również w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów i zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa. Zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze kręgosłupa są też wyrazem starzenia się (występują u wszystkich ludzi starych), choć stwierdza się je również u blisko 25% osób poniżej 40. roku życia. Na ogół jednak powyższe zmiany (starcze) nie powodują poważniejszych dolegliwości.

W szyjnym odcinku kręgosłupa omawiane zmiany (*spondyloarthritis cervicalis*) występują bardzo często u osób po 50. roku życia. Zmiany w dolnej części tego odcinka, zlokalizowane w obrębie tzw. stawów unkowatebralnych (stawów Luscki) i polegające na występowaniu wyrostki kostnych wypuklających się do otworów między kręgowych, są przyczyną ucisku na korzenie. Powoduje to występowanie gwałtownych dolegliwości bólowych, promieniujących do łopatki, ramienia i palców rąk (tzw. rwa ramienna – brachialgia). Bólom tym mogą towarzyszyć inne objawy ucisku na korzenie lub tętnice kręgowie (patrz również następne rozdziały). Zmiany zlokalizowane w górnej części odcinka szyjnego, dotyczące zwłaszcza krążków między kręgowych, mogą być z kolei przyczyną bólu promieniującego do potylicy i szczytu głowy (tzw. neuralgia potyliczna). Natomiast zmiany występujące w obrębie właściwych stawów międzykręgowych powodują ograniczenie ruchów głową i występowanie trzasków przy jej poruszaniu, czemu towarzyszy umiarkowany ból. Nadmierna lordoza (dotyczy to również odcinka lędźwiowego) może z kolei powodować ocieranie się o siebie wyrostków kolczystych, powodujące odczyny przerostowe tych wyrostków (choroba Baastupa), towarzyszące często innym zmianom mogącym powodować ból.

Zmiany zwyrodnieniowe **piersiowego odcinka kręgosłupa** (*spondyloarthritis thoracalis s. dorsalis*) występują dość często jako osteofity przednich krawędzi trzonów. Zmiany te są na ogół umiarkowane. Jako przyczynę najczęściej wymienia się tu chorobę Scheuermanna, skoliozy i krzywicę. Omawiane zmiany dają wprawdzie dolegliwości bólowe jednak niezbyt silnie wyrażone.

Zmiany zwyrodnieniowe **lędźwiowego odcinka kręgosłupa** (*spondyloarthritis lumbalis*) występują częściej u mężczyzn, których praca jest (lub była) związana z dźwiganiem ciężarów. Osteofity na krawędziach trzonów nie powodują raczej poważniejszych dolegliwości. Są one tylko „dowodem” przebytego urazu lub procesu zapalnego. Często występowanie osteofitów towarzyszy skoliozom (tzw. wytwórcze procesy kompensacyjne). Zmiany w obrębie krążków (dyskopatie) mogą natomiast przebiegać bezobjawowo, bądź dawać objawy lumbago czy rwy kulszowej (*ischias*). Występujące tu podrażnienie korzenia powoduje, poza bólem promieniującym do łydki i stopy, także inne objawy korzeniowe.

Odcinek szyjny kręgosłupa jest nieco rzadziej niż lędźwiowy dotknięty chorobą zwyrodnieniową. Najczęściej jest to choroba zwyrodnieniowa krążka międzykręgowego zwana popularnie dyskopatią. Krążek jest strukturą budującą kręgosłup i umiejscowiony jest pomiędzy trzonami kręgów. Zadaniem krążka jest umożliwienie i amortyzowanie ruchów

kręgosłupa. Krążek międzykręgowy zbudowany jest z jądra miażdżystego i pierścienia włóknistego i składa się głównie z wody. Proces zwyrodnieniowy rozpoczyna się od odwodnienia krążka międzykręgowego. Odwodnienie, utrata sprężystości i zwiotczenie pierścienia włóknistego prowadzą do uszkodzenia struktury krążka.

Do uszkodzenia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym dochodzi bardzo często wcześniej: w czwartej albo piątej dekadzie życia. Główną przyczyną podobnie jak w innych odcinkach kręgosłupa jest współczesny tryb życia i pracy. Chorobie sprzyja brak aktywności fizycznej a szczególnie długotrwała praca w pozycji siedzącej. Brak ruchu i nieprawidłowa postawa zwłaszcza za biurkiem lub kierownicą powodują z kolei zbyt duże obciążenie kręgosłupa i szybsze zużywanie się jego tkanek. Powszechną przyczyną dyskopatii jest niewłaściwa pozycja siedząca podczas pracy, która powoduje przyjmowanie nieprawidłowej postawy i nadmierne obciążenie kręgosłupa. Błędem jest wielogodzinna, bez przerw praca przy komputerze. Podczas siedzenia przy biurku ważna jest odpowiednia wysokość i ruchomość krzesła a oczy powinny znajdować się na wysokości górnej krawędzi monitora. Na skutek monotonnej pracy w pozycji siedzącej szybko dochodzi do zaburzeń równowagi mięśniowej a wtórnie do utraty fizjologicznej lordozy szyjnej będącej „gwarantem” dobrej jakości i żywotności krążków międzykręgowych. W wyniku długotrwałego przeciążenia albo też w wyniku związanych z wiekiem zmian zwyrodnieniowych dochodzi do wysunięcia krążka a dokładnie jądra miażdżystego. Powstaje wypuklina, a w późniejszym okresie przepuklina krążka międzykręgowego. Znacznie rzadziej wysunięcie powstaje nagle w wyniku gwałtownego nieprawidłowego ruchu, zbyt dużego przeciążenia lub urazu.

Degeneracja krążka międzykręgowego jest najczęstszą przyczyną radikulopatii szyjnej zwanej też w zależności od dominującego objawu rwą ramienną bądź barkową. Objawy radikulopatii najczęściej są następstwem ucisku korzeni nerwowych na poziomie C5/C6 i C6/C7 (rwa ramienna) Znacznie rzadziej dochodzi do ucisku korzeni na poziomie C5 (rwa barkowa). Wiodącym objawem radikulopatii szyjnej jest ból karku/szyi promieniujący do kończyny górnej. Dolegliwościom bólowym mogą towarzyszyć zaburzenia czucia, a w najbardziej zaawansowanych postaciach niedowład. Najczęstszą przyczyną radikulopatii szyjnej jest choroba zwyrodnieniowa krążka międzykręgowego zwłaszcza przy bocznej zachyłkowej lub dootworowej orientacji przepukliny.

Zwężenie kanału kręgowego (stenoza) to coraz częstsze schorzenie dotyczące zasadniczo wszystkie starzejące się społeczeństwa zachodu. Generalnie dotyczy ludzi starszych, choć potrafi dotknąć też młodych ludzi w przebiegu innych schorzeń kręgosłupa, takich jak kręgozmyki, niestabilność. Głównymi objawami są drętwienia, bóle kończyn dolnych, męczliwość nóg po przejściu niewielkiego dystansu. W skrajnych przypadkach pojawia się niedowład kończyn dolnych i nietrzymanie moczu.

Choroby krążka międzykręgowego (dyskopatia). Dyskopatię opisuje się jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego, z towarzyszącym uszkodzeniem

struktur łącznotkankowych. Zmiany chorobowe krążków międzykręgowych prowadzą do pęknięcia pierścienia włóknistego i wydobycia jądra miażdżystego na zewnątrz. W rezultacie dochodzi do ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy, co prowadzi do pojawienia się bólu. Wskazuje się na kilka czynników zwiększających ryzyko wystąpienia dyskopatii, w tym m.in. starzenie się ustroju, nadmierne przeciążenia kręgosłupa, zmiany pourazowe, wady wrodzone i nabyte kręgosłupa, przebyte w okresie młodzieńczym choroby kręgosłupa. Objawy dyskopatii zależą od zmian chorobowych, jakie zaszły w obrębie krążka międzykręgowego oraz od stopnia uwypuklenia jądra miażdżystego. Do najczęściej spotykanych objawów zalicza się: bóle miejscowe w obrębie kręgosłupa, bóle promieniujące (rwa kulszowa) oraz podrażnienia nerwów (parastezje, spadek siły mięśniowej, przeczulica).

Guzki Schmorla są to uwypuklenia na kręgosłupie powstałe na skutek jego szybkiego wzrostu, kiedy to chrząstka krążka międzykręgowego wbija się w trzon kręgu. Swoją lokalizacją obejmują blaszki graniczne trzonów kręgów najczęściej piersiowego lub rzadziej lędźwiowego. To proces chorobowy występujący zwykle w młodym wieku i prowadzący do znaczących zaburzeń wzrostu kręgosłupa. Zmianom tym towarzyszy charakterystyczne nadmierne wygięcie kifozy piersiowej kręgosłupa, które przypomina plecy okrągłe. Stopień nasilenia kifozy może być bardzo różny od lekko zaokrąglonych pleców do nadmierne uwypuklonych i utrwalonych zmian kostnych. Głównymi przyczynami chorego kręgosłupa z guzkami Schmorla są czynniki dziedziczne, genetyczne (występowanie rodzinne). Do schorzenia prowadzi również nadmierne obciążanie kręgosłupa (postawa kifotyczna z zaokrąglonymi plecami). Przyczyną guzków Schmorla jest również wysoki wzrost oraz ekstremalne obciążenia (np. sportem wyczynowym). Zmiany tego typu są spowodowane również niedoborami witamin (anemia). Powodują je także zaburzenia tkanki łącznej, która integruje i scala wszystkie tkanki naszego organizmu, zwłaszcza narządu ruchu.

Bóle grzbietu. Zaburzenie charakteryzujące się wyraźnym uczuciem dyskomfortu w okolicy pleców. Ostry lub przewlekły ból zlokalizowany w tylnych obszarach klatki. Ból pleców jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych, dotyczącym 8 na 10 osób w pewnym momencie ich życia. Ból pleców może wahać się od tępego, ciągłego bólu do nagłego, ostrego bólu. Ostry ból pleców pojawia się nagle i zwykle trwa od kilku dni do kilku tygodni. Ból pleców nazywany jest przewlekłym, jeśli trwa dłużej niż trzy miesiące. Większość bólu pleców ustępuje samoistnie, chociaż może to chwilę potrwać.

Przyczynę **bólowych zespołów korzeniowych** stanowią najczęściej zmiany zwyrodnieniowe w obrębie kręgów i ich połączeń (stawów, tarcz międzykręgowych, więzadeł), powodujące ucisk korzeni rdzeniowych i/lub naczyń krwionośnych. W tym ostatnim przypadku nasilenie objawów bólowych wynika z niedotlenienia i lokalnego obrzęku, a towarzyszące temu odruchowe napięcie mięśni uruchamia niejako błędne koło przyczyn i skutków. Lokalizacja i rozległość zmian mogą być przy tym różne, co objawia się też występowaniem różnych zespołów bólowych, określanych zwykle mianem zespołów bólowych górnego bądź dolnego odcinka kręgosłupa.

Rwa ramienna (*brachialgia*) jest zespołem charakteryzującym się bólami karku lub okolicy barku, promieniującymi wzdłuż całej kończyny górnej, przeważnie do przedramienia, choć nierzadko nawet do ręki. Bólom tym towarzyszą zwykle parestezje, a czasami niedowłady niektórych mięśni.

Ból karku najczęściej występuje jako konsekwencja długotrwałego napięcia mięśni i przeciążenia kręgow kręgosłupa. Przyczynami bólu karku są m.in. wielogodzinne siedzenie przed komputerem, bierny odpoczynek, nieprawidłowe podpieranie głowy i kręgow szyjnych. Ból karku może pojawiać się też, gdy jesteśmy narażeni na przeciągi. Do przyczyn bólu karku zaliczamy również zmiany zwyrodnieniowe i osłabienie mięśni karku.

Rwa kulszowa (*ischias*) oznacza zespół bólowy, charakteryzujący się występowaniem bólu w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, który promieniuje wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego. Ból ten nasila się znacznie na przykład przy kaszlu czy kichaniu oraz przy próbie schylenia się. Chory przyjmuje też charakterystyczną postawę (odruchowe boczne skrzywienie kręgosłupa). Nieraz towarzyszą temu również niedowłady mięśni (głównie grupy strzałkowej), a nawet zaburzenia oddawania moczu.

Przyczyny występowania bólu są zróżnicowane. Z jednej bowiem strony mogą to być zmiany zwyrodnieniowe. Drugą grupę stanowią osoby z uszkodzeniem pierścienia włóknistego krążka międzykręgowego, co przy nierównomiernym nacisku kręgow prowadzi do wypuklenia się jądra miażdżystego. Trzecią grupą przyczyn bólu w tym odcinku są przeciążenia wynikające głównie z niewłaściwej pozycji podczas wykonywania różnych czynności, a szczególnie z niewłaściwego podnoszenia i utrzymywania ciężarów, zwłaszcza przy osłabionych i zwiotczonych mięśniach i więzadłach (tzw. bóle zmęczeniowe, występujące zwykle pod koniec dnia, a niekiedy nazajutrz).

Przebieg choroby zwykle się dzielić na dwa okresy – ostry (z przewagą znacznie nasilonych dolegliwości bólowych) i przewlekły (z zaburzeniami statyczno-dynamicznymi). W początkowym okresie dolegliwości określane są przeważnie mianem postrzału (*lumbago*) lub wypukliny krążka (*protrusio disci*). Po przerwaniu pierścienia włóknistego dochodzi do wypadnięcia jądra miażdżystego (*prolapsus disci*), a utrzymujący się stan nosi nazwę przepukliny dyskowej (*hernia discalis*). W tych przypadkach mamy do czynienia nie tylko z mechanicznym uciskiem na korzenie nerwowe, ale i z obrzękiem, który często powoduje bardziej nasilone objawy niż sam ucisk.

