

Załącznik nr 10 do Regulaminu wyboru projektów konkursu nr FEMP.06.08-IP.02-063/24



Województwo Małopolskie¹

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

Program na lata 2024 – 2029 z perspektywą kontynuacji

Podstawa prawna:²⁾

art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022 poz.2561 z późn.zm.)

Kraków, 2023

¹⁾ Należy podać nazwę podmiotu, na obszarze działania którego będzie realizowany program polityki zdrowotnej, a w przypadku programów polityki zdrowotnej ministra wskazanie organu wraz z danymi kontaktowymi (adres podmiotu, numer telefonu, numer faksu oraz adres skrzynki elektronicznej).

²⁾ Należy wskazać przepisy ustawy, na podstawie których został opracowany projekt programu polityki zdrowotnej (art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434) lub rekomendację, o której mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6 tej ustawy, z podaniem numeru i nazwy rekomendacji.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
I.1. Opis problemu zdrowotnego.....	3
I.2. Dane epidemiologiczne	7
I.3. Opis obecnego postępowania	8
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
II.1. Cel główny	12
II.2. Cele szczegółowe.....	12
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	13
III.1. Populacja docelowa.....	13
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	14
III.3. Planowane interwencje.....	15
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	15
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	15
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	16
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów ..	16
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	21
V.1. Monitorowanie	21
V.2. Ewaluacja.....	22
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	22
VI.1. Koszty jednostkowe	22
VI.2. Koszty całkowite.....	23
VI.3. Źródła finansowania	24
VII. Bibliografia.....	25
VIII. Aneks	27

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

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.^{3, 4}

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.⁵

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.⁶

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

³ Istrati J: Choroba zwyrodnieniowa stawów - leczenie. Medycyna Praktyczna 2012. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/75358,choroba-zwyrodnieniowa-stawow-leczenie>.

⁴ Sarzi-Puttini P, Cimmino MA, Scarpa R: Osteoarthritis: an overview of the disease and its treatment strategies. Semin Arthritis Rheum, 2005, 35: 1–10.

⁵ 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.

⁶ Borenstein DG: Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. Curr Opin Rheumatol, 2000, 12: 143-149.

zdrowotnej. Częstość występowania dolegliwości wzrasta z wiekiem – zgodnie z piśmiennictwem może wystąpić u 49% osób powyżej 65 roku życia. Bóle krzyża częściej stwierdza się u kobiet (70 przypadków na 1000) niż u mężczyzn (57 przypadków na 1000).⁷

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.⁸

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.⁹

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

⁷ 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.

⁸ Dziak A.: Biomechanika kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. W.: Dziak A. (red.): Bóle krzyża. PZWL Warszawa 1982, s. 43 – 68.

⁹ 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.

w 30 – 35% przypadków. Pogorszenie, głównie z powodu zwłóknienia przestrzeni zewnątrzoponowej, obserwuje się u 20 – 25% pacjentów.¹⁰

Według dostępnych danych częstość występowania poszczególnych zespołów bólowych układu 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 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.¹¹

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 przebytych zapaleniu stawu, martwicy jałowej głowy kości udowej, po urazie. Częstą lokalizacją zmian zwyrodnieniowych są również stawy rąk, stwierdzone 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.¹²

Program będzie stanowił wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej gdyż wykracza poza zakres świadczeń gwarantowanych. Będzie obejmował kompleksowe, 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 2022 roku (stan na listopad) średni czas oczekiwania na świadczenia lekarskie w województwie małopolskim wynosił:

- poradnia rehabilitacyjna – przypadek stabilny 26 dni, pilny 13 dni;
- fizjoterapia ambulatoryjna – przypadek stabilny 156 dni, pilny 82 dni;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – przypadek stabilny 594 dni, pilny 47 dni.¹³

Powyższe dane wskazują na dobrą dostępność porady lekarskiej, która jednakże jest dopiero warunkiem wstępnym podjęcia leczenia usprawniającego w postaci fizjoterapii

¹⁰ 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>.

¹¹ 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>.

