



Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej

Program na lata 2018 - 2021 z perspektywą kontynuacji

Kraków, 2017 r.

Samorząd Województwa Małopolskiego

Spis treści

| | |
|--|-----------|
| I. Strona tytułowa | 3 |
| II. Opis problemu zdrowotnego | 4 |
| a. Problem zdrowotny | 4 |
| b. Epidemiologia | 6 |
| c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu | 7 |
| d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych..... | 8 |
| e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu | 9 |
| III. Cele programu | 10 |
| a. Cel główny..... | 10 |
| b. Cele szczegółowe | 10 |
| c. Oczekiwane efekty..... | 11 |
| d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu | 11 |
| IV. Adresaci programu (populacja programu) | 11 |
| a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe..... | 11 |
| b. Tryb zapraszania do programu | 12 |
| V. Organizacja programu | 12 |
| a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne | 12 |
| b. Planowane interwencje..... | 15 |
| c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników | 16 |
| d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu | 17 |
| e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych..... | 17 |
| f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania..... | 17 |
| g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji..... | 18 |
| h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu | 18 |
| i. Dowody skuteczności planowanych działań | 18 |
| VI. Koszty | 23 |
| a. Koszty jednostkowe | 23 |
| b. Planowane koszty całkowite | 23 |
| c. Źródła finansowania..... | 23 |
| d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne..... | 24 |
| VII. Monitorowanie i ewaluacja | 25 |
| a. Zasady dotyczące monitorowania i ewaluacji w projekcie..... | 25 |
| b. Ocena stopnia zgłaszalności do programu | 25 |
| c. Ocena jakości świadczeń w programie..... | 25 |
| d. Ocena efektywności programu | 26 |
| e. Ocena trwałości efektów programu | 26 |
| VIII. Okres realizacji programu | 26 |
| PIŚMIENNICTWO | 27 |
| ANEKS | 29 |

I. Strona tytułowa

Nazwa programu

Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej

Okres realizacji programu

2018 - 2021 z perspektywą kontynuacji

Podstawa prawna realizacji programu

Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 - 2020

Autorzy programu

dr n. med. Krzysztof Czernicki
konsultant wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji medycznej

Oddział Rehabilitacji z Pododdziałami:
Rehabilitacji Diennej i Rehabilitacji Neurologicznej
Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii
Al. Modrzewiowa 22
30-224 Kraków

dr hab. Prof. nadzw. Marek Pieniążek
konsultant wojewódzki w dziedzinie fizjoterapii

Zakład Kinezyterapii Katedra Fizjoterapii
Akademia Wychowania Fizycznego
im. Bronisława Czecha w Krakowie
Al. Jana Pawła II 78
31-571 Kraków

Kraków, 2017 r.

Samorząd Województwa Małopolskiego

II. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest najczęstszą chorobą stawów i najczęstszą przyczyną inwalidztwa. Choroba przebiega powoli, a jej nieodłączne cechy stanowią: ból, niesprawność i obniżona jakość życia. Szacuje się, że choroba zwyrodnieniowa stawów dotyczy 60% mężczyzn i 70% kobiet w wieku 65 lat.

Choroba zwyrodnieniowa stawów, zwana także artrozą (*osteoarthritis*), oznacza przedwczesne zużycie chrząstki stawowej i fragmentów kości, a wtórnie także elementów okołostawowych (ścięgien, więzadeł), co prowadzi do powstawania nieprawidłowości anatomicznych stawu oraz do zaburzenia jego prawidłowej czynności. W wyniku procesu zwyrodnieniowego chrząstka stawowa traci sprężystość i gładkość powierzchni, zaś podchrzęstna warstwa kości ulega sklerotyzacji, a na jej brzegach powstają wyrośla kostne, tzw. osteofity. ^{i, ii}

Do czynników predysponujących do powstawania zmian zwyrodnieniowych układu ruchu zaliczamy: wiek, płeć (częściej pojawia się u kobiet), czynniki etniczne i genetyczne, nieprawidłową mechanikę stawu (wrodzoną lub nabytą), otyłość, silne urazy lub sumujące się mikrourazy, przebyte zapalenia stawu, zaburzenia czucia i trofiki stawu oraz zmiany statyczne i dynamiczne układu ruchu. ⁱⁱⁱ

Zmiana trybu życia na siedzący powiązana jest ze zwiększeniem częstości występowania choroby zwyrodnieniowej stawów, obejmującej najczęściej stawy kolanowe, biodrowe oraz kręgosłup szyjny i lędźwiowy. Ból w kręgosłupie lędźwiowym to najczęstsza z dolegliwości związanych z zaburzeniami struktury i funkcji narządu ruchu. Około 80% populacji w wieku powyżej 40 lat doświadczyło co najmniej jednego poważnego epizodu bólowego dolnego odcinka kręgosłupa, a w ostatnich latach zauważono wzrost tych dolegliwości u osób po 30 r. ż., a także u dzieci. Aż w 80 - 90% przypadków ostrych bólów kręgosłupa rokowania są dobre i polepszenie stanu zdrowia następuje w przeciągu miesiąca, natomiast u 10 - 20% chorych ostry stan rozwija się w przewlekły, który utrzymuje się powyżej trzech miesięcy. ^{iv}

Jedynie u 10% osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa udaje się ustalić bezpośrednią przyczynę dolegliwości. W pozostałym odsetku jest to ból określany jako niespecyficzny, który występuje najczęściej u pacjentów w wieku 20 – 55 lat, dotyczy odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, pośladków i ud, ma charakter mechaniczny, zmienny w czasie, uzależniony od mechanicznej aktywności; stan ogólny pacjenta określa się jako dobry. Ból krzyża stanowi jedną z częstszych przyczyn wizyt w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Częstość występowania dolegliwości wzrasta z wiekiem – zgodnie z piśmiennictwem może wystąpić u 49%

ⁱ Istrati J: Choroba zwyrodnieniowa stawów - leczenie. *Medycyna Praktyczna* 2012. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/75358,choroba-zwyrodnieniowa-stawow-leczenie>.

ⁱⁱ Sarzi-Puttini P, Cimmino MA, Scarpa R: Osteoarthritis: an overview of the disease and its treatment strategies. *Semin Arthritis Rheum*, 2005, 35: 1–10.

ⁱⁱⁱ Badurski E, Jeziernicka EZ, Nowak NA i wsp.: Genetyczne i nabyte czynniki predysponujące do choroby zwyrodnieniowej stawów lub osteoporozy. *Post N Med* 2012, 25(3): 201-205.

^{iv} Borenstein DG: Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol*, 2000, 12: 143-149.

osób powyżej 65 roku życia. Bóle krzyża częściej stwierdza się u kobiet (70 przypadków na 1000) niż u mężczyzn (57 przypadków na 1000).^v

Wytrzymałość osiowa kręgosłupa lędźwiowego to około 400 kg i jest ona odwrotnie proporcjonalna do czasu trwania obciążenia - długotrwały nacisk powoduje zwiększenie sztywności tkanek i zmniejsza ich odporność. Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa przybrało takie rozmiary, że stało się dla współczesnego człowieka jedną z głównych przyczyn utraty zdolności do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz wykonywania pracy zawodowej, istotnie wpływając tym samym na jakość życia. Zespoły bólowe kręgosłupa mają związek z rodzajem wykonywanej pracy. Podstawowymi czynnikami ryzyka są: ciężka praca fizyczna, długotrwała wymuszona pozycja, niedostosowanie ergonomiczne stanowiska pracy, powtarzane ruchy zgięcia i rotacji, nadmierny długotrwały ucisk na ograniczone odcinki kręgow, podnoszenie ciężarów, długotrwała pozycja siedząca i przewlekły stres, który zwiększa napięcie mięśni, jak również otyłość, wysoki wzrost, wiek 40 – 59 lat, osłabienie mięśni brzucha i pasa miednicznego, urazy narządu ruchu, skoliozy oraz wady rozwojowe. Dolegliwości bólowe kręgosłupa mają również komponentę psychogenną, podstawowe czynniki to: strach przed bólem, niepokój, rozdrażnienie, niecierpliwość, fizjologiczne reakcje na stres w pracy i rodzinie, fizjologiczne reakcje na ból. Objawy psychologiczne są często określane jako objawy ostrzegawcze.^{vi}

Epizodu bólowego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa przynajmniej raz w życiu doświadcza 60 - 85% osób. Istotą choroby jest stopniowe, wieloetapowe zużywanie i ścieranie się elementów kręgosłupa wskutek oddziaływania na nie przeciążeń przewyższających ich wytrzymałość w warunkach obniżonej zdolności adaptacyjnej. Dolegliwości te dotyczą zarówno kobiet jak i mężczyzn, a ich leczenie jest niejednokrotnie długotrwałe i bardzo kosztowne.^{vii}

Ból może się ograniczać do kręgosłupa lędźwiowego lub promieniować do kończyn dolnych. Często towarzyszą mu drętwienia kończyn, osłabienie siły mięśniowej, bolesne skurcze mięśni, zaburzenia funkcji pęcherza moczowego, zaburzenia jelitowe, zaburzenia snu, problemy psychologiczne, społeczne i zawodowe. Zasadniczy komponent bólu ma charakter neuropatyczny z występowaniem alodynii (nieprzyjemnych doznań, np. uczucia bólu, pieczenia, parzenia, na skutek oddziaływania bodźca, który u zdrowych ludzi nie wywołuje bólu), hiperalgezji (przeuczulicy) oraz dyzestezji (zaburzenia normalnego czucia). Z czasem postępuje niesprawność chorego, pogorszenie jakości życia i codziennego funkcjonowania. Około 3 - 4% przypadków dolegliwości bólowych kręgosłupa wymaga leczenia operacyjnego. Dane z piśmiennictwa wskazują jednak, że w ciągu 5 lat około 10 – 30% operowanych pacjentów przechodzi reoperację. Każdy nieskuteczny zabieg zmniejsza jednak szanse na poprawę stanu chorego. Powtórne zabiegi operacyjne są skuteczne tylko w 30 – 35% przypadków. Pogorszenie, głównie z powodu zwłóknienia przestrzeni zewnątrzoponowej, obserwuje się u 20 – 25% pacjentów.^{viii}