Ból okolicy lędźwiowej (*Lumbago*). Jest jedną z najczęściej zgłaszanych dolegliwości. Szacuje się, że ok. 60-80% populacji ogólnej doświadcza jej przynajmniej raz w życiu, w danym momencie na ból okolicy lędźwiowej skarży się 15-30% populacji, natomiast w ciągu miesiąca 30-40%. Lumbago jest jedną z głównych przyczyn konsultacji lekarskich oraz absencji chorobowej w państwach uprzemysłowionych. Pomimo ogromnej skali problemu przyczyny tego rodzaju bólu nie są dostatecznie poznane.

Ból kręgosłupa piersiowego. Ból kręgosłupa piersiowego najczęściej wynika z przeciążeń mięśniowych, zwyrodnień lub urazów. Do tego przyczyniają się: wady postawy, siedzący tryb pracy w nieodpowiedniej pozycji, nienaturalna pozycja ciała w trakcie pracy np. ciągle pochylanie, zbyt mała aktywność fizyczna, źle wykonywane lub zbyt intensywne

ćwiczenia fizyczne, nadwaga i otyłość, choroby degeneracyjne stawów i kości np. osteoporoza, obfity biust, noszenie zbyt dużych ciężarów na plecach. Liczne przeciążenia i mikrourazy prowadzą do zwyrodnień, które potrafią być bardzo dokuczliwe wymagają odpowiedniego leczenia. Ból kręgosłupa piersiowego może przyjmować różny charakter – pieczenie, klucie czy ucisk. Ponadto objawami towarzyszącymi mogą być: drętwienie kończyn, ból nóg, duszności i hiperwentylacja, objawy sercowe, klucie w mostku, dolegliwości bólowe w lędźwiach, dolegliwości bólowe w odcinku szyjnym kręgosłupa. W przypadku dolegliwości sercowych, jeśli występują dodatkowo nudności, wymioty, omdlenia i utrata przytomności niezbędne jest natychmiastowe wezwanie pomocy lekarskiej, gdyż może dojść do zawału serca, który jest bezpośrednim zagrożeniem życia i zdrowia.

Inne zespoły bólowe. W praktyce rehabilitacyjnej można spotkać się jeszcze z całym szeregiem osób cierpiących z powodu rozmaitych dolegliwości bólowych o mniej lub bardziej przewlekłym charakterze. Mogą to być zespoły o wielce zróżnicowanej etiopatogenezie, nastrożające niekiedy poważne kłopoty terapeutyczne (trudno podatne na leczenie), co w wielu przypadkach stanowi nawet motywację do poszukiwania i stosowania niekonwencjonalnych metod terapii bólu. W zespołach tych możemy mieć do czynienia nie tylko z uciążliwym dla pacjenta objawem (ból), ale i z szeregiem zaburzeń funkcjonalnych, wymagających odpowiedniego postępowania rehabilitacyjnego. Precyzyjne ustalenie łańcucha przyczynowo-skutkowego jest w tych przypadkach zwykle trudne. Wiele niezdefiniowanych etiologicznie i patomechanicznie oraz mało podatnych na leczenie zespołów bólowych stało się zresztą kanwą dla prób wyjaśnienia ich istoty i poszukiwań możliwości terapeutycznych. Zaowocowało to m.in. rozwojem wielu różnorodnych (niekiedy rozbieżnych) koncepcji i metod tzw. terapii manualnej.

Przykładem omawianych zespołów mogą być opisane wcześniej zespoły ciasnoty przedziałów powięziowych lub zespoły bolesnego barku czy łokcia tenisisty. Znaczne dolegliwości bólowe występują na przykład w zespole kanału nadgarstka, chorobie Mortona, tzw. zespole górnego otworu klatki piersiowej, napadowym kręczu karku itp. W części przypadków mamy do czynienia z bezpośrednim uciskiem na nerwy obwodowe w innych zaś dominuje obrzęk (ucisk pośredni) i niedotlenienie. Ból stanowi jedną z podstawowych cech wszelkich zapaleń. Stąd właśnie w wielu chorobach narządu ruchu o takiej etiologii (zapalenie stawów, ścięgien, pochewek czy kaletek), ból jest jednym z wiodących objawów, co powoduje, że konieczne jest jego łagodzenie.

I.2 Epidemiologia

Według stanu w dniu 31 grudnia 2018 r. województwo łódzkie zamieszkiwało 2.466.322 osoby. Na przestrzeni ostatnich lat w województwie łódzkim obserwujemy systematyczny spadek liczby ludności. W końcu 2018 r., w porównaniu z analogicznym

okresem roku poprzedniego, liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się o 0,4% (tj. o 9.993 osoby). 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 1,52%, natomiast w Polsce – o 1,11 %. Dodatkowo, nastąpił spadek udziału tej zbiorowości w ogólnej liczbie ludności województwa z 62,70% w 2017 r. do 59,4% w 2018 r. W przypadku Polski, odsetek osób w wieku produkcyjnym obniżył się z 61,2% w 2017 r. do 61,99% w 2018 r.

Zaobserwowano dalszy wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym, w skali województwa – o 2,12% (wobec wzrostu o 2,37% w 2017 r.), podczas gdy w Polsce – o 2,63% (wobec wzrostu o 2,91% w 2017 r.). Udział tej grupy ludności wynosi 23,68% populacji łódzkiego i był większy o 0,59 p. proc. w stosunku do zanotowanego w 2017 r. W skali całego kraju odsetek osób w wieku poprodukcyjnym zwiększył się o 0,56 p. proc. i w 2018 r. wyniósł 21,36%. Województwo łódzkie od kilku lat charakteryzuje się najwyższym w Polsce odsetkiem osób w wieku poprodukcyjnym i tendencją wzrostową udziału takich osób w populacji mieszkańców (*Ruch naturalny i migracje w województwie łódzkim w 2018 r. Urząd statystyczny w Łodzi 2019*).

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 2013-2015 w województwie łódzkim wynosił 1,7/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 13,3%. Wartość ta plasuje województwo na 3 miejscu w Polsce.

Umieralność mężczyzn jest na poziomie zbliżonym do ogólnopolskiego, natomiast poziom umieralności kobiet jest wyższy niż w kraju o 23,8%. Współczynnik rzeczywisty umieralności mężczyzn plasował województwo na 8. miejscu, kobiet na 3., licząc od wartości najwyższych.

Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku mieszkańców województwa i Polski (wskaźnik SMR) zagrożenie życia mieszkańców województwa chorobami z tej grupy jest wyższe od ogólnopolskiego o 5,0%. Wartość SMR w województwie łódzkim plasuje je na 5. miejscu w Polsce. Wśród mężczyzn wskaźnik SMR jest niższy o 10,8% od ogólnopolskiego, wśród kobiet jest wyższy o 10,4%. Wartości wskaźników SMR wśród mężczyzn i kobiet są na miejscach odpowiednio 8. i 5. (*Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego, 2018 r.*).

Z danych Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi wynika, że w 2018 roku miało miejsce 644.785 hospitalizacji, z czego 4,8% stanowiły hospitalizacje spowodowane chorobami układu kostno-stawowego (31.090). Hospitalizowano 31.090 osób. W tym samym czasie, pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pozostawały 207.807 z rozpoznaną chorobą układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, w tym 55.077 osób w wieku 55-64 lata (*Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Łódzkiego 2018, Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi 2019*).

W 2018 w województwie łódzkim zrealizowano 178.246 świadczeń w ramach NFZ w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie rehabilitacji dotyczącej chorób z rozpoznaniem choroby układu kostno-mięśniowego. Osoby z grupy wiekowej 18 – 64 lata skorzystały z 95.075 świadczeń.

Dane dotyczące świadczeń udzielonych w 2016, 2017, 2018 r. zawarto w poniższych tabelach.

Tabela 1. Liczba osób z woj. łódzkiego, które w 2016, 2017, 2018 r. korzystały ze świadczeń w rodzaju LEKARSKA AMBULATORYJNA OPIEKA REHABILITACYJNA z rozpoznaniem głównym należącym do grupy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (dane ŁOW NFZ)

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów w 2016 r.	Liczba pacjentów w 2017 r.	Liczba pacjentów w 2018 r.
M00	Ropne zapalenie stawów	3	8	2
M01	Bezpośrednie infekcje stawów w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	1	0	1
M02	Odczynowe zapalenie stawów	16	0	4
M03	Poinfekcyjne i reaktywne artropatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	3	0	0
M05	Sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów	1 484	1408	1 372
M06	Inne reumatoidalne zapalenia stawów	237	247	207
M07	Artropatie towarzyszące łuszczycy i chorobom jelit	74	76	94
M08	Młodzieńcze zapalenie stawów	50	58	60
M09	Młodzieńcze zapalenie stawów w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	2	2	0
M10	Dna moczanowa	54	50	58
M11	Inne artropatie spowodowane odkładaniem kryształów	6	4	3
M12	Inne określone artropatie	23	22	27
M13	Inne zapalenia stawów	81	73	95
M14	Artropatie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	13	17	14
M15	Zwyrodnienia wielostawowe	21 538	21 420	19 679
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych	3 868	3 939	3 679
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych	7 713	7 541	6 996
M18	Choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego	51	36	44
M19	Inne choroby zwyrodnieniowe	1 263	1 258	1 227
M20	Nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp	650	656	620
M21	Inne nabyte zniekształcenia kończyn	1 456	1 395	1 042
M22	Choroby rzepek	73	65	59
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	673	771	812
M24	Inne określone uszkodzenia stawu	48	55	56
M25	Inne choroby stawu niesklasyfikowane gdzie indziej	95	97	119
M30	Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne	0	3	1
M31	Inne martwicze choroby naczyń	1	1	2

M32	Toczeń rumieniowaty układowy	27	28	18
M33	Zapalenie skórno-wielomięśniowe	5	6	7
M34	Twardzina układowa	12	8	9
M35	Inne układowe zajęcie tkanki łącznej	49	54	60
M36	Układowe choroby tkanki łącznej w przebiegu innych schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	0	4	4
M40	Kifoza i lordoza	478	475	498
M41	Boczne skrzywienie kręgosłupa [skolioza]	5 507	5 136	4 654
M42	Osteochondroza kręgosłupa	2 150	2 101	1 533
M43	Inne zniekształcające choroby grzbietu	269	218	212
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	292	260	228
M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	16	22	19
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	42 717	39 537	35 102
M48	Inne choroby kręgosłupa	440	337	245
M49	Spondylopatie w przebiegu innych chorób	8	2	2
M50	Choroby kręgów szyjnych	5 829	5 893	5 626
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	9 810	10 518	10 997
M53	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej	85	133	128
M54	Bóle grzbietu	7 185	8 234	7 605
M60	Zapalenie mięśni	14	13	9
M61	Zwapnienia i skostnienia mięśni	5	4	0
M62	Inne choroby mięśni	38	54	56
M63	Choroby mięśni w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	6	4	7
M65	Zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna	120	124	92
M66	Samoistne pęknięcia błony maziowej ścięgna i ścięgna	3	2	0
M67	Inne choroby błony maziowej i ścięgien	124	97	80
M68	Choroby błony maziowej i ścięgien w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	4	3	3
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem	4 274	4 101	3 691
M71	Inne choroby kaletek maziowych	20	11	18
M72	Zaburzenia rozrostowe tkanki fibroblastycznej	94	92	86
M73	Choroby tkanek miękkich w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	9	9	4
M75	Uszkodzenia barku	2 893	3 042	2 951
M76	Entezopatie kończyny dolnej z wyłączeniem stopy	34	42	44
M77	Inne entezopatie	831	824	791
M79	Inne choroby tkanek miękkich niesklasyfikowane gdzie indziej	29	27	24
M80	Osteoporoza ze złamaniem patologicznym	260	244	248
M81	Osteoporoza bez patologicznego złamania	78	82	76
M82	Osteoporoza w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	3	1	6
M83	Zmiękczenie kości [osteomalacja] dorosłych	1	2	0
M84	Zaburzenia ciągłości kości	9	9	11
M85	Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości	21	11	9
M86	Zapalenie kości i szpiku	6	4	4
M87	Martwica kości	90	82	56
M88	Choroba Pageta (osteitis deformans)	2	1	2
M89	Inne choroby kości	43	42	41
M90	Choroby kości w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	6	7	9
M91	Osteochondroza stawu biodrowego i miednicy	14	14	7
M92	Inne osteochondrozy młodzieńcze	21	19	17
M93	Inne osteochondropatie	7	7	3

M94	Inne choroby chrząstki	21	24	25
M95	Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	1 069	1 201	1 524
M96	Zaburzenia układu mięśniowo-kostnego niesklasyfikowane gdzie indziej	98	98	118
M99	Uszkodzenia biomechaniczne niesklasyfikowane gdzie indziej	243	190	234
RAZEM		110 939	107 973	101 557

Tabela 2. Liczba osób z woj. łódzkiego, które w 2016, 2017, 2018 r. korzystały ze świadczeń w rodzaju FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA z rozpoznaniem głównym należącym do grupy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (dane ŁOW NFZ)