¹² Istrati J: Choroba zwyrodnieniowa stawów - leczenie. Medycyna Praktyczna 2012. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/75358,choroba-zwyrodnieniowa-stawow-leczenie>.

¹³ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>

ambulatoryjnej lub rehabilitacji w warunkach stacjonarnych. Dostępność samego leczenia jest jednak niska i są długie terminy oczekiwania.

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

W Polsce w 4 kwartale 2022 roku było 10147 tys. osób biernych zawodowo w wieku 15 – 74 lat, z czego 39% (3927 tys.) było w wieku produkcyjnym i potencjalnie mogłoby zasilić rynek pracy. Co czwarta osoba w wieku produkcyjnym jest bierna zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności.¹⁴

W 2021 roku w województwie małopolskim na 13,6 mln osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu, odnotowano blisko 800 tys. przypadków chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, choroby te stanowiły czwartą w kolejności grupę świadczeń według rozpoznań stawianych w POZ.¹⁵

Wśród przyczyn absencji chorobowej zarejestrowanych przez ZUS w 2021 roku na podstawie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy w grupie wiekowej 19 – 65 lat, w Polsce choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej stanowiły 16,5 % ogółu absencji i były drugą w kolejności, po ciąży, porodzie i połogu, przyczyną tejże absencji. ZUS zarejestrował 2,88 mln zwolnień lekarskich z powodu tych chorób, które przełożyły się na 39,61 mln dni absencji chorobowej. Przeciętna długość orzeczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy wynosiła w przypadku kobiet 14 dni, w przypadku mężczyzn 13,5 dni. W wymienionej kategorii chorób największa absencja chorobowa występowała w grupie wiekowej 50 – 59 lat, następnie w grupie 40 – 49 lat.¹⁶

W województwie małopolskim w 2021 w podanej grupie wiekowej choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej stanowiły 18% ogółu absencji. 58% liczby dni absencji chorobowej spowodowanej tymi chorobami dotyczyła ubezpieczonych w wieku 40 – 59 lat. Wystawiono orzeczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy obejmujące 1,54 mln dni absencji chorobowej, co stanowiło 13,51% 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.¹⁷

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

¹⁴ GUS, Pracujący, bezrobotni i bierni zawodowo (wyniki wstępne BAEL) – 4 kwartał 2022 roku.

¹⁵ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy>

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem

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.¹⁸

I.2. Dane epidemiologiczne

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.¹⁹

Według danych zawartych w analizach opracowanych na podstawie map potrzeb zdrowotnych, w 2019 roku, zapadalność na choroby dolnego odcinka kręgosłupa w Polsce wynosiła 5438,7 na 100 tys. ludności, chorobowość zaś 13 312,4 na 100 tys. ludności i stanowi to najwyższą wartość spośród chorób układu kostno-mięśniowego. Następną w kolejności grupą chorób są choroby zapalenia kości i stawów (zapadalność 653,4; chorobowość 9097,5) oraz bóle szyjnego odcinka kręgosłupa (zapadalność 518,6; chorobowość 2 289,8). W województwie małopolskim zapadalność na choroby dolnego odcinka kręgosłupa wyniosła 5 325,9 na 100 tys. ludności, chorobowość 13 021,2 na 100 tys. ludności. Zapadalność na choroby zapalenia kości i stawów wyniosła 626,0; chorobowość 8 642,9. W przypadku chorób górnego odcinka szyjnego wskaźniki te wyniosły odpowiednio 507,3 oraz 2 229,8. Są to wartości nieco niższe niż dla całego kraju.²⁰

Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje wzrost wartości chorobowości w 2028 roku w odniesieniu do 2019 roku w przypadku chorób układu mięśniowo-szkieletowego plasując je na trzecim miejscu (1 878,05 na 100 tys. ludności w 2028 roku w porównaniu do 2019 roku, wzrost o 8,25%).²¹

Wyniki Europejskiego Ankiетowego Badania Zdrowia – EHIS wskazują, że w 2019 roku bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców były drugimi w kolejności najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotyczącymi ponad ¼ osób dorosłych w Polsce (osoby w wieku co najmniej 15 lat). W grupie osób w wieku 30 – 59 lat problemy z kręgosłupem, zwłaszcza dolnego odcinka, dominowały, na dolegliwości te skarżyło się 13,6% osób w wieku 30 – 39 lat, 24,0% w wieku 40 – 49 lat i 35,6% w wieku 50-59 lat, wraz z wiekiem schorzenia te się pogłębiają.²²

¹⁸ Samoliński B, Raciborski F, Gołąb J: Raport Konstruktywni. Zdrowie, aktywność i zdolność do pracy. Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2015.