Według dostępnych danych częstość występowania poszczególnych zespołów bólowych układu ruchu jest różna w zależności od przyczyny ich powstania. Najczęściej i najpowszechniej u osób

^v Dutchey B: *Update on 2004 Background Paper. Background Paper 6.24 Low back pain. WHO 2013. Dostęp internetowy: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_24LBP.pdf.*

^{vi} Dziak A.: *Biomechanika kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. W.: Dziak A. (red.): Bóle krzyża. PZWL Warszawa 1982, s. 43 – 68.*

^{vii} Krismmer M, van Tulder M: *The Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategy for Europe Project: Low Back Pain (non-specific). Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 2007, 21: 77– 91.*

^{viii} Istrati J: *Zespół bólowy po nieskutecznych operacjach kręgosłupa. Medycyna Praktyczna 2015. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/131911,zespol-bolowy-po-nieskutecznych-operacjach-kregoslupa>.*

dorosłych występują: ból krzyża (30 – 40%), ból w obrębie obręczy barkowej (15 – 20%), ból kolan, zespół stawu skroniowo-żuchwowego, rozlany ból mięśniowo – szkieletowy (10 – 15%). Ból spowodowany chorobą zwyrodnieniową stawów dotyczy ok. 60% mężczyzn i 70% kobiet w wieku 65 lat, a z wiekiem jego częstość się zwiększa. Dolegliwości bólowe będące wynikiem reumatoidalnego zapalenia stawów lub fibromialgii występują odpowiednio u 0,5 – 1,5% i 2 – 10% populacji. ^{ix}

Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego dotyka ponad 10% osób po 55 roku życia i ponad 30% osób po 65 roku życia. Częstość występowania choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego w krajach Europy Zachodniej szacuje się na 3 – 11% u osób powyżej 35 roku życia. U 20% chorych pierwotne zmiany zwyrodnieniowe występują obustronnie. Wtórne zmiany zwyrodnieniowe rozwijają się między innymi w przypadkach wrodzonej dysplazji stawu biodrowego, po przebytym zapaleniu stawu, martwicy jałowej głowy kości udowej, po urazie. Często lokalizacją zmian zwyrodnieniowych są również stawy rąk, stwierdzane radiologicznie u większości osób po 55 roku życia, w 20% manifestujące się klinicznie. Rzadziej zmiany zwyrodnieniowe występują w innych dużych stawach - ramiennych, łokciowych i skokowych. ^x

b. Epidemiologia

Częstość występowania poszczególnych zespołów bólowych narządu ruchu jest różna w zależności od przyczyny ich powstania. Najczęściej i najpowszechniej u osób dorosłych występują: ból krzyża (30 – 40%), ból w obrębie obręczy barkowej (15 – 20%), ból stawów kolanowych, zespół stawu skroniowo-żuchwowego, rozlany ból mięśniowo – szkieletowy (10 – 15%). ^{xi}

Według danych WHO ocena częstości występowania bólu kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego jest trudna, lecz w okresie całego życia osobniczego można ją szacować na 60 - 70% w krajach uprzemysłowionych. Roczna zapadalność u dorosłych szacowana jest na 5%. Chorobowość, szacowana na 15-45%, osiąga wartość szczytową w przedziale wiekowym 35 - 55 lat. ^{xii}

W Polsce żyje 13,6 mln osób biernych zawodowo w wieku 15 lat i więcej, z czego 44% (5,9 mln) jest w wieku produkcyjnym i potencjalnie mogłoby zasilić rynek pracy. Co czwarta osoba w wieku produkcyjnym jest bierna zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności.

Według danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych, szacowanych na dzień 31.12.2014 r., zapadalność na choroby kręgosłupa w Polsce wynosi 1594,6 tys. na 100 tys. ludności, chorobowość zaś 12814,5 tys. na 100 tys. ludności i stanowi to najwyższą wartość spośród chorób układu kostno-mięśniowego. Następną w kolejności grupą chorób są choroby stawów (zapadalność 1538,0; chorobowość 12299,8) oraz niezapalne choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapadalność 1206,6; chorobowość 8217,3). W województwie małopolskim zapadalność na choroby kręgosłupa wyniosła 1436,51 tys. na 100 tys. ludności, chorobowość 11703,41 tys. na 100 tys. ludności. Zapadalność na choroby stawów wyniosła 1427,96; chorobowość 11766,1.

^{ix} Kocot-Kępska M: *Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie. Medycyna Praktyczna 2015. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologia-patofizjologia-leczenie>.*

^x Istrati J: *Choroba zwyrodnieniowa stawów - leczenie. Medycyna Praktyczna 2012. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/75358,choroba-zwyrodnieniowa-stawow-leczenie>.*

^{xi} *Ibidem*

^{xii} Dutchey B: *Update on 2004 Background Paper. Background Paper 6.24 Low back pain. WHO 2013. Dostęp internetowy: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_24LBP.pdf.*

W przypadku niezapalnych chorób powięzi, ścięgien i tkanek miękkich wskaźniki te wyniosły odpowiednio 1065,48 oraz 7305,59. Są to wartości nieco niższe niż dla całego kraju. ^{xiii}

Wśród przyczyn absencji chorobowej zarejestrowanych przez ZUS w 2015 roku na podstawie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, w Polsce choroby układu kostnow stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowiły 14,7% ogółu absencji i były drugą w kolejności, po ciąży, porodzie i połogu, przyczyną tejże absencji. W województwie małopolskim odsetek ten wynosił 15,9%. 33% liczby dni absencji chorobowej spowodowanej tymi chorobami dotyczyła ubezpieczonych w wieku 50 - 59 lat. ^{xiv}

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Liczba ludności ogółem w Małopolsce zgodnie ze stanem na dzień 31 grudnia 2015 r. wyniosła 3 372 618 (1 636 707 M i 1 735 911 K), z czego osób w wieku produkcyjnym było 2 106 080 (1 106 388 M i 999 692 K), co stanowiło 62,4 % populacji województwa. ^{xv}

Liczba zarejestrowanych bezrobotnych wyniosła 94,7 tys., a stopa bezrobocia kształtuje się na poziomie 6,6%. ^{xvi}

W 2013 roku w województwie małopolskim wśród osób od 19 r. ż. zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu odnotowano 199 724 przypadki chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Można więc w przybliżeniu oszacować, że 10% populacji Małopolski w wieku produkcyjnym dotknięta jest chorobą układu mięśniowo-szkieletowego. ^{xvii}

Szacuje się, że środki alokowane w ramach niniejszego programu pozwolą objąć wsparciem rehabilitacyjnym łącznie około 1800 osób.

^{xiii} Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa małopolskiego. Źródło internetowe: http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/01_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_malopolskie.pdf.

^{xiv} Karczewicz E, Sikora A: Absencja chorobowa w 2015 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2016.

^{xv} Źródło danych: Bank Danych Lokalnych. Dostęp internetowy: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL>

^{xvi} Niemiec E, Gubernat A: Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie małopolskim w 2015 r. Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2016. Dostęp internetowy: http://krakow.stat.gov.pl/download/gfx/krakow/pl/defaultaktualnosci/756/1/9/1/2016_ludnosc_2015.pdf.

^{xvii} Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej: Wojewódzki program dotyczący wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych w Województwie Małopolskim na lata 2014 - 2020. Załącznik do uchwały nr 395/14 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 15 kwietnia 2014 roku. Źródło internetowe: <http://docplayer.pl/6090577-Zalacznik-do-uchwaly-nr-395-14-zarzadu-wojewodztwa-malopolskiego-z-dnia-15-kwietnia-2014-roku.html>.

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

Podstawowymi środkami leczenia nefarmakologicznego chorych z uszkodzeniami narządu ruchu są zabiegi z zakresu rehabilitacji leczniczej obejmujące ćwiczenia ruchowe w postaci gimnastyki leczniczej (kinezyterapia) i terapii zajęciowej oraz psychoterapia. Środkami pomocniczymi są natomiast zabiegi fizykoterapeutyczne oraz zaopatrzenie ortopedyczne.

Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych

Leczenie rehabilitacyjne finansowane ze środków publicznych podlega regulacji przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r., poz. 1522). Rehabilitacja lecznicza obejmuje świadczenia gwarantowane udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej realizowane w warunkach m. in. lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej, ośrodka lub oddziału dziennego rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz w warunkach stacjonarnych oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Prewencja rentowa ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje zadania w zakresie prewencji rentowej, w tym dotyczące rehabilitacji leczniczej, na podstawie art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 121 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. Nr 131, poz. 1457).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej od roku 1996. Rehabilitacja prowadzona jest w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS i polega na kompleksowym oddziaływaniu procedurami diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnymi i psychologicznymi, połączonym z edukacją zdrowotną.

Celem rehabilitacji w ramach prewencji rentowej jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. Priorytetem programu jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, co pozwala uzyskać lepsze efekty leczenia.

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS skierowany jest do osób:

- ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy
- uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego
- pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program będzie obejmował kompleksowe i zespołowe działania na rzecz osób, u których stwierdzono dysfunkcję narządu ruchu utrudniającą wykonywanie pracy zawodowej. Celem podejmowanych działań będzie przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnej możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej a także zdolności do pracy. Program umożliwi holistyczne podejście do problemu zdrowotnego pacjenta, oferując skoncentrowane w jednym miejscu, intensywne i systematyczne działania diagnostyczne, terapeutyczne i edukacyjne.