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów w 2016 r.	Liczba pacjentów w 2017 r.	Liczba pacjentów w 2018 r.
M00	Ropne zapalenie stawów	8	8	9
M01	Bezpośrednie infekcje stawów w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	2	11	0
M02	Odczynowe zapalenie stawów	37	20	15
M03	Poinfekcyjne i reaktywne artropatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0	5	1
M05	Sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów	1 968	2 052	1 922
M06	Inne reumatoidalne zapalenia stawów	413	419	384
M07	Artropatie towarzyszące łuszczycy i chorobom jelit	127	136	120
M08	Młodzieńcze zapalenie stawów	49	52	55
M09	Młodzieńcze zapalenie stawów w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	3	4	3
M10	Dna moczanowa	125	111	111
M11	Inne artropatie spowodowane odkładaniem kryształów	10	13	9
M12	Inne określone artropatie	215	191	133
M13	Inne zapalenia stawów	475	425	426
M14	Artropatie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	57	62	50
M15	Zwyrodnienia wielostawowe	26 612	26 807	24 999
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych	5 783	5 823	5 657
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych	16 925	16 906	16 534
M18	Choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego	115	122	142
M19	Inne choroby zwyrodnieniowe	4 138	4 166	4 132
M20	Nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp	1 734	1 607	1 655
M21	Inne nabyte zniekształcenia kończyn	811	827	779
M22	Choroby rzepki	241	250	247
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	1 771	1 866	1 910
M24	Inne określone uszkodzenia stawu	245	203	211
M25	Inne choroby stawu niesklasyfikowane gdzie indziej	339	383	434
M30	Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne	3	0	3
M31	Inne martwicze choroby naczyń	3	6	3
M32	Toczeń rumieniowaty układowy	29	41	34
M33	Zapalenie skórno-wielomięśniowe	6	7	3
M34	Twardzina układowa	18	16	12
M35	Inne układowe zajęcie tkanki łącznej	77	87	100
M36	Układowe choroby tkanki łącznej w przebiegu innych schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	3	5	1
M40	Kifoza i lordoza	376	312	405
M41	Boczne skrzywienie kręgosłupa [skolioza]	4 265	4 091	4 043
M42	Osteochondroza kręgosłupa	2 194	2 010	1 543
M43	Inne zniekształcające choroby grzbietu	223	233	232
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	427	429	360

M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	52	59	57
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	53 858	52 990	46 479
M48	Inne choroby kręgosłupa	989	824	740
M49	Spondylopatie w przebiegu innych chorób	25	28	15
M50	Choroby kręgów szyjnych	7 676	7 768	7 569
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	12 211	12 851	13 479
M53	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej	312	308	395
M54	Bóle grzbietu	10 656	11 947	12 422
M60	Zapalenie mięśni	19	14	20
M61	Zwapnienia i skostnienia mięśni	27	28	25
M62	Inne choroby mięśni	69	60	67
M63	Choroby mięśni w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	12	10	13
M65	Zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna	769	678	685
M66	Samoistne pęknięcia błony maziowej ścięgna i ścięgna	7	8	5
M67	Inne choroby błony maziowej i ścięgien	424	354	367
M68	Choroby błony maziowej i ścięgien w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	33	31	23
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem	9 112	9 014	8 363
M71	Inne choroby kaletek maziowych	102	64	88
M72	Zaburzenia rozrostowe tkanki fibroblastycznej	211	199	190
M73	Choroby tkanek miękkich w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	35	23	35
M75	Uszkodzenia barku	5 791	6 189	6 208
M76	Entezopatie kończyny dolnej z wyłączeniem stopy	158	141	163
M77	Inne entezopatie	2 697	2 787	2 667
M79	Inne choroby tkanek miękkich niesklasyfikowane gdzie indziej	82	95	97
M80	Osteoporoza ze złamaniem patologicznym	245	244	209
M81	Osteoporoza bez patologicznego złamania	101	109	105
M82	Osteoporoza w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	8	6	6
M83	Zmiękczenie kości [osteomalacja] dorosłych	9	6	3
M84	Zaburzenia ciągłości kości	15	16	22
M85	Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości	129	113	105
M86	Zapalenie kości i szpiku	15	14	10
M87	Martwica kości	100	110	87
M88	Choroba Pageta (osteitis deformans)	1	2	1
M89	Inne choroby kości	113	97	109
M90	Choroby kości w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	11	9	17
M91	Osteochondroza stawu biodrowego i miednicy	19	14	15
M92	Inne osteochondrozy młodzieńcze	47	45	34
M93	Inne osteochondropatie	31	21	19
M94	Inne choroby chrząstki	74	68	75
M95	Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	923	932	2 737
M96	Zaburzenia układu mięśniowo-kostnego niesklasyfikowane gdzie indziej	98	115	96
M99	Uszkodzenia biomechaniczne niesklasyfikowane gdzie indziej	100	106	135
RAZEM		149 480	149 891	143 738

Tabela 3. Liczba osób z woj. łódzkiego, które w 2016, 2017, 2018 r. korzystały ze świadczeń w rodzaju REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W OŚRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM z rozpoznaniem głównym należącym do grupy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (dane ŁOW NFZ)

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów w 2016 r.	Liczba pacjentów w 2017 r.	Liczba pacjentów w 2018 r.
M00	Ropne zapalenie stawów	0	0	0
M01	Bezpośrednie infekcje stawów w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M02	Odczynowe zapalenie stawów	0	1	2
M03	Poinfekcyjne i reaktywne artropatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M05	Sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów	156	173	159
M06	Inne reumatoidalne zapalenia stawów	24	27	21
M07	Artropatie towarzyszące łuszczycy i chorobom jelit	7	10	5
M08	Młodzieńcze zapalenie stawów	3	1	0
M09	Młodzieńcze zapalenie stawów w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M10	Dna moczanowa	2	5	3
M11	Inne artropatie spowodowane odkładaniem kryształów	0	0	0
M12	Inne określone artropatie	0	0	0
M13	Inne zapalenia stawów	1	3	3
M14	Artropatie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	1	2	2
M15	Zwyrodnienia wielostawowe	929	923	853
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych	283	284	294
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych	322	344	393
M18	Choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego	1	0	0
M19	Inne choroby zwyrodnieniowe	24	21	128
M20	Nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp	23	27	40
M21	Inne nabyte zniekształcenia kończyn	5	2	8
M22	Choroby rzepek	5	1	4
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	69	56	109
M24	Inne określone uszkodzenia stawu	8	6	2
M25	Inne choroby stawu niesklasyfikowane gdzie indziej	6	2	1
M30	Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne	0	0	1
M31	Inne martwicze choroby naczyń	0	0	1
M32	Toczeń rumieniowaty układowy	4	5	4
M33	Zapalenie skórno-wielomięśniowe	3	0	0
M34	Twardzina układowa	1	1	3
M35	Inne układowe zajęcie tkanki łącznej	7	8	5
M36	Układowe choroby tkanki łącznej w przebiegu innych schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	1	0	0
M40	Kifoza i lordoza	3	3	4
M41	Boczne skrzywienie kręgosłupa [skolioza]	54	76	51
M42	Osteochondroza kręgosłupa	8	25	48
M43	Inne zniekształcające choroby grzbietu	14	15	20
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	44	56	41
M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	1	2	1
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	1 584	1 488	1 246
M48	Inne choroby kręgosłupa	11	13	11
M49	Spondylopatie w przebiegu innych chorób	1	0	1
M50	Choroby kręgów szyjnych	329	266	313
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	786	749	938
M53	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej	0	4	22
M54	Bóle grzbietu	183	229	317

M60	Zapalenie mięśni	0	1	0
M61	Zwapnienia i skostnienia mięśni	0	0	0
M62	Inne choroby mięśni	2	3	3
M63	Choroby mięśni w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M65	Zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna	1	0	0
M66	Samoistne pęknięcia błony maziowej ścięgna i ścięgna	0	0	0
M67	Inne choroby błony maziowej i ścięgien	0	0	0
M68	Choroby błony maziowej i ścięgien w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem	46	62	25
M71	Inne choroby kałek maziowych	2	0	0
M72	Zaburzenia rozrostowe tkanki fibroblastycznej	4	4	10
M73	Choroby tkanek miękkich w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	0	1	0
M75	Uszkodzenia barku	138	162	202
M76	Entezopatie kończyny dolnej z wyłączeniem stopy	3	1	1
M77	Inne entezopatie	4	6	5
M79	Inne choroby tkanek miękkich niesklasyfikowane gdzie indziej	1	2	1
M80	Osteoporoza ze złamaniem patologicznym	17	8	13
M81	Osteoporoza bez patologicznego złamania	4	2	2
M82	Osteoporoza w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M83	Zmiękczenie kości [osteomalacja] dorosłych	3	0	0
M84	Zaburzenia ciągłości kości	1	1	1
M85	Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości	0	3	0
M86	Zapalenie kości i szpiku	0	0	0
M87	Martwica kości	2	1	1
M88	Choroba Pageta (osteitis deformans)	0	0	6
M89	Inne choroby kości	0	1	1
M90	Choroby kości w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M91	Osteochondroza stawu biodrowego i miednicy	3	1	0
M92	Inne osteochondrozy młodzieńcze	0	0	1
M93	Inne osteochondropatie	2	1	1
M94	Inne choroby chrząstki	3	0	1
M95	Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	1	1	1
M96	Zaburzenia układu mięśniowo-kostnego niesklasyfikowane gdzie indziej	3	1	2
M99	Uszkodzenia biomechaniczne niesklasyfikowane gdzie indziej	9	9	6
RAZEM		4 868	4812	5 015

Tabela 4. Liczba osób z woj. łódzkiego, które w 2016, 2017, 2018 r. korzystały ze świadczeń w rodzaju REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH z rozpoznaniem głównym należącym do grupy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (dane ŁOW NFZ)

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów w 2016 r.	Liczba pacjentów w 2017 r.	Liczba pacjentów w 2018 r.
M00	Ropne zapalenie stawów	1	1	2
M01	Bezpośrednie infekcje stawów w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	0	1	0
M02	Odczynowe zapalenie stawów	0	0	0
M03	Poinfekcyjne i reaktywne artropatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0

M05	Sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów	122	99	89
M06	Inne reumatoidalne zapalenia stawów	19	25	19
M07	Artropatie towarzyszące łuszczycy i chorobom jelit	1	1	2
M08	Młodzieńcze zapalenie stawów	3	0	4
M09	Młodzieńcze zapalenie stawów w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M10	Dna moczanowa	1	3	1
M11	Inne artropatie spowodowane odkładaniem kryształów	0	0	0
M12	Inne określone artropatie	3	1	0
M13	Inne zapalenia stawów	2	5	10
M14	Artropatie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	0	1	1
M15	Zwyrodnienia wielostawowe	546	452	362
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych	1 081	1 170	1 151
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych	777	884	982
M18	Choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego	0	0	0
M19	Inne choroby zwyrodnieniowe	23	27	18
M20	Nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp	5	1	1
M21	Inne nabyte zniekształcenia kończyn	7	7	3
M22	Choroby rzepek	9	0	2
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	28	20	23
M24	Inne określone uszkodzenia stawu	25	48	58
M25	Inne choroby stawu niesklasyfikowane gdzie indziej	3	3	2
M30	Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne	0	0	0
M31	Inne martwicze choroby naczyń	0	0	0
M32	Toczeń rumieniowaty układowy	0	4	2
M33	Zapalenie skórno-wielomięśniowe	2	2	2
M34	Twardzina układowa	0	4	3
M35	Inne układowe zajęcie tkanki łącznej	1	0	3
M36	Układowe choroby tkanki łącznej w przebiegu innych schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M40	Kifoza i lordoza	4	9	40
M41	Boczne skrzywienie kręgosłupa [skolioza]	431	408	330
M42	Osteochondroza kręgosłupa	9	4	8
M43	Inne zniekształcające choroby grzbietu	6	10	10
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	21	21	17
M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	2	5	2
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	1 220	1 326	975
M48	Inne choroby kręgosłupa	11	8	29
M49	Spondylopatie w przebiegu innych chorób	0	1	0
M50	Choroby kręgów szyjnych	141	105	94
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	549	512	432
M53	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej	0	35	12
M54	Bóle grzbietu	253	221	362
M60	Zapalenie mięśni	0	0	0
M61	Zwapnienia i skostnienia mięśni	1	1	3
M62	Inne choroby mięśni	4	28	26
M63	Choroby mięśni w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M65	Zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna	0	0	0
M66	Samoistne pęknięcia błony maziowej ścięgna i ścięgna	0	0	0
M67	Inne choroby błony maziowej i ścięgien	2	0	0
M68	Choroby błony maziowej i ścięgien w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem,	1	3	0

	przeciążeniem i uciskiem			
M71	Inne choroby kaletki maziowych	0	0	0
M72	Zaburzenia rozrostowe tkanki fibroblastycznej	0	0	0
M73	Choroby tkanek miękkich w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M75	Uszkodzenia barku	45	38	52
M76	Entezopatie kończyny dolnej z wyłączeniem stopy	1	2	0
M77	Inne entezopatie	0	1	1
M79	Inne choroby tkanek miękkich niesklasyfikowane gdzie indziej	9	1	0
M80	Osteoporoza ze złamaniem patologicznym	25	22	16
M81	Osteoporoza bez patologicznego złamania	0	1	1
M82	Osteoporoza w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	2	0	0
M83	Zmiękczenie kości [osteomalacja] dorosłych	0	0	0
M84	Zaburzenia ciągłości kości	1	8	5
M85	Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości	0	0	0
M86	Zapalenie kości i szpiku	1	0	0
M87	Martwica kości	0	2	4
M88	Choroba Pageta (osteitis deformans)	1	0	0
M89	Inne choroby kości	7	4	4
M90	Choroby kości w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	0
M91	Osteochondroza stawu biodrowego i miednicy	1	1	3
M92	Inne osteochondrozy młodzieńcze	4	2	0
M93	Inne osteochondropatie	3	2	4
M94	Inne choroby chrząstki	0	0	0
M95	Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	38	26	26
M96	Zaburzenia układu mięśniowo-kostnego niesklasyfikowane gdzie indziej	2	5	1
M99	Uszkodzenia biomechaniczne niesklasyfikowane gdzie indziej	0	5	4
RAZEM		5 309	5 485	5080

Tabela 5. Osoby w wieku 15-64 oraz 50-64 z woj. łódzkiego, które w 2016, 2017, 2018 r. korzystały ze świadczeń w rodzaju LEKARSKA AMBULATORYJNA OPIEKA REHABILITACYJNA z rozpoznaniem głównym należącym do grupy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (dane ŁOW NFZ)

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów w 2016 r.			Liczba pacjentów w 2017 r.			Liczba pacjentów w 2018 r.		
		Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata	Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata	Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	292	187	110	260	154	88	228	138	79
M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	16	13	3	22	16	6	19	11	5
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	42 717	25 234	17 470	39 537	22 412	15 469	35 102	19 432	13 263
M48	Inne choroby kręgosłupa	440	330	114	337	238	83	245	161	79
M49	Spondylopatie w przebiegu innych chorób	8	6	2	2	2	0	2	1	0
M50	Choroby kręgów szyjnych	5 829	4 380	2 684	5 893	4 420	2 721	5 626	4 123	2 496
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	9 810	7 679	4 128	10 518	8 002	4 383	10 997	8 033	4 508
M53	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej	85	62	37	133	92	42	128	84	41
M54	Bóle grzbietu	7 185	5 506	2 437	8 234	6 126	2 824	7 605	5 514	2 450
RAZEM		63 459	41 317	25 720	61 531	39 158	24 136	57 197	35 691	21 813

Tabela 6. Osoby w wieku 15-64 oraz 50-64 z woj. łódzkiego, które w 2016, 2017, 2018 r. korzystały ze świadczeń w rodzaju FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA z rozpoznaniem głównym należącym do grupy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (dane ŁOW NFZ)

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów w 2016 r.			Liczba pacjentów w 2017 r.			Liczba pacjentów w 2018 r.		
		Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata	Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata	Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	427	269	163	429	262	157	360	215	140
M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	52	37	17	59	37	14	57	40	20
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	53 858	31 029	22 294	52 990	29 608	21 212	46 479	24 942	17 820
M48	Inne choroby kręgosłupa	989	695	336	824	574	278	740	477	253
M49	Spondylopatie w przebiegu innych chorób	25	13	4	28	16	8	15	9	6
M50	Choroby kręgów szyjnych	7 676	5 744	3 648	7 768	5 715	3 651	7 569	5 373	3 378
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	12 211	9 417	5 396	12 851	9 694	5 543	13 479	9 730	5 707
M53	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej	312	239	152	308	233	142	395	276	182
M54	Bóle grzbietu	10 656	7 957	4 007	11 947	8 780	4 385	12 422	8 879	4 603
RAZEM		80 971	51 856	33 694	81 762	51 366	33 011	76 165	46 563	29 791

Tabela 7. Osoby w wieku 15-64 oraz 50-64 z woj. łódzkiego, które w 2016, 2017, 2018 r. korzystały ze świadczeń w rodzaju REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W OŚRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM z rozpoznaniem głównym należącym do grupy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (dane ŁOW NFZ)

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów w 2016 r.			Liczba pacjentów w 2017 r.			Liczba pacjentów w 2018 r.		
		Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata	Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata	Wszyscy	15-64 lata	50-64 lata
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	44	27	18	56	36	24	41	21	14
M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	1	1	0	2	1	1	1	1	0
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	1 584	902	713	1 488	794	618	1 246	637	518
M48	Inne choroby kręgosłupa	11	6	3	13	8	6	11	7	5
M49	Spondylopatie w przebiegu innych chorób	1	1	0	0	0	0	1	0	0
M50	Choroby kręgów szyjnych	329	268	166	266	207	133	313	235	146
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	786	576	352	749	525	326	938	623	390
M53	Inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej	0	0	0	4	3	2	22	9	7
M54	Bóle grzbietu	183	126	77	229	150	94	317	211	132
RAZEM		2 866	1 856	1 291	2 721	1 669	1 169	2 770	1 664	1 156

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w tym także choroby kręgosłupa i grzbietu, generują wysokie koszty z tytułu niezdolności do pracy.

Według danych Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w 2018 roku wystawiono w Polsce 243.692,6 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej, w tym mieszkańcom województwa łódzkiego - 19 461,2 tys. Województwo łódzkie charakteryzowało się największą przeciętną długością absencji chorobowej w 2018 roku, która wynosiła 13,50 dni (wartość średnia dla Polski to 12,22 dnia). Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w Polsce z powodu choroby układu kostno-

stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wynosiła 13,89 dnia (nie dostępne dane na poziomie województwa).

Z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wystawiono w województwie łódzkim w 2018 roku osobom w wieku 19-64 lata 196,8 zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy. Liczba zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wystawionych w 2018 roku w województwie łódzkim, których przyczyną były choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowiła 13,92% wszystkich wystawionych zaświadczeń. W tym 73,6 tys. (3667%) dotyczyło osób w wieku 50-64 lata.

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w 2018 roku lekarze orzecznicy ZUS wystawili w całej Polsce 28.430 pierwszorazowych orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (ICD-10 M00-M99). Przyczyna ta stanowiła 22,2% wszystkich orzeczeń wydanych w kraju.

W 2018 roku lekarze orzecznicy ZUS wydali w Polsce 40.174 zalecenia pierwszorazowych orzeczeń ustalających stopień niezdolności do pracy dla celów rentowych, z czego 6.313 (15,7%) spowodowanych było chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Ta grupa chorób powodowała częściową niezdolność do pracy - choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego w 24,4% orzeczeń. Zdecydowana większość wydanych z tego powodu orzeczeń (66,7%) dotyczyła osób w wieku 50-64 lata). W województwie łódzkim wydano w 2018 r. – 323 orzeczenia. W tym 192 orzeczenia (59,44%) dotyczyły osób wieku 50-64 lata.

I.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Rehabilitacja, według Światowej Organizacji Zdrowia jest kompleksowymi skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych, edukacyjnych i zawodowych w celu przystosowania chorego do życia w nowych warunkach 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 10 kwietnia 2020 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 2020 roku w województwie łódzkim Narodowy Fundusz Zdrowia posiada umowy z 75 świadczeniodawcami w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej oraz 168 w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (*Informator o zawartych umowach, wg stanu na 15.06.2020*).

Pomimo stosunkowo wysokich nakładów finansowych, czas oczekiwania na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lekarska jest długi. W województwie łódzkim najdłuższy przeciętny czas oczekiwania wynosił (dane za grudzień; Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych www.basiw.mz.gov.pl, strona administrowana przez Ministerstwo Zdrowia; Mapa potrzeb zdrowotnych 2020/Kolejki)

- Poradnia rehabilitacyjna – 333 dni.
- zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej – 505 dni.
- dział (pracownia) fizjoterapii – 489 dni
- oddział rehabilitacyjny – 1449 dni

Główną przyczyną 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. Tak długi czas oczekiwania niejednokrotnie uniemożliwia powrót do aktywności ruchowej, a tym samym nie pozwala szybko wrócić do pracy. Rehabilitacja udzielona w krótszym czasie od wystąpienia choroby pozwoli zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

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 w 2018 roku lekarze orzecznicy wystawili 2030 orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z powodu chorób układu kostnow stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (ICD-10 M00-M99). W tym 1062 (52,32%) dla osób w wieku 50-64 lata.

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 2 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 AOTMiT nr 30.2015 z dn. 18.02.2015 r.) zapewnia możliwość odbycia od 10 do 15 dni zabiegowych (w ramach NFZ to zazwyczaj 10 dni). Maksymalna liczba zabiegów przypadająca w programie na pacjenta nie powinna jednak przekroczyć łącznie 75 zabiegów.

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 w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Wzór takiego oświadczenia zawiera Załącznik D. Mechanizm ten jest skuteczny i zabezpiecza ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Wartością dodaną jest także możliwość finansowania w ramach programu kosztów dojazdu i kosztów opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą opiekuje się osoba korzystająca ze wsparcia.

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”. Wsparcie rehabilitacji medycznej w ramach tego Narzędzia ma być skoncentrowane głównie na schorzeniach, które stanowią główne przyczyny dezaktywizacji zawodowej. Projekty dotyczące rehabilitacji medycznej mają obejmować kompleksowe i zespołowe działania na rzecz osoby, u której stwierdzono chorobę zaliczaną do grupy schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej. Celem działań podejmowanych w ramach przedmiotowego narzędzia będzie przywrócenie osobie objętej wsparciem maksymalnej możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

I.4 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.

→ 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 dezaktywizacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. 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. (dane dotyczące IV kwartału 2018, GUS, 2019). W niniejszym programie preferowane będą osoby powyżej 50 roku życia. Jak wynika z danych GUS ta grupa wiekowa jest znacznie częściej bierna zawodowo niż inne. W 2018 roku w województwie łódzkim było 862.000 osób biernych zawodowo, w tym 18,79% w grupie 15-29 lat, 4,99% w grupie 30-39 lat, 3,60% w grupie 40-49 lat, 72,62% z grupy 50 i więcej lat (BDL GUS). Osoby z grupy 50+ stanowią więc zdecydowaną większość mieszkańców województwa biernych zawodowo, a grupa ta jest ponad trzy razy liczniejsza niż druga pod tym względem grupa wiekowa 15-29 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, 2019). 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 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.

Organizm człowieka przystosowany jest do ruchu. Pozycja siedząca cechuje się natomiast dużą statyką oraz odmiennym ułożeniem poszczególnych segmentów ciała w stosunku do pozycji stojącej. Blisko 70% osób czynnych zawodowo wykonuje swoją pracę w pozycji siedzącej. Odsetek osób z dolegliwościami kręgosłupa pracujących biurowo (ok. 60-80% osób) pozwala przypuszczać, iż wielogodzinna praca siedząca wpływa bardzo negatywnie. Kręgosłup stanowi „kolumnę”, na której opiera się ludzki organizm. Poza funkcją podporową, spełnia także rolę amortyzatora wstrząsów i obciążeń, chroni rdzeń kręgowy przed uszkodzeniami mechanicznymi oraz zapewnia mu ruchomość. Kręgosłup to szereg struktur (stawy międzykręgowe, krążki międzykręgowe, więzadła kręgosłupa, mięśnie), które w wyniku nieprawidłowego eksploataowania ulegają przeciążeniu, prowokując różnorodne dolegliwości bólowe. Dolegliwości bólowe mogą pojawić się praktycznie na wszystkich poziomach kręgosłupa, jednak zdecydowanie najczęściej obejmują one odcinek szyjny i lędźwiowy. W tych odcinkach kręgosłup jest w naturalny sposób wygięty do przodu – lordoza, które w wyniku statycznych przeciążeń ulegają nadmiernym obciążeniom i często również

wypłaszczeniu („Wpływ pozycji siedzącej na stan kręgosłupa - dlaczego długotrwałe siedzenie szkodzi?” Katarzyna Kumor, FizjoPlaner.pl).

Kręgosłup nie jest idealnie prosty. Wygina się ku tyłowi w odcinku piersiowym i krzyżowym oraz do przodu w odcinku szyjnym i lędźwiowym. A to wszystko po to, aby zmniejszyć nacisk na kręgi, z których zbudowany jest kręgosłup, właśnie podczas stania, chodzenia czy pochylania się. Natomiast w pozycji siedzącej, szczególnie jeśli garbimy się i pochylamy do przodu, nacisk na dolny odcinek kręgosłupa jest o wiele większy niż podczas pozycji pionowej. W rezultacie siedzący tryb życia, czyli taki, w którym większość dnia spędzamy siedząc, czy to w samochodzie, pracy czy odpoczywając w domu przed telewizorem, powoduje, że kręgosłup jest niemal nieustannie przeciążony, co prowadzi do uszkodzeń przestrzeni międzykręgowych (dysków) i bardzo bolesnych schorzeń czy kontuzji, które ciężko jest wyleczyć (*Siedzący tryb życia to nie tylko ból pleców* www.ktociewyleczy.pl, artykuł w oparciu o książkę „Skazany na biurko. Postaw się siedzącemu światu” Starrett Kelly Wydawnictwo Galaktyka, 2017 r.)

Badania wskazują, że praca biurowa, praca kierowcy, taksówkarza często prowadzi do występowania dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa (*Występowanie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa i nawyków ruchowych u osób prowadzących siedzący tryb życia*; Sabina Kaczor, Aneta Bac, Paulina Brewczyńska, Renata Woźniacka, Edward Golec „Advances in Rehabilitation” nr 3 tom 25 2011 r.

Warto zaznaczyć, że długotrwałe spędzanie czasu w pozycji siedzącej negatywnie wpływa na różne kwestie zdrowotne. Zaburza metabolizm wpływając na podwyższony poziom trójglicerydów, stężenie insuliny odpowiedzialnej za utrzymanie glukozy we krwi, co może prowadzić do cukrzycy typu 2. Zwiększa też ryzyko zawału serca, powoduje zeszywnienie naczyń krwionośnych oraz mięknienie kości, zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworu piersi, jelit płuc i macicy (Sekrety Medycyny, 2/2018, s.47). Nieumiarkowane siedzenie zwiększa też ryzyko zapadnięcia na przewlekłą chorobę nerek. Na stworzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) liście przyczyn śmierci, których można było uniknąć, znajduje się na IV miejscu (www.who.int/topics/physical_activity/en/).

W związku z powyższym kolejna preferencja w dostępie do udziału w programie przewidziana jest dla osób wykonujących pracę siedzącą (np. kierowców, osób wykonujących jednostajną pracę biurową, kasjerów i kasjerek).