W 2016 roku (stan na grudzień) średni czas oczekiwania na świadczenia lekarskie w województwie małopolskim wynosił:

- ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna - przypadek stabilny 18 dni, pilny 2 dni
- fizjoterapia ambulatoryjna - przypadek stabilny 164 dni, pilny 47 dni
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym – przypadek stabilny 229 dni, pilny 53 dni. ^{xviii}

Powyższe dane wskazują na dobrą dostępność porady lekarskiej, która jednakże jest dopiero warunkiem wstępnym podjęcia leczenia usprawniającego w postaci fizjoterapii ambulatoryjnej lub rehabilitacji w warunkach oddziału dziennego. Dostępność samego leczenia jest już jednak znacznie mniejsza.

Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych zapewni możliwość jak najszybszego rozpoczęcia usprawnienia pacjentów w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

W Polsce żyje 13,6 mln osób biernych zawodowo w wieku 15 lat i więcej, z czego aż 44% (5,9 mln) jest w wieku produkcyjnym i potencjalnie mogłoby zasilić rynek pracy. Co czwarta osoba w wieku produkcyjnym jest bierna zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności. Część z nich nie musiałaby opuścić rynku pracy, jeśli podjęto by skuteczne działania profilaktyczne. ^{xix}

W 2013 roku w województwie małopolskim na 877 326 osób od 19 r. ż. zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu, odnotowano aż 199 724 przypadków chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, co stanowi 22,8% przypadków chorobowych. ^{xx}

Wśród przyczyn absencji chorobowej zarejestrowanych przez ZUS w 2015 roku na podstawie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, w Polsce choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowiły 14,7% ogółu absencji i były jednymi z najczęściej występujących chorób powodujących absencję. W 2015 roku ZUS zarejestrował

^{xviii} Narodowy Fundusz Zdrowia, Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie: Dane dotyczące zabezpieczenia świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2015 i 2016.

^{xix} Pracownia Badań i Doradztwa "Re-Source" Korczyński Sarapata sp.j.: Przewlekłe choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy – analiza przyczyn oraz działania prewencyjne. Analiza. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2015.

^{xx} Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej: Wojewódzki program dotyczący wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych w Województwie Małopolskim na lata 2014 - 2020. Załącznik do uchwały nr 395/14 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 15 kwietnia 2014 roku. Źródło internetowe: [http:// docplayer.pl/6090577-Zalacznik-do-uchwaly-nr-395-14-zarzadu-wojewodztwa-malopolskiego-z-dnia-15-kwietnia-2014-roku.html](http://docplayer.pl/6090577-Zalacznik-do-uchwaly-nr-395-14-zarzadu-wojewodztwa-malopolskiego-z-dnia-15-kwietnia-2014-roku.html).

2 407,6 tys. zwolnień lekarskich z powodu tych chorób, które przełożyły się na 33 372,5 tys. dni absencji chorobowej. Przeciętna długość orzeczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy wynosiła 13,86 dni. W wymienionej kategorii chorób największa absencja chorobowa występowała w grupie wiekowej 50 - 59 lat, następnie w grupie 40 - 49 lat. ^{xxi}

W województwie małopolskim w 2015 roku z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wystawiono orzeczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy obejmujące 2800,7 tys. dni absencji chorobowej, co stanowiło 15,9% ogólnej liczby orzeczeń w województwie. Należy zaznaczyć, że do wymienionej grupy chorób kwalifikują się różne choroby, a nie tylko zespoły bólowe kręgosłupa zaliczane do chorób narządu ruchu bezpośrednio związanych z pracą. ^{xxii}

Statystycznie na każdą osobę w wieku 50 - 59 lat przypadają dwie choroby przewlekłe. W przedziale wiekowym 60 - 69 lat ta liczba wzrasta do 2,8. Należy zauważyć, że postępy choroby, nasilanie się objawów oraz ogólne pogarszanie stanu zdrowia będą sprzyjały wykluczeniu z rynku pracy. Z tego względu niezwykle ważnym elementem polityki na rzecz zwiększania wskaźników zatrudnienia w Polsce powinno być dążenie do rozpoznawania chorób przewlekłych w ich wczesnym stadium oraz poprawa dostępności do ich skutecznego leczenia.

Doświadczenia europejskie jednoznacznie pokazują, że inwestycja w zdrowie osób pracujących przynosi szybki i znaczący zwrot, mierzony np. redukcją absencji chorobowej. ^{xxiii}

III. Cele programu

a. Cel główny

Przywrócenie uczestnikom programu, tj. osobom z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej, pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej poprzez wdrożenie kompleksowego programu profilaktyki i rehabilitacji na terenie województwa małopolskiego w latach 2018 - 2021.

b. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie liczby osób w wieku aktywności zawodowej z określonymi dysfunkcjami narządu ruchu, którym udzielone zostaną określone świadczenia rehabilitacyjne
2. Zwiększenie wiedzy osób w wieku aktywności zawodowej z określonymi dysfunkcjami narządu ruchu na temat profilaktyki chorób narządu ruchu

^{xxi} Karczewicz E, Sikora A: *Absencja chorobowa w 2015 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, Warszawa 2016.*

^{xxii} *Ibidem*

^{xxiii} Samoliński B, Raciborski F, Gołąb J: *Raport Konstruktywni. Zdrowie, aktywność i zdolność do pracy. Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2015.*

c. Oczekiwane efekty

- aktywizacja zawodowa osób dotkniętych dysfunkcjami układu ruchu (utrzymanie lub podjęcie zatrudnienia przez co najmniej 53% uczestników)
- zmniejszenie poziomu dolegliwości bólowych wśród uczestników programu (zmniejszenie dolegliwości bólowych mierzonych skalą NRS u co najmniej 20% uczestników programu)
- zwiększenie sprawności fizycznej uczestników programu (poprawa sprawności fizycznej mierzona testem Timed Up and Go oraz na podstawie pomiaru siły ścisku globalnego ręki u co najmniej 20% uczestników programu)
- zwiększenie poziomu aktywności fizycznej uczestników programu (osiągnięcie minimalnego poziomu aktywności fizycznej u co najmniej 50% uczestników programu oraz zwiększenie poziomu aktywności fizycznej o co najmniej 20% u co najmniej 50% uczestników programu)
- zmniejszenie narażenia na czynniki ryzyka chorób układu ruchu (wzrost wiedzy na temat profilaktyki chorób narządu ruchu u co najmniej 20% uczestników programu)
- satysfakcja uczestników programu (co najmniej 80% uczestników usatysfakcjonowanych udziałem w programie)
- zwiększenie liczby przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych (udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych dla około 1800 osób)

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS
- liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie
- liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie
- liczba osób, u których stwierdzono wzrost/obniżenie natężenia dolegliwości bólowych na podstawie skali NRS
- liczba osób, u których stwierdzono osiągnięcie minimalnego poziomu aktywności fizycznej oraz liczba osób, u których stwierdzono poprawę aktywności fizycznej na podstawie kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej
- liczba osób, u których stwierdzono poprawę sprawności fizycznej na podstawie testu *Timed Up and Go* (TUG) oraz na podstawie pomiaru siły ścisku globalnego ręki
- liczba osób, u których stwierdzono wzrost poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób narządu ruchu na podstawie kwestionariusza poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób narządu ruchu
- liczba osób, usatysfakcjonowanych udziałem w programie na podstawie ankiety satysfakcji i oceny jakości świadczeń uczestnika

IV. Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Grupą docelową programu będą stanowiły osoby w wieku aktywności zawodowej^{xxiv} dotknięte dysfunkcją układu ruchu, z tym, że co najmniej 30% uczestników programu zawiera się w przedziale wiekowym 40 - 59 lat. W tej grupie wiekowej odnotowuje się największą absencję chorobową wywołaną schorzeniami narządu ruchu, co jest spowodowane szczytem chorobowości

^{xxiv} Osoba w wieku aktywności zawodowej – zdefiniowana zgodnie z Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.

związanej z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa oraz rozpoczynającymi się i narastającymi z wiekiem zmianami zwyrodnieniowymi stawów obwodowych.

Z uwagi na posiadane środki finansowe szacuje się, że program pozwoli objąć wsparciem rehabilitacyjnym łącznie około 1800 osób.

b. Tryb zapraszania do programu

Beneficjenci/realizatorzy programu zostaną powiadomieni o konkursie w trybie ogłoszenia opublikowanego na dedykowanych stronach internetowych: www.wup-krakow.pl oraz www.rpo.malopolska.pl.

Sposób oferowania świadczeń w ramach programu:

Informacja o realizacji programu zostanie skierowana do docelowej populacji między innymi poprzez internet (strony www, portale społecznościowe), tablice ogłoszeń w zakładach pracy i u beneficjentów programu).

W programie mogą wziąć udział osoby spełniające kryteria programu, które zgłoszą się do realizatorów programu. O objęciu wsparciem w ramach RPZ decydują względy i wskazania medyczne. W przypadku zgłoszenia się większej liczby potencjalnych uczestników/uczestniczek zostanie uwzględniane kryterium kolejności zgłoszeń, z tym, że co najmniej 30% uczestników programu zawiera się w przedziale wiekowym 40 - 59 lat, co odpowiada szczytom absencji chorobowej wywołanej schorzeniami narządu ruchu.

V. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- i. Wyłonienie beneficjentów programu na drodze konkursowej
- ii. Kierowanie i kwalifikacja do programu
- iii. Rehabilitacja i działania prozdrowotne

Ad i. Beneficjenci programu:

Wyłonienie beneficjentów/realizatorów programu odbędzie się na drodze konkursowej. Konkurs zostanie zrealizowany przez Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie.

Kryteria wyboru projektów będą stanowiły część dokumentacji konkursowej.

Ad ii. Kierowanie i kwalifikacja do programu:

Kandydaci na uczestników programu mogą zgłaszać się bezpośrednio do realizatorów programu.

Kwalifikację uczestników do programu dokonuje zespół złożony z lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz fizjoterapeuty specjalisty fizjoterapii (w przypadku braku specjalisty fizjoterapii dopuszczalny jest udział magistra fizjoterapii).

Zasady zapraszania i kwalifikacji do programu zostały omówione w punktach IV b oraz V c.

Ad iii. Rehabilitacja i działania prozdrowotne

Rehabilitacja

Rehabilitacja obejmuje usprawnianie pod nadzorem zespołu rehabilitacyjnego złożonego co najmniej z lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz fizjoterapeuty specjalisty fizjoterapii (w przypadku braku specjalisty fizjoterapii dopuszczalny jest udział magistra fizjoterapii).

Rehabilitacja powinna obejmować porady lekarskie i fizjoterapeutyczne: wstępną oraz końcową, poradę fizjoterapeutyczną i/lub lekarską w trakcie usprawniania jeśli zaistnieje taka potrzeba oraz świadczenia rehabilitacyjne. Podczas porady lekarskiej lub fizjoterapeutycznej wstępnej oraz końcowej, poza standardowymi elementami porady (badanie podmiotowe i przedmiotowe, zlecenia, zalecenia końcowe) należy obligatoryjnie określić:

- poziom dolegliwości bólowych uczestnika programu na podstawie skali NRS
- stopień sprawności fizycznej na podstawie testu *Timed Up and Go* (TUG) oraz na podstawie dynamometrycznego pomiaru siły ścisku globalnego ręki; w przypadku uczestników niechodzących, na przykład stale poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego, należy przeprowadzić jedynie pomiar siły ścisku globalnego ręki
- poziom aktywności fizycznej uczestnika programu na podstawie kwestionariusza (Załącznik 2); w przypadku stwierdzenia braku minimalnego poziomu aktywności fizycznej podczas porady wstępnej, ocenę należy przeprowadzić trzykrotnie w trakcie trwania programu (porada wstępna, po 2 tygodniach i porada końcowa); przy osiągniętym wstępnie minimalnym poziomie aktywności fizycznej uczestnika można się ograniczyć do oceny dwukrotnej, tj. podczas porady wstępnej i końcowej.

Świadczenia rehabilitacyjne powinny być prowadzone przez co najmniej 4 tygodnie, lecz nie dłużej, niż przez 8 tygodni, z częstością co najmniej 3 razy w tygodniu po minimum 2 godziny (120 minut).

Zakres świadczeń rehabilitacyjnych pozostawia się do wyboru zgodnie z zaleceniami zespołu rehabilitacyjnego. Każdemu uczestnikowi należy zlecić co najmniej 7 procedur z zakresu fizjoterapii (kinezyterapii, fizykoterapii i masażu leczniczego), w tym nie mniej niż 4 z zakresu kinezyterapii. W przypadku bezwzględnego przeciwwskazania do stosowania fizykoterapii dopuszcza się zlecenie nie mniej niż 5 procedur.

a) kinezyterapia

Osoba realizująca: fizjoterapeuta (w porozumieniu z lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarzem specjalistą w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu).

Zakres świadczeń (procedury):

indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje), ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające (indywidualne i zespołowe), inne formy usprawniania w ramach kinezyterapii.

Łączny czas trwania kinezyterapii powinien wynosić minimum 60 minut w trakcie pojedynczej sesji.

b) fizykoterapia

Osoba realizująca: technik fizjoterapii lub fizjoterapeuta (w porozumieniu z lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarzem specjalistą w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu).

Zakres świadczeń (procedury):

1. elektroterapia: galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza
2. sonoterapia: ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza
3. magnetoterapia: impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej i niskiej częstotliwości
4. światłolecznictwo: miejscowe naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym; laseroterapia – skaner; laseroterapia punktowa
5. termolecznictwo: ciepłe okłady żelowe, okłady parafinowe
6. krioterapia: krioterapia miejscowa parami ciekłego azotu lub dwutlenku węgla, zimne okłady żelowe
7. hydroterapia: kąpiel wirowa kończyn
8. balneoterapia: okłady z borowiny - miejscowe

c) masaż leczniczy

Osoba realizująca: masażysta lub fizjoterapeuta (w porozumieniu z lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarzem specjalistą w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu).

Zakres świadczeń (procedury):

masaż suchy - częściowy, masaż mechaniczny, drenaż limfatyczny.

Działania prozdrowotne - program edukacyjny:

Program edukacyjny jest obligatoryjny dla każdego uczestnika programu i powinien obejmować:

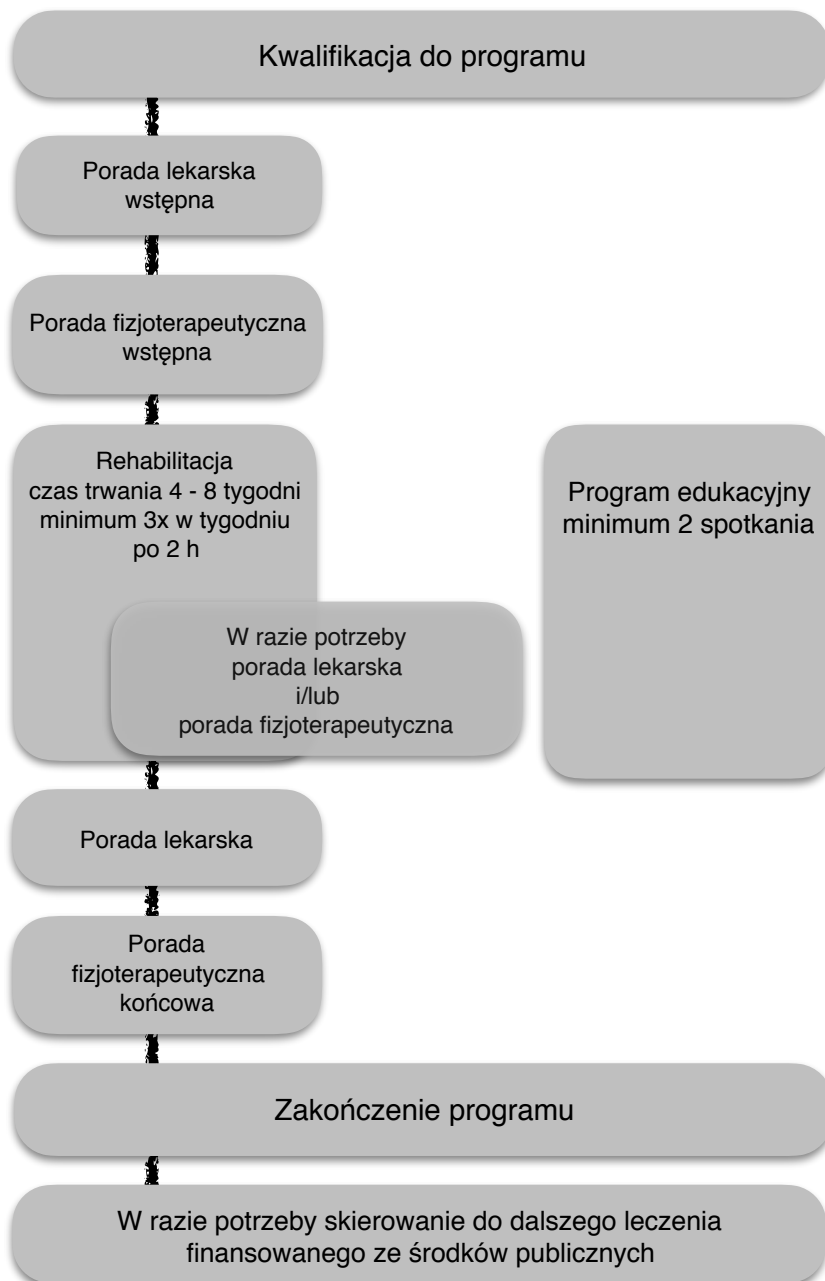
- Prelekcje z udziałem fizjoterapeuty i (nieobligatoryjnie) lekarza
- Instruktaż w zakresie ergonomii
- Instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, a zwłaszcza profilaktyki chorób narządu ruchu
- Instruktaż w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem
- Materiały edukacyjne
- Instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych

Program edukacyjny powinien objąć co najmniej 2 spotkania trwające nie krócej niż 45 minut. Sporządzenie materiałów edukacyjnych leży po stronie beneficjenta/realizatora programu.

Zasady programu edukacyjnego ujęto w Załączniku 1.

Na pierwszym i na ostatnim spotkaniu edukacyjnym należy ocenić poziom wiedzy uczestników na temat profilaktyki chorób narządu ruchu za pomocą anonimowego kwestionariusza (Załącznik 3).

Schemat organizacyjny programu przedstawia się następująco:



b. Planowane interwencje

- porada lekarska
- porada fizjoterapeutyczna
- usprawnianie pod nadzorem zespołu rehabilitacyjnego
- działania edukacyjne i prozdrowotne

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Tryb zapraszania do programu został omówiony w punkcie IV b.

Kwalifikację pacjentów do programu dokonuje zespół złożony z lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz fizjoterapeuty - specjalisty fizjoterapii, powołany przez każdego z beneficjentów/realizatorów programu. W przypadku braku specjalisty fizjoterapii dopuszcza się udział w zespole magistra fizjoterapii.

Zespół dokonuje wstępnej kwalifikacji na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej. Ostateczna kwalifikacja odbywa się podczas wstępnego badania lekarskiego i wstępnego badania fizjoterapeutycznego. W przypadkach ciężkich lub niekwalifikujących się do leczenia zachowawczego, zespół kwalifikujący kieruje takie osoby do leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Niezależnie od wyniku ostatecznej kwalifikacji (pozytywnej lub negatywnej), zespół dokonujący kwalifikacji sporządza pisemną dokumentację precyzującą powód przyjęcia lub odmowy przyjęcia danej osoby do projektu oferującego wsparcie w ramach RPZ.