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

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Głównym celem Programu jest **poprawa stanu funkcjonalnego 3300 pacjentów z województwa łódzkiego w latach 2021-2023 w środowisku społecznym fizycznym i gospodarczym poprzez uczestnictwo w programie rehabilitacji leczniczej.**

Formułując cel kierowano się brzmieniem Narzędzia nr 3, zdefiniowanego w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Politycy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” pn.: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy) oraz 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) oraz Międzynarodową *Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* – w skrócie znaną jako ICF.

II.2 Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi Programu są m.in.:

- 1) Uzyskanie poprawy nie mniejszej niż minimalna różnica istotna klinicznie u co najmniej 50% uczestników w obszarach, dla których wykryto zaburzenia funkcjonalne zgodnie z klasyfikacją ICF.
- 2) Zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe.
- 3) Wzrost aktywności fizycznej podczas udziału w programie u co najmniej 30% uczestników.
- 4) Wzrost wiedzy w zakresie tematyki warsztatów psychoedukacyjnych (dieta, czynniki związane z występowaniem chorób grzbietu i kręgosłupa, rozwój umiejętności psychospołecznych, związek między sferą psychiczną i fizyczną) u co najmniej 50% uczestników.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

W Tabeli 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 u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego	określona podczas kwalifikowaniu uczestników do Programu (załącznik A) liczba uczestników programu	3300 uczestników	Porównanie wyników testów wykonywanych podczas I i II porady rehabilitacyjnej Odpowiednie testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera
Liczba osób u których uzyskano poprawę nie mniejszą niż minimalna różnica istotna klinicznie	określona podczas kwalifikowaniu uczestników do Programu (załącznik A) liczba uczestników programu, u których uzyskano poprawę nie mniejszą niż minimalna różnica istotna klinicznie	co najmniej 50% uczestników	
Liczba osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	określona podczas kwalifikowaniu uczestników do Programu (załącznik A) liczba osób u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	co najmniej 50% uczestników	Porównanie wyników skali VAS wypełnionej podczas I i II porady rehabilitacyjnej * Końcowy pomiar natężenia bólu nie powinien odbywać się w dniu, w którym wykonywane były zabiegi lub podawane leki przeciwbólne czy przeciwzapalne
Liczba osób, u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej	określona podczas kwalifikowaniu uczestników do Programu (załącznik A) liczba uczestników programu	co najmniej 30% uczestników (990 osób)	Porównanie wyników kwestionariusza IPAQ wypełnionego podczas I i II porady rehabilitacyjnej * Wypełniając formularz podczas końcowej konsultacji nie będzie uwzględniana kinezyterapia realizowana w ramach programu.
Liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy w zakresie tematyki warsztatów psychoedukacyjnych (dieta, czynniki związane z występowaniem chorób grzbietu i kręgosłupa, rozwój umiejętności psychospołecznych, związek między sferą psychiczną i fizyczną).	liczba osób, które uczestniczyły w warsztatach psychoedukacyjnych	co najmniej 50% uczestników Programu (1650 osób)	Porównanie wyników testu wstępnego i końcowego. Odsetek uczestników z wynikiem poniżej progu punktowego w teście wstępnym, którzy w teście końcowym przekroczyli przyjęty próg punktowy.

Uzasadnienie dla przyjętych wartości mierników

Przyjęte wartości wynikają z analizy doświadczeń wcześniej realizowanych programów rehabilitacji medycznej w ramach Poddziałania X.3.1 RPO WŁ, literatury dotyczącej przedmiotu programu, konsultacji ze środowiskiem medycznym i wewnętrznym. Stan zdrowia populacji obejmowanej interwencją programu poprawi się zgodnie z zakładanymi wartościami. Wielkość populacji kwalifikującej się do Programu oszacowano na ok. 136.000 osób (Rozdział III.1). Wpływ na stan zdrowia populacji w wyniku interwencji odpowiada możliwościom dostępnego budżetu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III.1 Populacja docelowa

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

Według stanu na 31.12.2018 r.¹ liczba ludności w województwie łódzkim wynosiła 2.466.322 osób. W tej liczbie osoby w wieku 15 – 64 lata stanowią 1.631.979 osób (BDL GUS). Osób aktywnych zawodowo z przedziałów wiekowych 15 – 50 i więcej lat w województwie stwierdzono 1.172.000 osób.

Z danych Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi wynika, że w 2018 roku pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pozostawało 128.071 osób w wieku 19-64 lata z rozpoznaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej². 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 196,8 tys. zaświadczeń mieszkańcom województwa w wieku 19-64 lata.

Na podstawie tabel 1, 2, 3, 4 dotyczących różnych świadczeń finansowanych w ramach środków publicznych NFZ stwierdzono, że chorób z kategorii M47-M54 dotyczy łącznie 145 239 zrealizowanych świadczeń z łącznej liczby 255 390 świadczeń dla kategorii M00-M99, a więc 56,87%.

Biorąc pod uwagę ww. dane liczbowe i szczegółowe założenia Programu **wielkość populacji kwalifikującej się do Programu oszacowano na ok. 136.000 osób.**

Program adresowany jest do mieszkańców województwa łódzkiego, ograniczony do osób w wieku aktywności zawodowej³, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii:

- M47 Spondyloza
- M48 Inne choroby kręgosłupa
- M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
- M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
- M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
- M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
- M54 Bóle grzbietu

Wybór ww. chorób odpowiada na dane dotyczące najczęściej stwierdzanych chorób pacjentów hospitalizowanych w województwie w ramach krajowych środków publicznych

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

² W publikacji „Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa łódzkiego 2018” nie uwzględniono danych dla przedziału 15-19 lat”.

³ Według „Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, **osoba w wieku aktywności zawodowej** to „osoba w wieku 15 lat i więcej. 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)”

Ze względu na wielkość kwoty przewidzianej na niniejsze działanie, ograniczenia budżetowe dostępnych środków, planowane jest objęcie Programem co najmniej 3300 osób.

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Program skierowany jest do pacjentów posiadających wskazania i których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Ze względu na fakt, że istotą finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego programów rehabilitacji medycznej jest ułatwianie 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 powinny 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*).

Przed przystąpieniem do Programu od pacjenta wymagane jest wypełnienie oświadczenia dotyczącego niekorzystania z takich świadczeń rehabilitacji leczniczej, jak oferowane w niniejszym Programie, finansowanych z innych środków publicznych, w tym NFZ w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Wyłączeni będą pacjenci uczestniczący w zbieżnej przedmiotowo rehabilitacji finansowanej z innych środków publicznych. Konieczne będzie też wyrażenie pisemnej zgody na udział w Programie.

Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie:

1. Mieszkańcy województwa łódzkiego.
2. Wiek aktywności zawodowej.
3. Zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii:
 - M47 Spondyloza
 - M48 Inne choroby kręgosłupa
 - M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
 - M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
 - M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
 - M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
 - M54 Bóle grzbietu

Dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę (nie starsza niż jeden rok)

4. Stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Ponadto zakwalifikowanie do Programu wymaga uzyskania pisemnej zgody uczestnika i złożenia oświadczenia potwierdzającego niekorzystanie ze zbieżnej rehabilitacji finansowanej z innych środków publicznych. W przypadku osób w wieku 15-17 lat niezbędne jest uzyskanie zgody rodziców lub opiekuna prawnego na udział osoby małoletniej w programie.

Realizatorzy projektów będą stosować **preferencje** w pierwszeństwie dostępu do projektów:

1. Dla osób w wieku 50 lat i więcej – przynajmniej 50% osób uczestniczących w projekcie będzie należeć do tej kategorii wiekowej.
2. Dla osób wykonujących pracę siedzącą – przynajmniej 30% osób uczestniczących w projekcie będzie należeć do tej kategorii
3. Dla kobiet z uwagi na wyższy wskaźnik umieralności z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – przynajmniej 50% osób uczestniczących w projekcie będzie należeć do tej kategorii.

Ponadto, projekty powinny być ukierunkowane na osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych.

Kryteria wyłączenia

1. Korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych **z powodu tego samego rozpoznania**, finansowanych z innych środków publicznych w ciągu ostatnich 6 m-cy:
 - NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
 - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
 - Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
 - Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”,
 - budżetu samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej (np. samorządu lokalnego – powiat, gmina).
2. Uczestnictwo w projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa realizowanych na terenie makroregionu centralnego” tj.
 - „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie łódzkim i mazowieckim – beneficjent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów.

- „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” – beneficjent: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. Med. Eleonory Reicher.

III.3 Planowane interwencje oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Wybór realizatorów/beneficjentów realizujących program w trybie konkursowym

W celu wyboru realizatorów programu ogłoszony zostanie konkurs 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 „Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020” wydanych na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 4 tej ustawy. W konkursie składane będą wnioski o dofinansowanie realizacji projektów, podlegające ocenie według ustalonych kryteriów wyboru projektów.

Akcja informacyjna (koszty pośrednie)

W programie planuje się organizowanie przez realizatorów działań informacyjno-promocyjnych, według założeń przedstawionych przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego. Harmonizacja warunków prowadzenia promocji zdrowia ma na celu osiągnięcie efektu skali i umożliwi dotarcie z informacjami do szerokiej rzeszy odbiorców. Dobór środków przekazu: Internet, prasa, radio pozwoli objąć działaniami informacyjnymi osoby szczególnie narażone na zachorowania.

Akcja informacyjna o programie będzie prowadzona możliwie najszerszymi kanałami dotarcia oraz przy wykorzystaniu nowoczesnych metod i narzędzi komunikacji (strona internetowa zawierająca zarówno materiały edukacyjne, jak i informacje o programie odpowiednio pozycjonowane w najpopularniejszych przeglądarkach internetowych, moderowane przez przedstawicieli realizatorów fora w mediach społecznościowych, prasa, ulotki, plakaty, broszury o programie) tak aby z jednej strony zapewnić dotarcie do potencjalnych uczestników Programu, a z drugiej dotrzeć do szerokiego grona personelu medycznego.

Akcja będzie przebiegała dwutorowo. Ze strony Urzędu Marszałkowskiego będą prezentowane informacje o Programie i realizowanych projektach.

Podmioty realizujące projekty będą informować przede o realizowanych projektach i Programie. Przy czym główną intencją będzie zrekrowanie jak największej liczby uczestników.

Zakłada się ścisłą współpracę beneficjentów realizujących 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. Konieczne jest, aby na poziomie projektu dostosować działania informacyjne do specyfiki populacji na danym obszarze, aby uzyskać jak największą zgłaszalność.

Wszystkie działania o charakterze informacyjno-promocyjnym, skierowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, w szczególności do lekarzy POZ, którzy będą mogli poinformować pacjentów o realizacji programu, będą finansowane w ramach kosztów pośrednich beneficjentów realizujących Program. Na tym etapie należy zapewnić opracowanie i wydruk materiałów informujących o Programie, które będą dystrybuowane wśród placówek POZ.

Działania powinny być również kierowane do pracodawców, działających w branżach szczególnie zagrożonych ryzykiem choroby zawodowej, w tym związanych z wykonywaniem pracy siedzącej.

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:

Kwalifikacja formalna do Programu

Kandydaci na uczestników programu mogą zgłaszać się bezpośrednio do podmiotów realizujących projekty (beneficjentów). W podmiotach zostaną przeprowadzone czynności związane z kryteriami formalnymi rekrutacji.

- Mieszkańcy województwa łódzkiego (ewentualnie ograniczenie do obszaru województwa określonego w projekcie).
- Wiek aktywności zawodowej.

- Zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii:
 - M47 Spondyloza
 - M48 Inne choroby kręgosłupa
 - M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
 - M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
 - M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
 - M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
 - M54 Bóle grzbietu

Dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę (nie starsza niż jeden rok).

Ze względu na preferencje przewidziane w pierwszeństwie dostępu do projektów przy rekrutacji należy też uwzględnić:

- Wiek 50+ (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału osób wieku 50+).
- Płeć (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału kobiet).
- Wykonywanie pracy siedzącej (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału osób wykonujących pracę siedzącą).

Kandydat wypełnia także oświadczenie uczestnika Programu dotyczące niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych (Załącznik D) – korzystanie ze wskazanych tam świadczeń wyklucza z udziału w programie.

Czynności te powinny być wykonywane przez personel administracyjny podmiotów przed przystąpieniem do dalszych czynności.

Kwalifikacja medyczna do Programu:

Krok 1. I porada rehabilitacyjna

Kwalifikacja pacjenta do Programu przeprowadzona zostanie przez personel spełniający wymogi określone w części IV.2

Wymagane jest, aby do kwalifikacji pacjentów do programu zostało wykorzystane narzędzie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – w skrócie znane jako ICF⁴. Głównym celem ICF jest ustanowienie ujednoczonego, standardowego języka i jego struktury pozwalającego na opis zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem. ICF określa składniki zdrowia i niektóre powiązane ze zdrowiem warunki dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia.

W międzynarodowych klasyfikacjach WHO stany chorobowe (choroby, zaburzenia, urazy itp.) są sklasyfikowane głównie w klasyfikacji ICD-10 (wyciąg z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, wydanie dziesiąte), gdzie stosuje się podejście etiologiczne. W ICF natomiast sklasyfikowane są funkcjonowanie i niepełnosprawność w powiązaniu ze stanem zdrowia. ICD-10 i ICF uzupełniają

⁴ Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)
https://www.cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf

się zatem nawzajem, a użytkownikom zaleca się korzystanie z obydwu tych systemów klasyfikacyjnych należących do rodziny klasyfikacji WHO razem. ICD-10 dostarcza „rozpoznanie” choroby, zaburzenia zdrowia lub innego określonego stanu zdrowia, a ta informacja jest wzbogacana o dodatkowe dane zawarte w ICF dotyczące funkcjonowania. Łącznie informacje na temat rozpoznania i funkcjonowania dają szerszy i o głębszym znaczeniu obraz przedstawiający zdrowie osób lub populacji, co może zostać wykorzystane w procesie podejmowania decyzji.

Międzynarodowe klasyfikacje WHO są cennym narzędziem dla opisywania i porównywania zdrowia populacji na poziomie międzynarodowym. Informacja o śmiertelności (dostarczana przez ICD-10) i o stanie zdrowia (dostarczana przez ICF) mogą być łączone w sumarycznych pomiarach zdrowia populacji dla monitorowania wskaźników zdrowia i ich występowania w populacji, a także dla oszacowania wpływu różnych przyczyn śmiertelności i zachorowalności.

W przypadkach ciężkich lub niekwalifikujących się do leczenia zachowawczego, pacjent kierowany jest do leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Niezależnie od wyniku ostatecznej kwalifikacji (pozytywnej lub negatywnej), osoba dokonująca kwalifikacji sporządza pisemną dokumentację precyzującą powód przyjęcia (Załącznik A do Programu - karta pacjenta nr 1) lub odmowy przyjęcia danej osoby do projektu oferującego wsparcie w ramach Programu.

Kierowana osoba powinna dysponować dokumentacją medyczną zawierającą wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych, odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego. Przedstawiona dokumentacja, bądź dodatkowo zaświadczenie lekarskie, pozwala na potwierdzenie jednostki chorobowej dotyczącej układu ruchu zgodnej z kodami ICD-10 wymienionymi w Programie. Skompletowanie dokumentacji medycznej i wymaganych badań diagnostycznych leży po stronie uczestnika programu. Program nie przewiduje środków na badania diagnostyczne.

Podczas wizyty kwalifikacyjnej przeprowadzony zostaje 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).

Wymagane jest przeprowadzenie podczas I porady rehabilitacyjnej co najmniej następujących pomiarów:

- Badanie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne).
- Pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS (wizualna skala analogowa / Visual Analog Scale).
- Pomiary antropometryczne – wysokość i masa ciała, obwód talii.

- Określenie wskaźnika masy ciała BMI, wskaźnika WHR (stosunek talia-biodra).
- Wypełnienie przez uczestnika Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ).

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.

Odnosnie testów należy zaznaczyć, że przegląd systematyczny Denteneer 2018 wykazał, że najbardziej miarodajnymi testami wykorzystywanymi w ocenie sprawności fizycznej osób z bólem krzyża są: test wytrzymałości mięśni prostowników (ang. extensor endurance test), test wytrzymałości mięśni zginaczy (ang. flexor endurance test), 5-minutowy test marszu (ang. 5-minute walking test), test marsz na odcinku 15 m (ang. 50-ft walking test), wahadłowy test marszu (ang. shuttle walk test), test przejścia z pozycji siedzącej do stojącej (ang. sit-to-stand test) oraz test wychylenia w przód pod obciążeniem (ang. loaded forward reach test)⁵.

Wszystkie wyniki należy odnotować w karcie pacjenta (Załącznik A do Programu - karta pacjenta nr 1), niezależnie od decyzji o zakwalifikowaniu go do dalszych etapów.

Pacjentów u których w trakcie badania wystąpią somatyczne symptomy ostrzegawcze tzw. "czerwone flagi", powinno się skierować do dalszej diagnostyki, aby wykonali dalsze badania obrazowe lub laboratoryjne lub skierować do specjalisty (w zależności od przewidywanej diagnozy i stopnia pilności danego przypadku)⁶.

CZERWONE FLAGI

Zidentyfikowanie, na którymś etapie badania lub leczenia poniższych objawów lub symptomów powinno skłonić do szczególnej ostrożności i podjęcia decyzji o odesłaniu pacjenta na dalsze badania i konsultacje z lekarzami specjalistami. Decyzję o tym, z jakim specjalistą konsultować pacjenta, fizjoterapeuta powinien podjąć na podstawie prezentowanych objawów i ich dynamiki narastania.

Choroba nowotworowa w przeszłości.
Nagła utrata masy ciała, bez uchwytnej (definiowanej) przyczyny.
Narastające osłabienie lub/i wycieńczenie organizmu, bez uchwytnej przyczyny.
Gorączka lub stan podgorączkowy (podwyższona temperatura).
Ból w rytmie dobowym opisywany jako stały bez uchwytnej przyczyny i zależności od wykonywanych czynności.

⁵ Rekomendacja nr 4/2020z dnia 30 listopada 2020Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.

⁶ Tworząc założenia dotyczące somatycznych symptomów ostrzegawczych w niniejszym programie kierowano się Wytocznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej. Uchwała nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018.

Ból spoczynkowy, często opisywany jako pulsujący.
Obrzęk jednego lub więcej stawów bez wyjaśnionej przyczyny
Niezdiagnozowany uraz w wywiadzie
Świeży lub/i postępujący niedowład obwodowy.
Nietrzymanie moczu lub/i stolca powiązane z bólem kręgosłupa
Zaburzenia napięcia mięśniowego - obniżenie lub podniesienie, zaburzenia czucia powierzchniowego lub/i głębokiego jednej połowy ciała lub dwu/cztero kończynowe bez wyjaśnionej przyczyny
Zaburzenia zborności ruchowej bez wyjaśnionej przyczyny.
Zaburzenia równowagi i krótkotrwałe utraty świadomości.
Nagle lub świeżo pojawiające opadanie kącika ust, problemy z mówieniem.
Pierwszoplanowe lub współistniejące dolegliwości bólowe okolicy jamy brzusznej lub za mostkowej.
Tętno spoczynkowe powyżej 100 ud./min. i mniej niż 50.
Ciśnienie tętnicze krwi powyżej 160/95.
Ciśnienie tętnicze poniżej 90/50

Powinno się rozważyć skierowanie do specjalisty pacjentów, u których w trakcie badania wystąpią czynniki biopsychospołeczne tzw. "żółte flagi".

ŻÓŁTE FLAGI

Zidentyfikowanie na którymkolwiek etapie badania lub leczenia poniższych symptomów, nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do fizjoterapii, ale może mieć znaczący negatywny wpływ na uzyskiwane efekty. Z tego względu wymaga często wsparcia lekarzy specjalistów, ale też specjalistów z innych dziedzin np. psychologa, dietetyka, doradcy zawodowego, etc. Decyzję o tym, z jakim specjalistą konsultować pacjenta, fizjoterapeuta powinien podjąć na podstawie prezentowanych objawów i wpływu na efekty terapii.

Brak wiary w poprawę.
Niestabilność emocjonalna, labilność nastroju.
Opóźniony powrót do pracy i brak motywacji do jej podjęcia.
Brak kontroli nad problemem stawianym jako cel terapii.
Strach, obawa, poczucie lęku.
Depresja, inne zaburzenia psychiczne.
Silny czynnik stresu i/lub izolacja społeczna.

Następnie pacjent zostaje poinformowany o przebiegu Programu i udziela pisemnej zgody na udział w nim. Po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w Programie, zostaje ustalony program usprawnienia leczniczego (PUL), w tym ustalone z pacjentem cele m.in. wystawiając zlecenie na zabiegi fizjoterapeutyczne, uwzględniając przy tym obok założeń Programu także preferencje pacjenta.

Program przewiduje 10 dniowy cykl zabiegów (min. 3 dni zabiegowe w tygodniu), w uzasadnionych - względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego – przypadkach, decyzją lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty układającego PUL, cykl zabiegów może zostać wydłużony do maksymalnie 15 dni (w Programie przyjęto, że 80% uczestników będzie korzystać z 10 dniowego cyklu, a 20% uczestników z 15-dniowego cyklu). Maksymalnie 5 zabiegów dziennie. Każdy cykl powinien zawierać minimum 5 kinezyterapii indywidualnych dla

pacjenta. Maksymalna liczba zabiegów przypadająca na pacjenta nie powinna jednak przekroczyć łącznie 75 zabiegów. W sytuacji wykonywania dziennie liczby zabiegów mniejszej niż 5, udział zabiegów w zakresie kinezyterapii nie może być mniejszy niż 60% wykonywanych zabiegów.

Podczas I porady rehabilitacyjnej osoba kwalifikująca do Programu uzupełni (Załącznik A do Programu - karta pacjenta nr 1).

Na tym etapie dokonywana jest ostateczna kwalifikacja pacjenta do Programu.

Krok 2. Rehabilitacja z elementami edukacji

W ramach Programu pacjent odbędzie cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Zgodnie z rekomendacjami, edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy jest częścią mającą wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (EU OSHA 2016), a kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem (NIGRiR 2013).

Założenia czasowe i liczbowe dotyczące cyklu zabiegów przedstawiono w opisie Kroku 1.

O rodzaju zleczanych zabiegów u poszczególnych pacjentów każdorazowo decyduje fizjoterapeuta kierując się wskazaniami i wytycznymi o jak największej sile dowodowej. Częstotliwość i czas trwania każdego z zabiegów określa fizjoterapeuta. Każda zmiana powinna zostać odnotowana w karcie pacjenta i tym samym powinien zostać zaktualizowany PUL po konsultacji z osobą układającą PUL dla danego pacjenta.

Zabiegi obejmują m.in:

- kinezyterapię indywidualną (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 kręgosłupa⁷.
- ciepłolecznictwo; wskazania do ciepłolecznictwa to m.in. choroba reumatyczna, choroba zwyrodnieniowa (*Kwolek (red), 2012*).
- krioterapię; wskazania do krioterapii to m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów, choroby zapalne tkanki łącznej, dyskopatie, fibromialgie, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe stawów i mięśni,

⁷ Interna Szczeklika 2016

przykurcze w obrębie narządu ruchu, zespoły korzeniowe, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu (Kwolek (red), 2012).

- hydroterapię, m.in. kąpiel wirowa kończyn, 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).
- 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).

Należy mieć na uwadze, że istnieją także przeciwwskazania do stosowania poszczególnych zabiegów.

W cyklu rehabilitacji powinny przeważać zabiegi z zakresu kinezyterapii, jako te, dla których wykazano największą skuteczność w rehabilitacji układu mięśniowo-szkieletowego. Powinny one stanowić co najmniej 60% wykonywanych zabiegów.

W bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną oraz masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017). Ból przewlekły – trwa ponad 3 miesiące.

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. Zindywidualizowana, 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 w domu po zakończeniu rehabilitacji samodzielnie lub przy wsparciu opiekunów lub członków rodziny oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych. Fizjoterapeuta zadba o edukację pacjenta w tematyce znaczenia prowadzenia zdrowego trybu życia i korzystnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie. Podczas wykonywanych zabiegów fizjoterapeuta omówi z pacjentem główne czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia bólów kręgosłupa oraz poinformuje o zasadach ergonomii w życiu codziennym oraz podczas pracy. Przekazane zostaną także zasady ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko pojawienia się/nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych.

Zgodnie z rekomendacjami pacjenci otrzymają tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i będą w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010, VHA –DoD 2010).

Krok 3. Warsztaty psychoedukacyjne

W warsztatach będzie mógł wziąć udział każdy uczestnik Programu, który został zakwalifikowany do etapu Krok 2. Rehabilitacja z elementami edukacji.

Uczestnik Programu weźmie udział w dwóch indywidualnych warsztatach psychoedukacyjnych (każde spotkanie trwające min. 60 minut). Warsztaty psychoedukacyjne prowadzone będą przez:

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

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, walka ze stresem),

– 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),

Pierwsze trzy obszary stanowią treści podstawowe, które muszą zostać opanowane przez każdego z uczestników. Przed warsztatami wymagane jest przeprowadzenie testu wstępnego, a po warsztatach końcowego. Umożliwi to ocenę dotyczącą zmiany stanu wiedzy uczestnika.

Krok 4. II porada rehabilitacyjna (końcowa konsultacja)

Po zakończonym cyklu zabiegowym rehabilitacji oraz po odbyciu warsztatów psychoedukacyjnych pacjent zgłasza się na II poradę rehabilitacyjną. Powinna ona być prowadzona przez osobę, która odpowiada za planowanie i ocenę postępowania fizjoterapeutycznego. Zalecane jest, aby była to osoba przeprowadzająca I poradę rehabilitacyjną danego pacjenta.