Kryteria kwalifikacji do programu:

Do programu mogą zostać zakwalifikowane osoby z uprzednio rozpoznaną dysfunkcją narządu ruchu będącą skutkiem:

- wrodzonych zniekształceń narządu ruchu (Q65 - Q79 według klasyfikacji ICD-10)
- choroby zwyrodnieniowej stawów, w szczególności choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, stawu biodrowego, stawu kolanowego, stawu ramiennego (M47, M00 - M25)
- choroby układowej tkanki łącznej (M32 - M35)
- urazu, w tym złamań i amputacji (S40 - S99, T91 - T95, Z89)

Kierowana osoba powinna dysponować dokumentacją medyczną pozwalającą zespołowi kwalifikującemu do programu na określenie jednostki chorobowej. Dokumentacja może zawierać:

- wyniki badań obrazowych (Rtg, TK, MR, USG) i neurofizjologicznych (EMG)
- odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego
- karty informacyjne leczenia szpitalnego
- zaświadczenia lekarskie potwierdzające jednostkę chorobową dotyczącą układu ruchu

Skompletowanie dokumentacji medycznej i wymaganych badań diagnostycznych, w szczególności Rtg, TK, MR, USG, potwierdzających dysfunkcję narządu ruchu, leży po stronie uczestnika programu. Program nie przewiduje środków na badania diagnostyczne.

Niezbędne będzie także złożenie pisemnego oświadczenia, że w chwili przystąpienia do programu uczestnik nie jest objęty żadnym innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku z leczeniem chorób układu ruchu, finansowanym z NFZ, jak również nie bierze udziału w analogicznym projekcie u innego beneficjenta, finansowanym ze środków publicznych.

Ponadto z programu zostaną wyłączone osoby, które w okresie ostatniego miesiąca zakończyły pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystały z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ.

Dopuszcza się możliwość ponownego zakwalifikowania uczestnika zdyskwalifikowanego z powodu niekompletności dokumentacji medycznej.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

- kompleksowość i zespołowość postępowania - obejmującego poradę lekarską, poradę fizjoterapeutyczną, usprawnianie pod nadzorem zespołu rehabilitacyjnego oraz działania prozdrowotne i edukacyjne w jednej lokalizacji
- indywidualizacja programu rehabilitacyjnego z uwzględnieniem problemu zdrowotnego i możliwych do osiągnięcia efektów rehabilitacji
- wybór terminu i czasu udzielania świadczeń w dogodnej porze dla uczestników programu

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

Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

- wsparcie systemu opieki zdrowotnej finansowanego przez NFZ, w tym POZ, poradni: rehabilitacyjnych, ortopedycznych, medycyny pracy
- zapobieganie nasileniu objawów chorobowych u osób objętych programem

Funkcjonowanie wypracowanych rezultatów po zakończeniu projektu

Po zakończeniu programu beneficjent zobowiązany jest przez okres minimum 6 miesięcy do:

- uwzględnienia w postępowaniu rehabilitacyjnym sytuacji zawodowej każdego pacjenta pod kątem aktywizacji zawodowej
- włączenia do dokumentacji medycznej kwestionariusza oceny aktywności fizycznej (dopuszcza się modyfikację kwestionariusza ujętego w Załączniku 2)
- dalszego prowadzenia programu edukacyjnego, obejmującego przynajmniej 2 zagadnienia ujęte w Załączniku nr 1, w tym instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu profilaktyki chorób narządu ruchu (udział w programie edukacyjnym będzie fakultatywny dla pacjentów)

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Wieloletni charakter projektu gwarantuje długotrwałe oddziaływanie na populację mieszkańców Małopolski objętą programem. Kwestie dotyczące rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie regulują *Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014 - 2020*.

Zakończenie udziału w programie może się odbyć w trybie:

- zakończenia udziału zgodnie z założeniami projektu
- przerwania udziału w projekcie przed zakończeniem zaplanowanych dla uczestnika form wsparcia na skutek:
 - skierowania do leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego niezwłocznie po badaniu lekarskim lub w trakcie uczestnictwa w programie - w przypadkach wymagających zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia leczenia wykrytych chorób w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej
 - rezygnacji z programu na każdym etapie realizacji; uczestnicy zostaną objęci badaniem ankietowym uwzględniającym satysfakcję z programu oraz przyczyny rezygnacji, a przy

istniejących wskazaniach otrzymają skierowanie do leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program nie przewiduje stosowania leków.

Kwalifikacja do programu przeprowadzona przez zespół złożony z lekarza specjalisty oraz z fizjoterapeuty gwarantuje rzetelne uwzględnienie przeciwwskazań do planowanej terapii.

Dane osobowe pacjentów będą przetwarzane przez beneficjenta programu, także w systemie SL2014. Instytucja Zarządzająca RPO WM i Instytucja Organizująca Konkurs otrzymają mierniki programu uwzględniające dane statystyczne.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

- wybranie realizatora na drodze konkursu

Realizatorzy programu zostaną wyłonieni na drodze konkursu organizowanego przez Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie.

- kwalifikacje personelu odpowiedzialnego za działania

Kwalifikacje personelu lekarskiego: lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Kwalifikacje personelu fizjoterapeutycznego: osoba dopuszczona do wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych zgodnie z kryteriami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r., poz. 1522).

Preferowane jest uwzględnienie w programie uczestnictwa specjalisty w dziedzinie fizjoterapii.

- wyposażenie oraz warunki lokalowe sali do kinezyterapii, gabinetu do fizykoterapii i gabinetu masażu leczniczego

Warunki wykonywania świadczeń powinny być zgodne z wymogami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r., poz. 1522).

i. Dowody skuteczności planowanych działań

- **Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek**

Najważniejsze zalecenia w leczeniu nieswoistego bólu krzyża

Według opartych na przeglądzie systematycznym zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Zwalczenia Bólu (American Pain Society) do metod leczenia o dobrze udokumentowanej, choć umiarkowanej skuteczności w przewlekłym lub podoстрыm zespole bólowym odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa zaliczamy terapię behawioralno-poznawczą, ćwiczenia, manipulacje kręgosłupa i wielodyscyplinarną rehabilitację.^{xxv}

^{xxv} Chou R, Hoyt Huffman L: *Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med* 2007, 147: 492-504.

Zgodnie ze zmodyfikowanymi wytycznymi The Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategy for Europe Project: Low Back Pain (non-specific) kluczowymi zaleceniami w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego są programy aktywności fizycznej i zalecenia odnośnie aktywnego trybu życia, dzięki czemu można zredukować poziom bólu, poprawić sprawność funkcjonalną i zapobiec przejściu bólu krzyża w fazę przewlekłą.^{xxvi}

Na ogół zdaniem lekarzy ból krzyża jest spowodowany zmniejszoną aktywnością fizyczną (zastój mięśni i stawów), a z kolei pacjenci odczytują ból jako „zużycie materiału” z powodu przeciążeń, którym poddają swój kręgosłup od lat. Pacjent z bólem krzyża powinien być aktywny fizycznie. Relacja między lekarzem a pacjentem w trakcie konsultacji ma kluczowe znaczenie dla omówienia percepcji bólu i poznania jego charakterystyki. Znajomość sytuacji psychospołecznej pacjenta może pomóc w zapobieganiu przechodzenia bólu ostrego w stan przewlekły.

Zalecenia dotyczące metod niefarmakologicznych leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych

W ubiegłym dziesięcioleciu grupa niezależnych ekspertów Europejskiej Ligi do Walki z Chorobami Reumatycznymi (EULAR) w oparciu o systematyczny przegląd dostępnego piśmiennictwa opracowała standardy leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego (2003 r.),^{xxvii} stawu biodrowego (2005 r.)^{xxviii} i choroby zwyrodnieniowej stawów rąk (2007 r.).^{xxix} W roku 2012 Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne (American College of Rheumatology - ACR) opracowało zalecenia postępowania w chorobie zwyrodnieniowej rąk oraz zaktualizowało zalecenia dotyczące postępowania w chorobie zwyrodnieniowej stawu kolanowego i biodrowego.^{xxx}

Zgodnie z tymi wytycznymi leczenie ma na celu kontrolę bólu i poprawę funkcji oraz jakości życia pacjenta przy zminimalizowaniu działań niepożądanych.

Metody niefarmakologiczne leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów powinny obejmować edukację pacjenta i jego rodziny, zalecenie utrzymania dotychczasowej aktywności dziennej, unikanie szkodliwych czynników mechanicznych, ochronę stawów, zmniejszenie masy ciała, fizjoterapię, miejscowe stosowanie ciepła lub zimna, psychoterapię i środki zaopatrzenia ortopedycznego.

^{xxvi} Krismer M, van Tulder M: *The Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategy for Europe Project: Low Back Pain (non-specific)*. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2007, 21: 77–91.

^{xxvii} *EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT)* *Ann Rheum Dis*, 2003, 62: 1145–1155.

^{xxviii} *EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT)* *Ann Rheum Dis*, 2005, 64: 669–681.

^{xxix} *EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis – report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT)* *Ann Rheum Dis*, 2007, 66: 377–388.

^{xxx} Hochberg MC, Altman RD, April KT et al.: *American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee*. *Arthritis Care Res*, 2012, 64(4): 465–74.

Choroba zwyrodnieniowa stawów ręki

Powinno się (zalecenia słabe):

- 1) oceniać zdolność chorego do wykonywania czynności życia codziennego
- 2) poinstruować chorego, jak:
 - a) chronić stawy
 - b) samodzielnie stosować leczenie ciepłem lub zimnem
- 3) w razie potrzeby zapewnić choremu sprzęt ułatwiający wykonywanie czynności życia codziennego
- 4) w przypadku choroby zwyrodnieniowej stawu nadgarstkowo-śródręcznego kciuka stosować odpowiednią ortezę.

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego

1. Chorzy powinni (zalecenia silne):

- 1) brać udział w programach ćwiczeń aerobowych i/lub wzmacniających, wykonywanych na sali gimnastycznej
- 2) brać udział w programach ćwiczeń wykonywanych w wodzie
- 3) zmniejszyć masę ciała w przypadku nadwagi.

2. Chorzy powinni (zalecenia słabe):

- 1) brać udział w programach realizowanych samodzielnie
- 2) otrzymywać terapię manualną w połączeniu z nadzorowanymi ćwiczeniami fizycznymi
- 3) otrzymywać wsparcie psychospołeczne
- 4) być poinstruowani, jak samodzielnie stosować leczenie ciepłem lub zimnem
- 5) w razie potrzeby otrzymać sprzęt pomagający w chodzeniu.

3. Nie sformułowano zaleceń dotyczących:

- 1) ćwiczeń związanych z utrzymaniem równowagi – samych lub w połączeniu z ćwiczeniami rozciągającymi
- 2) uczestnictwa w ćwiczeniach *tai-chi*
- 3) terapii manualnej bez nadzorowanych ćwiczeń.

Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego

1. Chorzy powinni (zalecenia silne):

- 1) brać udział w programach ćwiczeń aerobowych i/lub wzmacniających, wykonywanych na sali gimnastycznej
- 2) brać udział w programach ćwiczeń wykonywanych w wodzie
- 3) zmniejszyć masę ciała w przypadku nadwagi.

2. Chorzy powinni (zalecenia słabe):

- 1) brać udział w programach ukierunkowanych na nabycie umiejętności samoleczenia
- 2) otrzymywać terapię manualną w połączeniu z nadzorowanymi ćwiczeniami fizycznymi
- 3) otrzymywać wsparcie psychospołeczne
- 4) stosować taping przytrzymujący rzepkę przyśrodkowo
- 5) nosić w butach klinowe wkładki przyśrodkowe w przypadku zmian zwyrodnieniowych w przedziale bocznym stawu kolanowego
- 6) nosić w butach klinowe wkładki boczne mocowane pod piętą w przypadku zmian zwyrodnieniowych w przedziale przyśrodkowym stawu kolanowego

- 7) być poinstruowani, jak samodzielnie stosować leczenie ciepłem lub zimnem
- 8) w razie potrzeby otrzymać sprzęt pomagający w chodzeniu
- 9) brać udział w programach ćwiczeń tai-chi
- 10) poddawać się tradycyjnej akupunkturze chińskiej
- 11) być poinformowani o możliwości zastosowania przezskórnej stymulacji elektrycznej.

3. Nie sformułowano zaleceń dotyczących:

- 1) ćwiczeń równowagi – samych lub w połączeniu z ćwiczeniami wzmacniającymi
- 2) noszenia w butach klinowych wkładek bocznych
- 3) samej terapii manualnej
- 4) noszenia stabilizatorów stawu kolanowego
- 5) stosowania tapingu przytrzymującego rzepkę bocznie.

- Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Zdaniem National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów naukowych i metody stanowią wyzwania dla działań z zakresu rehabilitacji. Niewielka liczba podstawowych badań klinicznych powoduje, że trudno jest określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem.^{xxxii}

Dostępne przeglądy systematyczne dotyczące rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, w szczególności w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego i stawu kolanowego^{xxxii,xxxiii,xxxiv} oraz kręgosłupa,^{xxxv} wskazują na skuteczność kliniczną rehabilitacji w zakresie zwalczania bólu i poprawy funkcji w perspektywie krótkoterminowej. Zaleca się prowadzenie rehabilitacji w sposób intensywny i kompleksowy. Odległe skutki są jednak wątpliwe, stąd też rehabilitacja powinna być prowadzona regularnie, z uwzględnieniem dodatkowych sesji terapeutycznych po zakończeniu zasadniczego cyklu leczenia.

Raport Fundacji na rzecz zdrowego starzenia się pt. *Konstruktywni* przytacza dowody wysokiej efektywności kosztowej programu zdrowotnego ukierunkowanego na choroby narządu ruchu, obejmującego rehabilitację.^{xxxvi} W latach 90-tych XX w. przeprowadzono w Hiszpanii dwuletnie badanie obejmujące ponad 13 tys. osób. Wczesna interwencja, w tym edukacja i rehabilitacja, pozwoliła skrócić absencję chorobową o blisko 37%, a koszty zainwestowane w program zwróciły się 11-krotnie.

^{xxxii} Wytyczne National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR). <http://www.ncddr.org/about.html>.

^{xxxiii} Bennell K, Hall M, Hinman RS: Osteoarthritis year in review 2015: Rehabilitation and outcomes. *Osteoarth Cartilage* 2016, 24(1): 58–70.

^{xxxiv} Beumer L, Wong J, Warden SJ et al.: Effects of exercise and manual therapy on pain associated with hip osteoarthritis: Aa systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2016, 50(8): 458–463.

^{xxxv} Pisters MF, Veenhof C, van Meeteren NLU et al.: Long-Term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: A systematic review. *Arth Care Res* 2007,57(7):1245-53.

^{xxxvi} Guzman J, Esmail R, Karjalainen K et al: Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001, 322:1511

^{xxxvii} Raciborski F, Samoliński B: *Konstruktywni. Zdrowi-Aktywni-Konstruktywni. Fundacja na rzecz Zdrowego Starzenia się*. Warszawa 2015. https://www.mpips.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/.../1/Raport_Konstruktywni.pdf

- **Informacje na temat podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego.**

Na poziomie regionalnym realizowane są następujące komplementarne zadania:

Programy zdrowotne współfinansowane ze środków budżetowych Gminy Miasta Tarnowa, realizowane w 2016 roku przy współpracy z organizacjami pozarządowymi i podmiotami leczniczymi:

1. Program „Rehabilitacja domowa osób przewlekle i obłożnie chorych z powodu chorób narządu ruchu lub powodujących dysfunkcję narządu ruchu (reumatoidalne zapalenie stawów i inne przewlekłe schorzenia narządu ruchu lub stwardnienie rozsiane)”

Populacja:

Program skierowany jest do 35 osób dorosłych obłożnie i przewlekle chorych, ze znaczną lub całkowitą niepełnosprawnością ruchową, zamieszkałych na terenie miasta Tarnowa.

Zakres:

W ramach programu dokonywana jest przez lekarza ocena stanu zdrowia i potrzeb, następnie sporządzany jest plan rehabilitacji indywidualnej. Przeprowadzany jest cykl rehabilitacji ogólnousprawniającej poprawiającej sprawność, zmniejszającej dolegliwości bólowe i normalizującej napięcie mięśniowe u chorych. Ponadto prowadzona jest indywidualna terapia psychologiczna według zaleceń lekarza.

2. Program „Rehabilitacja medyczna ogólnoustrojowa poprawiająca sprawność manualną i lokomocję u osób ze znacznie ograniczoną sprawnością ruchową spowodowaną przewlekłą chorobą”

Populacja:

Program skierowany jest do 51 osób dorosłych z orzeczonym stopniem niepełnosprawności z powodu dysfunkcji narządu ruchu, zamieszkałych na terenie miasta Tarnowa.

Zakres:

W ramach programu prowadzona jest rehabilitacja ogólnoustrojowa ze szczególnym uwzględnieniem kinezyterapii oraz muzykoterapii, która ma na celu zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych. Ponadto odbywają się wykłady i prelekcje prowadzone przez lekarzy specjalistów i fizjoterapeutów promujące zdrowy tryb życia i aktywność ruchową.

VI. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Łączny średni maksymalny koszt wsparcia uczestnika programu szacuje się na 3 000 zł, w czym zostały uwzględnione koszty pośrednie. Szacunek oparto o średni koszt rehabilitacji wraz z ewentualnym dowozem i zwrotem kosztów za opiekę nad osobą zależną (dla 50% uczestników).

Średnie maksymalne wsparcie przypadające na osobę skalkulowano w następujący sposób:

- | | |
|---|---------|
| • rehabilitacja 6 h tygodniowo przez 5 tygodni | 1500 zł |
| • konsultacje lekarskie i fizjoterapeutyczne (6x) | 600 zł |
| • program edukacyjny | 200 zł |
| • pozostałe koszty, w tym ewentualne koszty dowozu i opieki nad osobą zależną oraz koszty pośrednie | 700 zł |

Z uwagi na fakt, iż wybór beneficjentów następuje w drodze konkursowej, przedstawiona powyżej kalkulacja stanowi jedynie szacunek, gdyż każdy wnioskodawca na podstawie przedstawionych w RPZ wymagań sam będzie szacował koszty tak, by były racjonalne, niezbędne oraz kwalifikowalne i przedstawi je we wniosku o dofinansowanie. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, a w przypadku projektów realizujących RPZ także na etapie wdrażania.

b. Planowane koszty całkowite

Planowane koszty całkowite przy założeniu wsparcia rehabilitacyjnego dla 1800 osób i średniego maksymalnego wsparcia na osobę w kwocie 3000 zł wynoszą 5 400 000 zł.

Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w wysokości 1 111 601 euro (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maksymalnie 10%) oraz wkładu własnego beneficjenta (minimalnie 5%). Całościowa alokacja na Program wraz z dofinansowaniem z Budżetu Państwa oraz wkładem własnym Beneficjentów wynosi 1 307 766 euro, czyli 5 523 088 zł (według kursu euro 1 euro = 4,2233 zł) z zaznaczeniem, że koszt wskazany w złotych jest szacunkowy. Będzie on ponownie przeliczany na etapie ogłaszania konkursu.