W czasie wizyty podsumowującej powinny zostać przeprowadzone wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie wizyty kwalifikującej, zatem osoba prowadząca końcową poradę rehabilitacyjną:

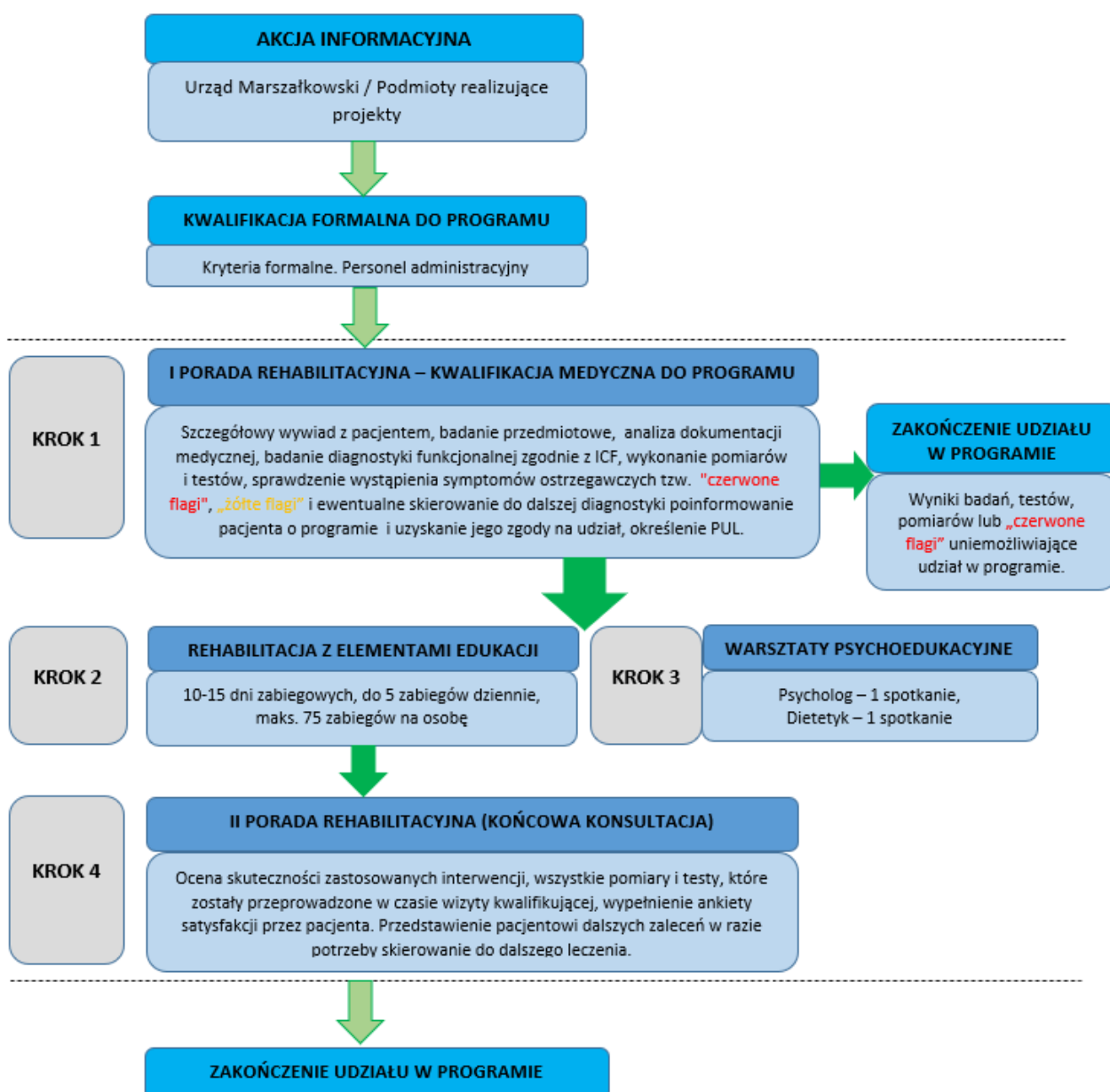
- Przeprowadzi badanie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta zgodnie z klasyfikacją ICF, wykona testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne ujemnie wpływające na obszar aktywności zawodowej i ograniczony zakres ruchomości). Porównanie wyników pomiaru wykonywanego podczas I i końcowej konsultacji.
- Dokona pomiaru dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS. Przy czym końcowy pomiar natężenia bólu nie powinien odbywać się w dniu, w którym wykonywane były zabiegi lub podawane leki przeciwzapalne czy przeciwbólowe (dolegliwości bólowe). Porównanie wyników pomiaru wykonywanego podczas I i końcowej konsultacji.
- Dokona pomiarów antropometrycznych tożsamyh jak podczas I porady rehabilitacyjnej – wysokość i masa ciała, obwód talii. Porównanie wyników pomiaru wykonywanego podczas I i końcowej konsultacji.
- Określi wskaźnik masy ciała BMI, wskaźnik WHR (stosunek talia-biodra).
W przypadku osób ze stwierdzoną podczas kwalifikacji nadwagą lub otyłością określenie liczb osób ze zmianami w tym zakresie wskazanymi w części. V.1, Ocena efektywności programu.
- Dokona analizy kwestionariusza IPAQ wypełnionego przez uczestnika. Pacjent wypełniając formularz podczas końcowej konsultacji nie powinien uwzględniać

kinezyterapii realizowanej w ramach programu. Porównanie wyników kwestionariusza wypełnionego podczas I i końcowej konsultacji (aktywność fizyczna).

- Uczestnik wypełnia ankietę satysfakcji (Załącznik C).
- Osoba przeprowadzająca końcową konsultację określi dalsze zalecenia dla pacjenta i w razie potrzeby pokieruje do kontynuowania leczenia finansowanego ze środków publicznych.

Zmiana nasilenia czynników ryzyka może świadczyć o skuteczności zastosowanej interwencji. Nasilenie czynników ryzyka będzie również stanowiło element sprawozdawczości w ramach Programu (sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu).

Uproszczony schemat programu



Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wszystkie świadczenia w ramach Programu będą realizowane zgodnie z zapisami w punkcie *Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu*.

Świadczenia udzielane w ramach Programu są dla pacjenta bezpłatne.

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

III.4 Sposób zakończenia udziału w programie

Kompletny udział w Programie polega na uczestnictwie w cyklu działań z zakresu rehabilitacji wybranych chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy.

Uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału w Programie na każdym jego etapie. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie tego na piśmie, rezygnacja zostanie dołączona do dokumentacji medycznej pacjenta.

III.5 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. (*Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS (wyd. II)*).

Program uwzględnia też przeciwwskazania określane jako tzw. czerwone i żółte flagi na podstawie *Wytycznych Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej*.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 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 beneficjentów realizujących Program (zgodnie z kryteriami określonymi niniejszym Programem),
- D. realizacja Programu (uwzględniające zapisy niniejszego Programu),
- E. ewaluacja – określenie efektywności Programu po zakończeniu jego realizacji (zgodnie z opisem w punkcie *Monitorowanie i ewaluacja*).

Opis poszczególnych etapów zawarto w pkt. III.3 Planowane interwencje oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.

IV.2 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 „Wytycznych 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.

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.

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

Warunki dotyczące personelu

Kwalifikacja pacjenta do Programu i końcowa konsultacja

Przeprowadzona zostanie przez personel spełniający wymogi określone poniżej:

zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553)

- Fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, lub Fizjoterapeuta, posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty lub Fizjoterapeuta posiadający dyplom, świadectwo, lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty lub zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 poz.265)
- Lekarz specjalista lub lekarz ze specjalizacją I stopnia lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej

Świadczenia realizowane w ramach Kroku 2. Rehabilitacja z elementami edukacji

Dla poszczególnych świadczeń personel zgodny z wymogami wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U.2021 poz.265).

Warsztaty psychoedukacyjne (spotkanie z dietetykiem i psychologiem)

- 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 żywienia człowieka lub posiadająca tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka).

Warunki lokalowe oraz wyposażenie w komórkach organizacyjnych, w których realizowany będzie Program powinny być zgodne z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;

świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych⁸. Dodatkowo beneficjent powinien dysponować pomieszczeniami, w których zostaną przeprowadzone indywidualne warsztaty psychoedukacyjne (spotkanie z dietetykiem i psychologiem).

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.

Wykonawca odpowiada za utrzymanie w miejscu udzielania świadczeń odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych. W okresie wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego (zgodnie z regulacjami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.) podczas udzielania świadczeń zaleca się wykonawcy postępowanie zgodne z „wytycznymi dla funkcjonowania gabinetów fizjoterapeutycznych w systemie rehabilitacji ambulatoryjnej w trakcie epidemii COVID-19 w Rzeczypospolitej Polskiej” oraz innymi wytycznymi w zakresie udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku z COVID-19 wydanymi lub konsultowanymi z Głównym Inspektorem Sanitarnym lub Ministrem Zdrowia. Niezależnie od powyższego wykonawcy są obowiązani przestrzegać przepisów ustawowych związanych z wykonywaniem działań podczas stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego dotyczących COVID-19 oraz aktów wykonawczych, w tym przepisów wydanych na podstawie art. 46a i art. 46b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zaleca się, aby pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, wyposażone były w co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, a także dozowniki z mydłem w płynie lub środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku i pojemnik na zużyte ręczniki. Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, powinny posiadać powierzchnie wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję. Zaleca się także, aby pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalk, wyposażone były w zlew z baterią – nie dotyczy to sytuacji, gdy stanowiska mycia rąk personelu oraz narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia są zorganizowane w oddzielnym pomieszczeniu, do którego narzędzia i sprzęt są przenoszone

⁸ Odpowiadającym świadczeniom, których wykonywanie zostanie zadeklarowane we wniosku o dofinansowanie

w szczelnych pojemnikach, oraz w przypadku gdy mycie i sterylizacja są przeprowadzane w innym podmiocie

IV.3 Dowody skuteczności planowanych działań

Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Założenia Programu zgodne są priorytetami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 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*).

Zeszytniające 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*).

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 intensywna, 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 wcześnie, 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.

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 postępowi 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 trwała do końca 2017 r. Program uzyskał opinię AOTMiT nr 30/2015 z dn. 18 lutego 2015 r. (warunkowo pozytywną).

Od roku 2018 realizowany jest „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”. Jego realizacja będzie trwać do 2023 r. Realizacja programu odbywa się również w ramach Poddziałania X.3.1 RPO WŁ poprzez projekty współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa Program uzyskał opinię AOTMiT nr 138/2017 z dnia 7 lipca 2017 r. (warunkowo pozytywną). Program cieszy się dużym zainteresowaniem wnioskodawców, jak też uczestników.

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Założenia systemu monitorowania i ewaluacji programu uwzględniają wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki

zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

System monitorowania i ewaluacji programu uwzględnia Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego jako podmiot odpowiedzialny za wdrożenie programu, jak również realizatorów – Beneficjentów realizujących poszczególne projekty (a więc działania Programu). System uwzględnia ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w programie oraz ocenę jego efektywności i ocenę trwałości efektów programu.

V.1 Monitorowanie

Monitoring będzie prowadzony na bieżąco. System monitorowania będzie oparty przede wszystkim na sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, danych raportowanych przez Beneficjentów (realizatorów projektów) w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

Na poziomie komórki w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego monitorującej program będą one analizowane i agregowane w całość. Ewentualne kwestie problemowe wynikające z danych, stwierdzane w trakcie realizacji projektów, będą powodować działania zaradcze.

Ocena zgłaszalności do Programu

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

- ✓ liczba osób, które skorzystały z I porady rehabilitacyjnej
- ✓ liczba osób, u których w czasie porady rehabilitacyjnej lub w trakcie realizacji dalszych kroków zdiagnozowano obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. czerwona flaga),
- ✓ liczba osób, u których w czasie I porady rehabilitacyjnej zdiagnozowano przeciwwskazanie do podjęcia rehabilitacji,
- ✓ liczba osób zakwalifikowanych do Programu, które przeszły do kroku nr 2
- ✓ liczba osób uczestniczących w zabiegach rehabilitacyjnych,
- ✓ liczba osób uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych,
- ✓ liczba osób objętych działaniami w ramach Programu,
- ✓ płeć osób uczestniczących w Programie,
- ✓ rodzaj schorzenia osób uczestniczących w Programie, będącego przyczyną skierowania do udziału w programie.

a także

- ✓ liczba osób, która zrezygnowała z udziału w Programie na każdym jego etapie,
- ✓ liczba osób, które nie zostały objęte działaniami Programu wraz ze wskazaniem powodów.

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. Beneficjent będzie zobowiązany do kontaktu z osobą, która omija poszczególne części Programu w celu ustalenia przyczyny i przywrócenia (w miarę możliwości) zaangażowania pacjenta.

Uwzględnione zostaną wskaźniki produktu wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO oraz krajowych wytycznych horyzontalnych⁹

- ✓ liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS – zakładana wartość co najmniej 3300 osób.
- ✓ liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie – zakładana wartość co najmniej 1650 osób.
- ✓ liczba osób wykonujących pracę siedzącą objętych wsparciem w programie – zakładana wartość co najmniej 900 osób.

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.

Ocena efektywności Programu

1. Uwzględnione zostaną mierniki efektywności określone w części II.3.

2. W odniesieniu do reedukacji masy ciała:

- liczba osób, u których podczas końcowej konsultacji stwierdzono
 - zmniejszenie indeksu masy ciała BMI lub obniżenie masy ciała.
 - zmniejszenie wartości WHR (stosunek talia-biodra).

Ponadto, mając na względzie nacisk programów współfinansowanych ze środków EFS na powiązanie interwencji w obszarze zdrowia z wpływem na aktywność zawodową, uwzględnione zostaną wskaźniki rezultatu wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów

⁹ 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.

na podstawie założeń RPO oraz krajowych wytycznych horyzontalnych, związane z aspektem aktywności zawodowej ¹⁰

- ✓ Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie zakładana wartość co najmniej co najmniej 10% uczestników (300 osób).
- ✓ Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie zakładana wartość co najmniej co najmniej 10% uczestników w wieku 50+ (150 osób).

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”.

Ocena trwałości efektów Programu

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.

¹⁰ 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.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu (realizowana przez podmiot zewnętrzny). Jej głównym celem będzie weryfikacja interwencji programu pod kątem skuteczności oraz efektywności świadczonych usług. Ewaluacja zostanie sfinansowana z innych środków niż realizacja programu (środki Pomocy Technicznej RPO WŁ 2014-2020).