W Programie wystąpią również koszty związane z organizacją przedsięwzięć - tzw. koszty pośrednie. Koszty przewidziane w Programie muszą być ponoszone na warunkach określonych w wytycznych horyzontalnych ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego dotyczących kwalifikowalności wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014 - 2020.

c. Źródła finansowania

- Finansowanie ze środków EFS na lata 2014 - 2020 (85%)

Narzędzie 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy

- Budżet Państwa (maksymalnie 10%)
- Wkład własny beneficjentów (minimalnie 5%)

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

Program jest zgodny z innymi działaniami województwa małopolskiego na rzecz ochrony zdrowia. Wpisuje się on w zakres priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa, których celem jest m. in. adekwatność opieki zdrowotnej (leczenie, a zwłaszcza hospitalizacja dotyczy tylko wymagających tego stanów chorobowych) i przyjęcie podejścia *continuum* opartego na zapobieganiu wystąpienia choroby (identyfikacja i zwalczanie czynników ryzyka), skutecznego leczenia chorób i rehabilitacji, w tym wzmacnianie zadań z zakresu prewencji. ^{xxxvii}

W szczególności program jest komplementarny z priorytetami:

4. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie schorzeń układu kostno-stawowego.
5. Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie zmniejszenia negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym.
10. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie kompleksowej rehabilitacji z uwzględnieniem istotnych dla regionu jednostek chorobowych, szczególnie chorób układu ruchu, układu nerwowego, układu oddechowego, układu krążenia i chorób nowotworowych.

^{xxxvii} *Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa małopolskiego - ocena potrzeb zdrowotnych na okres od 30 czerwca 2016 do 31 grudnia 2018 r. Dostęp internetowy: Dostęp internetowy: http://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=mapa_potrzeb_zdrowotnych.*

VII. Monitorowanie i ewaluacja

a. Zasady dotyczące monitorowania i ewaluacji w projekcie

Beneficjent/realizator programu jest zobligowany do prowadzenia indywidualnej dokumentacji dla każdego uczestnika programu podlegającej obowiązkowi sprawozdawczemu w zakresie koniecznym do przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

Beneficjent jest zobowiązany do określenia we wniosku o dofinansowanie wartości wskaźników produktu/rezultatu wskazanych na Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych i regulaminie konkursu (mając na uwadze ich definicje oraz zasady dotyczące możliwości zakwalifikowania danej osoby, jako uczestnika projektu). Beneficjent jest zobowiązany do realizacji wskaźników z WLWK na poziomach określonych we wniosku o dofinansowanie. Jednocześnie z treści wniosku o dofinansowanie musi wynikać, że Beneficjent na bieżąco będzie monitorował pozostałe mierniki ujęte w treści właściwego Regionalnego Programu Zdrowotnego (będzie przeprowadzał i gromadził m.in. ankiety badające satysfakcję uczestników, dane dotyczące zgłaszalności, skuteczności). Monitorowanie wszystkich mierników ma na celu m.in. właściwe zarządzanie projektem i bieżące monitorowanie jakości każdego projektu i oferowanego w nim wsparcia, stopnia realizacji celów i efektów. Dodatkowo, wszelkie dane monitoringowe (m.in. ankiety) zostaną udostępniane IZ/IP na potrzeby ewaluacji całego RPZ (ewaluacja będzie dokonywana na poziomie RPZ/programu polityki zdrowotnej).

b. Ocena stopnia zgłaszalności do programu

Każdy uczestnik programu zostanie odnotowany na etapie skierowania do programu oraz zakwalifikowania do programu.

Beneficjent zobowiązany jest do prowadzenia list uczestnictwa w programie oraz do ich analizowania w trakcie realizacji programu. W przypadku niskiej frekwencji beneficjent zobligowany jest do podjęcia działań naprawczych mających na celu przywrócenie zaangażowania uczestnika programu, a w przypadku trwałej rezygnacji do przeprowadzenia dodatkowej kwalifikacji do programu.

Późniejsza analiza dokumentacji obejmie określenie odsetka osób, które nie zostały zakwalifikowane do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich, odsetka osób uczęszczających na zajęcia oraz odsetka osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w trakcie trwania programu z uwzględnieniem przyczyny rezygnacji.

c. Ocena jakości świadczeń w programie

Ocena satysfakcji uczestnika programu i jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie przeprowadzona na podstawie anonimowego kwestionariusza (Załącznik 4). Beneficjent zobowiązany jest do minimum dwukrotnego badania ankietowego u każdego uczestnika programu.

d. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu opierać się będzie na ewaluacji poziomu osiągnięcia wskaźników określonych w programie.

W perspektywie krótkofalowej monitorowanie i ewaluacja efektywności opierać się będzie na informacjach pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów. Zebrane w ten sposób informacje umożliwią monitorowanie realizacji poszczególnych etapów programu oraz końcową ewaluację. Osiągnięte efekty poddane zostaną analizie uwzględniającej porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu.

Ocena efektywności programu w zakresie aktywizacji zawodowej uczestnika programu odbędzie się w oparciu o ewaluację, w jakim stopniu udział w programie przyczynił się do podjęcia bądź kontynuacji zatrudnienia przez jego uczestników.

Ocena poziomu dolegliwości bólowych uczestnika programu zostanie przeprowadzona dwukrotnie, podczas wstępnego i końcowego badania lekarskiego, na podstawie skali NRS.

Ocena sprawności fizycznej uczestnika programu zostanie przeprowadzona dwukrotnie, podczas wstępnego i końcowego badania fizjoterapeutycznego, na podstawie testu *Timed Up and Go* (TUG) oraz dynamometrycznego pomiaru siły ścisku globalnego ręki.

Ocena aktywności fizycznej uczestnika programu zostanie przeprowadzona co najmniej dwukrotnie, w szczególności podczas wstępnego i końcowego badania fizjoterapeutycznego, w oparciu o kwestionariusz poziomu aktywności fizycznej (Załącznik 2).

Ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób narządu ruchu będzie przeprowadzona na początku i na końcu programu w oparciu o anonimowy kwestionariusz dla uczestnika programu (Załącznik 3).

e. Ocena trwałości efektów programu

Program planowany jest na lata 2018 - 2021, jednak możliwe będzie wprowadzenie jego kontynuacji w kolejnych interwałach czasowych. Będzie to limitowane dostępnymi środkami finansowymi oraz pozytywną oceną efektywności programu.

VIII. Okres realizacji programu

Program realizowany będzie w latach 2018 - 2021 z perspektywą dalszej kontynuacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Borenstein DG: Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol*, 2000, 12: 143-149.
2. Badurski E, Jeziernicka EZ, Nowak NA i wsp.: Genetyczne i nabyte czynniki predysponujące do choroby zwyrodnieniowej stawów lub osteoporozy. *Post N Med* 2012, 25(3): 201-205.
3. Bennell K, Hall M, Hinman RS: Osteoarthritis year in review 2015: Rehabilitation and outcomes. *Osteoarth Cartilage* 2016, 24(1): 58–70.
4. Beumer L, Wong J, Warden SJ et al.: Effects of exercise and manual therapy on pain associated with hip osteoarthritis: Aa systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2016, 50(8): 458–463.
5. Chou R, Hoyt Huffman L: Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med* 2007, 147: 492-504.
6. Dutchev B: Update on 2004 Background Paper. Background Paper 6.24 Low back pain. WHO 2013. Dostęp internetowy: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_24LBP.pdf.
7. Dziak A.: Biomechanika kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. W.: Dziak A. (red.): Bóle krzyża. PZWL Warszawa 1982, s. 43 – 68.
8. EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) *Ann Rheum Dis*, 2003, 62: 1145–1155.
9. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) *Ann Rheum Dis*, 2005, 64: 669–681.
10. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis – report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) *Ann Rheum Dis*, 2007, 66: 377–388.
11. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K et al: Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001, 322:1511
12. Hochberg MC, Altman RD, April KT et al.: American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res*, 2012, 64(4): 465–74.
13. Istrati J: Choroba zwyrodnieniowa stawów - leczenie. *Medycyna Praktyczna* 2012. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/75358,choroba-zwyrodnieniowa-stawow-leczenie>.
14. Istrati J: Zespół bólowy po nieskutecznych operacjach kręgosłupa. *Medycyna Praktyczna* 2015. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/131911,zespol-bolowy-po-nieskutecznych-operacjach-kręgosłupa>.
15. Karczewicz E, Sikora A: Absencja chorobowa w 2015 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2016.
16. Kocot-Kępska M: Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie. *Medycyna Praktyczna* 2015. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologia-patofizjologia-leczenie>.
17. Krismer M, van Tulder M: The Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategy for Europe Project: Low Back Pain (non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2007, 21: 77-91.
18. Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa małopolskiego. Dostęp internetowy: http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/01_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_malopolskie.pdf.
19. Narodowy Fundusz Zdrowia, Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie: Dane dotyczące zabezpieczenia świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2015 i 2016.
20. Niemiec E, Gubernat A: Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie małopolskim w 2015 r. Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2016. Dostęp internetowy: http://krakow.stat.gov.pl/download/gfx/krakow/pl/defaultaktualnosci/756/1/9/1/2016_ludnosc_2015.pdf.

21. Pisters MF, Veenhof C, van Meeteren NLU et al.: Long-Term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: A systematic review. *Arth Care Res* 2007,57(7):1245-53.
22. Pracownia Badań i Doradztwa "Re-Source" Korczyński Sarapata sp.j.: Przewlekłe choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy – analiza przyczyn oraz działania prewencyjne. Analiza. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2015.
23. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa małopolskiego - ocena potrzeb zdrowotnych na okres od 30 czerwca 2016 do 31 grudnia 2018 r. Dostęp internetowy: http://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=mapa_potrzeb_zdrowotnych.
24. Raciborski F, Samoliński B: Konstruktywni. Zdrowi-Aktywni-Konstruktywni. Fundacja na rzecz Zdrowego Starzenia się. Warszawa 2015. Dostęp internetowy: https://www.mpips.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/.../1/Raport_Konstruktywni.pdf.
25. Rymarczyk A: Ból krzyża. *Medycyna Praktyczna* 2012. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/74639,bol-krzyza>.
26. Samoliński B, Raciborski F, Gołąb J: Raport Konstruktywni. Zdrowie, aktywność i zdolność do pracy. Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2015.
27. Sarzi-Puttini P, Cimmino MA, Scarpa R: Osteoarthritis: an overview of the disease and its treatment strategies. *Semin Arthritis Rheum*, 2005, 35: 1–10.
28. Scott DL: Pain associated with osteoarthritis. (in) Evidence-based chronic pain management. Stannard CF, Kalso E, Ballantyne J (ed.). BMJ Books 2010, pp. 97–105.
29. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej: Wojewódzki program dotyczący wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych w Województwie Małopolskim na lata 2014 - 2020. Załącznik do uchwały nr 395/14 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 15 kwietnia 2014 roku. Źródło internetowe: <http://docplayer.pl/6090577-Zalacznik-do-uchwaly-nr-395-14-zarzadu-wojewodztwa-malopolskiego-z-dnia-15-kwietnia-2014-roku.html>.
30. Urząd Statystyczny w Krakowie: Ludność w województwie małopolskim. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Praca zespołowa pod kierunkiem K. Jakóbika. Kraków 2013. Dostęp internetowy: http://krakow.stat.gov.pl/download/gfx/krakow/pl/defaultaktualnosci/753/9/1/4/2013_nsp_2011_ludnosc_stan_i_str_1.pdf.
31. Wojtyniak B, Goryński P (red.): Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
32. Wytyczne National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR). Dostęp internetowy: <http://www.ncddr.org/about.html>.