Uwzględniać będzie porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, w tym *analizę zachorowalności i umieralności na choroby kręgosłupa i grzbietu w woj. łódzkim na zakończenie programu w porównaniu z wskaźnikami sprzed wdrożenia programu.*

Ewaluacja powinna również, w miarę możliwości, dostarczać informacji na temat wpływu programu na stan zdrowia osób objętych wsparciem i zmiany w ich zachowaniach zdrowotnych oraz świadomości zdrowotnej.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

VI. 1 Koszty jednostkowe

Krok 1.– I porada rehabilitacyjna

Koszt świadczeń w ramach Kroku 1.: 485 100,00 zł

Koszty obejmują:

Stawka obejmująca wynagrodzenia dla osoby prowadzącej kwalifikacje zgodnie z opisem zakresu badania w kroku 1:

- Maks. 140 zł (wizyta ok 60 min)
- Liczba jednostek – 3465 osób (przy założeniu, że maks. 5% tj. 165 osób nie zostanie zakwalifikowane do dalszej części Programu)

RAZEM: 140 zł x 3465 osób = 485 100,00 zł.

Krok 2. Rehabilitacja z elementami edukacji

Łączny koszt świadczeń w ramach kroku 2: 2 769 690,00 zł.

1. Koszty zabiegów rehabilitacyjnych

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.

35 zł

ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	13	zł
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	10	zł
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut	10	zł
ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut	10	zł
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	10,50	zł
wyciągi	10	zł
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	10	zł

masaż

masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	25	zł
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	22,50	zł
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	13,03	zł
masaż podwodny miejscowy	14,30	zł
masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	15	zł

elektrolecznictwo

galwanizacja	7	zł
jonoforeza	7,50	zł
kąpiel czterokomorowa	13,18	zł
elektrostymulacja	9,47	zł
tonoliza	7,85	zł
prądy diadynamiczne	7	zł
prądy interferencyjne	7	zł
prądy TENS	7,50	zł
prądy TRAEBERTA	7,50	zł
prądy KOTZA	7,50	zł
ultradźwięki miejscowe	8	zł
ultrafonoforeza	9	zł

leczenie polem elektromagnetycznym

impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	8	zł
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	8	zł
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	7	zł

światłolecznictwo i termoterapia

naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	6	zł
laseroterapia - skaner	6,91	zł
laseroterapia punktowa	8,50	zł

hydroterapia

kąpiel wirowa kończyn	15	zł
-----------------------	----	----

krioterapia

- Powyżej przedstawiono średnie ceny jednostkowe wybranych zabiegów. Przedstawione kwoty będą jednocześnie stawkami jednostkowymi oszacowanymi w trakcie opracowania programu i powinny być stosowane w projektach.
- Na podstawie uzyskanych danych oszacowano średnią z cen zabiegów fizjoterapeutycznych najczęściej stosowanych u pacjentów (do średniej wzięto ceny zabiegów z zakresu kinezyterapii, masażu) – tj. 15,26 zł
- Pomnożono tak oszacowaną średnią przez liczbę zabiegów dziennie przypadająca na jednego uczestnika. Program zakłada, że wykonywane może być maks. 5 zabiegów dziennie (większa liczba może być często utrudnieniem dla pacjenta).
Następnie pomnożono przez liczbę dni jaką określono dla cyklu – 10 dni zabiegowych, w wyjątkowych sytuacjach do 15 dni zabiegowych.
- Średni koszt cyklu rehabilitacyjnego wynosi:
 - W przypadku 10 dni zabiegowych, maks. **50 zabiegów – 763,00 zł**;
 - W przypadku 15 dni zabiegowych, maks. **75 zabiegów – 1 144,50zł**.
- W Programie zakłada się, że dla 80% pacjentów wystarczający będzie cykl 10 dni zabiegowych, zaś 20% pacjentów będzie wymagać 15 dni zabiegowych.
- W związku z powyższym koszty zabiegów będą wynosić:
 - Dla 80% pacjentów – 763,00 zł x 2640 osób = **2 014 320,00 zł**
 - Dla 20% pacjentów – 1 144,50 zł x 660 osób = **755 370,00 zł**Łączne koszty zabiegów to **2 769 690,00 zł**.

Krok 3. Warsztaty psychoedukacyjne

Łączny koszt świadczeń w ramach kroku 3: 660 000 zł

1. Koszt warsztatu psychoedukacyjne z udziałem dietetyka
 - Stawka jednostkowa obejmująca wynagrodzenie dla dietetyka – maks. 100 zł / spotkanie
 - Liczba jednostek – 3300 osób
RAZEM: 100 zł x 3300 osób = 330 000 zł
2. Koszt warsztatu psychoedukacyjnego z udziałem psychologa -
 - Stawka jednostkowa obejmująca wynagrodzenie dla psychologa – maks. 100 zł / spotkanie
 - Liczba jednostek – 3300 osób
RAZEM: 100 zł x 3300 osób = 330 000 zł

Krok 4. II porada rehabilitacyjna (końcowa konsultacja).

Łączny koszt świadczeń w ramach kroku 4: 462 000,00 zł

Stawka obejmująca wynagrodzenia dla osoby prowadzącej końcową konsultację zgodnie z opisem zakresu badania w kroku 4;

- Maks. 140 zł (wizyta ok 60 min)
- Liczba jednostek – 3300 osób
- RAZEM: 140 zł x 3300 osób = 462 000,00 zł

Alternatywne formy realizacji świadczeń w sytuacji pandemii

W sytuacji pandemii lub epidemii, w szczególności COVID-19, skutkującej istotnym ryzykiem zarażenia, lękami i obawami uczestników, personelu realizującego świadczenia, obostrzeń i ograniczeń wprowadzanych przepisami prawa krajowego, zastrzega się **możliwość wyrażenia zgody dla realizatorów projektów na finansowanie świadczeń realizowanych w alternatywnych formach – z wykorzystaniem Internetu, technologii informacyjno-komunikacyjnych**. Dopuszcza się taką możliwość wyłącznie pod warunkiem, że zapewnią one taką samą lub zbliżoną skuteczność medyczną. Porady rehabilitacyjne (krok 1, krok 4) z uwagi na konieczność dokonania pomiarów antropometrycznych oraz przeprowadzenia badania przedmiotowego, nie mogą być realizowane zdalnie.

Podmioty realizujące program powinny mieć na uwadze, że zastosowanie rozwiązań teleinformatycznych może wiązać się z koniecznością przeprowadzenia działań uzupełniających, takich jak przeszkolenie personelu medycznego i uczestników programu w zakresie obsługi narzędzi teleinformatycznych czy zapewnienia dostępu do odpowiednich urządzeń. Powyższe wydatki nie będą mogły być ponoszone w ramach kosztów bezpośrednich projektów. Działania wymagają dwukierunkowego przesyłu odpowiedniej jakości dźwięku i obrazu w czasie rzeczywistym, co może stanowić barierę i ograniczyć dostępność.

Poza wskazanymi powyżej, Krajowe wytyczne horyzontalne¹¹ pozwalają również na finansowanie **innych kategorii kosztów, które będą dopuszczalne do uwzględnienia w związku z realizacją niniejszego Programu:**

1. **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 szczególnie mieszkańców obszarów wiejskich i słabo zaludnionych. Obejmuje również refundację kosztów dojazdu i ewentualny transport specjalistyczny – **53 460 zł**

Na potrzeby założeń Programu przyjęto następujące założenia:

- Zapewnienie dojazdu będzie finansowane zainteresowanym osobom, które zakwalifikują się do udziału w Programie.

¹¹ „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”

- Zgodnie z doświadczeniami realizacji projektów, w tym dotyczącymi niewielkiego zainteresowania tą formą wsparcia, przewiduje się finansowanie dojazdu dla maks. 3% uczestników.
- Finansowany przejazd dotyczy możliwości dojazdu na konsultacje, zabiegi rehabilitacyjne, warsztaty psychodukacyjne.
- Średni koszt dojazdu w jedną stronę skalkulowano na 15 zł.

2. Zapewnienie opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia. Na potrzeby założeń – **59 400 zł**

Na potrzeby założeń Programu przyjęto następujące założenia:

- Zapewnienie opieki u będzie finansowane zainteresowanym osobom, które zakwalifikują się do udziału w Programie.
- Zgodnie z doświadczeniami realizacji projektów, w tym dotyczącymi niewielkiego zainteresowania tą formą wsparcia, przewiduje się finansowanie opieki dla maks. 1% uczestników.
- Średni koszt opieki skalkulowano na 20 zł / godzina.

Koszty związane z zapewnieniem dojazdu i opieki mogą być finansowane **wyłącznie w przypadku występowania** barier uczestnictwa – kosztowych związanych z dojazdem oraz związanych z absorbowaniem opieką nad osobą niesamodzielną, zależną i kosztowych związanych z finansowaniem takiej opieki. Takie bariery w grupie docelowej muszą zostać zdiagnozowane na etapie przygotowania wniosku o dofinansowanie i wskazane w nim.

3. Wydatki dotyczące finansowania środków trwałych oraz innego wyposażenia bezpośrednio powiązanego 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 – **250 350,00 zł.**

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 początkowej wyższej niż 10.000 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.

Na potrzeby programu w oparciu o dotychczasowe doświadczenia przyjęto średnie wykorzystanie środków w ww. kategorii w projektach na poziomie ok. 5%.

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. Bariery te mogą dotyczyć wyposażenia podmiotów leczniczych.

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.

4. Koszty pośrednie – 1 060 000 zł.

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 w wysokości 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 zróżnicowaną wartość budżetów projektów i dotychczasowe doświadczenia zakłada się, że średni poziom wykorzystania kosztów pośrednich na poziomie programu wyniesie 22,5% kosztów bezpośrednich.

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 zróżnicowanie w podejściu wnioskodawców. W związku z powyższym przedstawione kwoty są kwotami orientacyjnymi.

VI.2 Koszty całkowite i źródła finansowania

Program realizowany będzie w latach 2021-2023.

Alokacja przewidziana na realizację Programu wynosi **5 800 000 zł** (w tym dofinansowanie UE: **4 930 000 zł**, dofinansowanie budżetu państwa: **348 000 zł**, wkład własny realizatorów projektów: **522 000 zł**).

Koszty działań objętych ścieżką Programu wynoszą: 4 376 790 zł (75,46%). Pozostałe koszty (zapewnienie dojazdów, opieki, wydatki dotyczące środków trwałych i wyposażenia oraz cross-financing i koszty pośrednie): 1 423 210,00 zł (24,54%).

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 IV kwartał 2018 roku, Główny Urząd Statystyczny, 2019 rok, str. 192.
- 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., Grasdahl, 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 2018 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 2018, Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi 2019 dostęp z dnia 16.06.2020 r. http://www.pomoc.lodzkie.eu/data/other/informator_statystyczny_2018.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, dostęp z dnia 16.062020 r. www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_lodzkie.pdf
- 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 Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) https://www.cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf
- 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 Jauhiainen, Heikki Hurri, Bart W Koes 2009 Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3. Art. No.: CD001984.
- 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.
- Rekomendacja nr 4/2020z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa
https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/4_2020.pdf
- Standardy Orzecznictwa Lekarskiego ZUS (2013). Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa
- 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 Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej. Uchwała nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.
<https://kif.info.pl/file/2018/04/Zalacznik-do-Uchwaly-nr-142.pdf>
- 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>
- Zheloukhova, K., Bevan, S., Reich, A. (2011). Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce.

ZAŁĄCZNIKI:

A – Karta pacjenta nr 1

B - Przykładowa ankieta dla pacjenta – do modyfikacji i/lub rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program

C – Karta pacjenta nr 2

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

KARTA PACJENTA NR 1

Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy

Imię i nazwisko:.....

PESEL lub data urodzenia:

Nr telefonu:

1. Wywiad i badanie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Wyniki testów zgodnych z ICF i diagnostyką funkcjonalną dotyczących zaburzeń funkcjonalnych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2. BMI kg/m²
- 3. WHR

4. Dolegliwości bólowe wg skali VAS

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

5. Aktywność fizyczna (na podstawie arkusza IPAQ)

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

5. Pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie:

TAK

NIE

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

.....
.....

Zabiegi zlecone w ramach Programu

1.

.....
.....

2.

.....
.....

3.

.....
.....

4.

.....
.....

5.

.....
.....

Czerwone lub żółte flagi:

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

Dodatkowe informacje:

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

.....
data

.....
podpis osoby kwalifikującej do programu

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 zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy, 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 poleciłaby Pani/poleciłby 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 grzbietu i kręgosłupa?**

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

7. **Czy uważa Pani/Pan, że zdrowe odżywianie może zapobiegać niektórym czynnikom ryzyka chorób grzbietu i kręgosłupa ?**

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 chorób grzbietu i kręgosłupa (w porównaniu do stanu przed rehabilitacją) są:**

zdecydowanie większe
raczej większe
takie same
raczej mniejsze
zdecydowanie mniejsze

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:

Wyniki testów zgodnych z ICF i diagnostyką funkcjonalną dotyczących zaburzeń funkcjonalnych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BMI kg/m²
WHR

Dolegliwości bólowe wg skali VAS

.....

.....

.....

.....

Aktywność fizyczna (na podstawie arkusza IPAQ)

.....

.....

.....

Zalecenia:

.....

.....

.....

.....

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

.....
data badania

.....
podpis osoby przeprowadzającej końcową konsultację

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 w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy**” nie korzystam, jak również w trakcie uczestnictwa w ww. projekcie nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych w ciągu ostatnich 6 miesięcy, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ)
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”.
- budżetu samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej.

Nie uczestniczyłem, nie uczestniczę w projekcie współfinansowanym Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa realizowanych na terenie makroregionu centralnego tj.

- „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie łódzkim i mazowieckim – beneficjent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów.
- „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” – beneficjent: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. Med. Eleonory Reicher.

.....
miejsowość, data

.....
podpis uczestnika Programu