ANEKS

Załącznik 1

Zasady programu edukacyjnego

Załącznik 2

Kwestionariusz poziomu aktywności fizycznej uczestnika programu

Załącznik 3

Kwestionariusz poziomu wiedzy uczestnika programu na temat profilaktyki chorób narządu ruchu

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji uczestnika programu i oceny jakości świadczeń

Zasady programu edukacyjnego

Program edukacyjny powinien uwzględniać:

- Spotkania grupowe w formie prelekcji, prowadzone przez fizjoterapeutę (w miarę możliwości zaleca się również udział lekarza) - minimum 2 spotkania trwające nie krócej niż 45 minut; w trakcie spotkań należy w sposób zrozumiały i wyczerpujący poruszyć następujące tematy:
 - etiologię i patogenezę chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
 - następstwa zdrowotne chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
 - możliwości leczenia chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
 - ograniczenia zawodowe wynikające z dysfunkcji układu ruchu
- Instruktaż w zakresie ergonomii w domu i w pracy - może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może pielęgniarka, fizjoterapeuta lub lekarz
- Instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu profilaktyki chorób narządu ruchu, w tym zasad odżywiania, snu, unikania używek, zwalczania nałogów, aktywnego trybu życia, prawidłowych wzorców ruchowych - może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może pielęgniarka, fizjoterapeuta, lekarz lub dietetyk
- Instruktaż w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem - może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może psycholog (preferowany), lekarz, fizjoterapeuta lub pielęgniarka
- Materiały edukacyjne w formie pisemnej i/lub w formie elektronicznej, obejmujące tematy poruszane w trakcie spotkań
- Instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych w formie pisemnej, sporządzony przez fizjoterapeutę (w miarę możliwości przy współudziale lekarza)
- W programie edukacyjnym należy uwzględnić zagadnienia objęte pytaniami ujętymi w kwestionariuszu sprawdzającym poziom wiedzy uczestnika na temat profilaktyki chorób narządu ruchu (Załącznik 3)

Kwestionariusz poziomu aktywności fizycznej uczestnika programu

Proszę określić swoją aktywność fizyczną w skali tygodnia:

a. lekki wysiłek fizyczny

- spacer minimum 30 min. razy w tygodniu
- lekka gimnastyka minimum 15 min. razy w tygodniu
- inne razy w tygodniu

b. umiarkowany wysiłek fizyczny

- nordic walking minimum 30 min. razy w tygodniu
- marszobieg lub trucht minimum 30 min. razy w tygodniu
- intensywna gimnastyka minimum 15 min. razy w tygodniu
- jazda na rowerze minimum 30 min. razy w tygodniu
- spokojne pływanie minimum 30 min. razy w tygodniu
- inne razy w tygodniu

c. intensywny wysiłek fizyczny

- bieg minimum 30 min. razy w tygodniu
- intensywna jazda na rowerze minimum 30 min. razy w tygodniu
- intensywne ćwiczenia fizyczne minimum 30 min. razy w tygodniu
- intensywne pływanie minimum 30 min. razy w tygodniu
- inne razy w tygodniu

Legenda:

waga każdego cyklu wysiłku:

w pkt. a.: 1 punkt

w pkt. b.: 2 punkty

w pkt. c.: 3 punkty

minimalny poziom aktywności fizycznej to 5 punktów tygodniowo

Kwestionariusz poziomu wiedzy uczestnika programu na temat profilaktyki chorób narządu ruchu

Proszę zakreślić **jedną** odpowiedź:

1. W profilaktyce bólów kręgosłupa należy:

- a) podnosić ciężkie przedmioty z podłogi tylko na wyprostowanych nogach
- b) unikać długotrwałych prac w przodopochyleniu**
- c) spać z głową ułożoną wyżej niż reszta ciała (np. na dwóch poduszkach)

2. Prawidłowa wartość wskaźnika masy ciała (BMI) wynosi:

- a) 30 - 40
- b) 25 - 29,99
- c) 18,5 - 24,99**

3. Pozycja odciążająca plecy w czasie snu to:

- a) na wznak
- b) na boku, z poduszką umieszczoną pomiędzy lekko zgiętymi kolanami**
- c) na brzuchu

4. Leczenie operacyjne kręgosłupa:

- a) jest podstawową metodą pozbycia się bólu kręgosłupa
- b) nie wymaga świadomej zgody pacjenta
- c) jest konieczne w przypadku nagłego zaburzenia funkcji zwieraczy**

5. Profilaktyka osteoporozy obejmuje:

- a) spacer na świeżym powietrzu minimum 3 - 4 razy w tygodniu przez minimum 40 minut**
- b) unikanie wysiłku fizycznego
- c) gorące kąpiele

6. Osteopenia oznacza wartości T-Score:

- a) pomiędzy 0 a 1
- b) pomiędzy 0 a -1
- c) pomiędzy -1 a -2,5**

7. Kręgosłup zawdzięcza swoją amortyzacyjną funkcję temu, iż jego kształt przypomina:

- a) literę C
- b) literę S**
- c) literę I

8. Ból w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego umiejscowiony jest w:

- a) pośladku
- b) pachwinie**
- c) biodrze

9. Kinezyterapia to jedna z metod leczenia osób z dysfunkcjami kręgosłupa. Polega ona na:

- a) zastosowaniu ultradźwięków w programie leczenia
- b) wykorzystaniu ćwiczeń ruchowych w programie terapii**
- c) zastosowaniu zabiegów z wykorzystaniem niskich i wysokich temperatur

10. Najkorzystniejszy dla kręgosłupa kąt ustawienia siedziska to:

- a) 25° - 30°**
- b) 31° - 35°
- c) 36° - 40°

Ankieta satysfakcji uczestnika programu i oceny jakości świadczeń

Ankieta stanowi narzędzie oceny satysfakcji i oceny jakości świadczeń udzielanych w ramach programu *Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej*.

Wszelkie Państwa uwagi będą dla nas niezwykle cenne.

Ankieta jest całkowicie anonimowa. Prosimy o zakreślenie właściwej odpowiedzi.

1. Proszę podać płeć:

- a. kobieta
- b. mężczyzna

2. Proszę podać rok urodzenia:

3. Proszę podać, w jaki sposób dowiedział się Pan/Pani o programie:

.....

4. Proszę podać swoją sytuację zawodową:

- a. Zamierzam podjąć pierwszą pracę
- b. Zamierzam podjąć kolejną pracę po przerwie krótszej niż 1 rok
- c. Zamierzam podjąć kolejną pracę po przerwie dłuższej niż 1 rok
- d. Jestem zagrożony/a utratą pracy z przyczyn zdrowotnych
- e. Inne

5. Proszę określić swój stan zdrowia

- a. Choroba kręgosłupa
- b. Choroba barku
- c. Choroba stawów biodrowych
- d. Choroba stawów kolanowych
- e. Inne

6. Czy jest Pani/Pan zadowolony/a z prelekcji i instruktażu w zakresie zachowań prozdrowotnych?

- a. TAK
- b. NIE

7. Czy dzięki programowi dowiedzieliście się Państwo o konieczności rozpoczęcia leczenia?

- a. TAK
- b. NIE

8. Czy dzięki programowi uzyskaliście Państwo wiedzę na temat planowania dalszej edukacji i kariery zawodowej z uwzględnieniem ewentualnych ograniczeń wynikających z dysfunkcji układu ruchu?

- a. TAK
- b. NIE

9. Czy jesteście Państwo zadowoleni z przebiegu rehabilitacji?

- a. TAK
- b. NIE

10. Czy dzięki programowi nastąpił u Państwa wzrost aktywności ruchowej?

- a. TAK
- b. NIE

11. Czy dzięki programowi wystąpiła u Pana/Pani zmiana stanu zdrowia?

- a. TAK, POPRAWA
- b. TAK, POGORSZENIE
- c. NIE, BRAK ZMIAN

12 A. Czy udział w projekcie przyczynił się do utrzymania zdolności do świadczenia pracy i kontynuacji zatrudnienia? *(dotyczy osób pracujących z chwilą przystąpienia do programu)*

- a. TAK - nadal pracuję i miał na to wpływ udział w programie
- b. NIE - nadal pracuję, ale udział w programie nie miał na to wpływu
- c. NIE - z przyczyn zdrowotnych już nie pracuję

12 B. Czy zamierza Pan/Pani podjąć aktywność zawodową? *(dotyczy osób niepracujących)*

- a. TAK
- b. NIE

Jeśli NIE, to proszę podać przyczynę

.....

13. Czy poleciliby/poleciliby Pan/Pani udział w takim Programie innym osobom?

- A. TAK
- B. NIE

14. Czy widziałyby/widziałby Pani/Pan konieczność wprowadzenia zmian w sposobie realizowania programu?

- a. TAK
- b. NIE

Jeżeli TAK to jakich

.....

.....

15. W przypadku rezygnacji z programu prosimy o podanie przyczyn

.....

.....

.....