¹⁹ 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.

²⁰ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-qbd/>

²¹ https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf (mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.

²² GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 (na podstawie wyników Europejskiego Ankiетowego Badania Zdrowia – EHIS 2019 r.)

I.3. Opis obecnego postępowania

Podstawowymi środkami leczenia niefarmakologicznego 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.

Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w omawianym problemie zdrowotnym:

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.²³

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.²⁴

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

²³ 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.

²⁴ Krismar 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.

(2003 r.),²⁵ stawu biodrowego (2005 r.)²⁶ i choroby zwyrodnieniowej stawów rąk (2007 r.).²⁷ 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.²⁸

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.

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.

²⁵ 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.

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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 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.

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 2021 r., poz. 265). 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 2023 r., poz. 1230 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. z 2019, poz. 277).

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.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Przywrócenie pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej u co najmniej 70% uczestników programu poprzez wdrożenie kompleksowego programu profilaktyki i rehabilitacji na terenie województwa małopolskiego w latach 2024 – 2029.

II.2. Cele szczegółowe

- Zwiększenie liczby osób pracujących lub bezrobotnych zarejestrowanych z określonymi dysfunkcjami narządu ruchu, którym udzielone zostaną określone świadczenia rehabilitacyjne (wartość docelowa 3295 osób).
- Zwiększenie sprawności fizycznej uczestników programu u co najmniej 70% uczestników programu.
- Zmniejszenie dolegliwości bólowych (na podstawie skali NRS) u co najmniej 70% uczestników programu, u których w ramach programu wdrożono interwencje rehabilitacyjne.
- 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).
- Utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 10% poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób narządu ruchu u co najmniej 70% populacji docelowej programu.

Przyjęte wartości wynikają z oceny efektów działań prowadzonych w ramach wdrożonego programu „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej w latach 2018-2021” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia (osoby);
- 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 w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami rehabilitacji leczniczej doszło do zmniejszenia natężenia odczuwanych 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 w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu 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.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa

Grupą docelową programu będą stanowiły osoby zamieszkałe na terenie województwa małopolskiego pracujące lub bezrobotne zarejestrowane²⁹ dotknięte dysfunkcją układu ruchu, z tym, że co najmniej 30% uczestników programu będzie się zawierać w przedziale wiekowym 40 – 59 lat. W tej grupie wiekowej odnotowuje się największą absencję chorobową wywołaną schorzeniami narządu ruchu, co jest spowodowane szczytem chorobowości związanej z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa oraz rozpoczynającymi się i narastającymi z wiekiem zmianami zwyrodnieniowymi stawów obwodowych.

Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) w 4 kwartale 2022 roku ludność w Małopolsce w wieku 15 – 89 lat wyniosła 2621 tys., natomiast zbiorowość osób pracujących w tej grupie wiekowej liczyła 1461 tys. osób. Osoby pracujące stanowiły 55,7% ogółu populacji w wieku 15 – 89 lat.³⁰ W lipcu 2023 roku liczba osób bezrobotnych zarejestrowanych wyniosła 61,5 tys.³¹

²⁹ Zgodnie z Wytocznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027, RPZ z zakresu rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia, jest kierowany do osób pracujących narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub do osób zarejestrowanych jako bezrobotne, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.

³⁰ Urząd Statystyczny Aktywność ekonomiczna ludności w województwie małopolskim – 4 kwartał 2022 r.

³¹ <https://krakow.stat.gov.pl/>

Z uwagi na posiadane środki finansowe szacuje się, że program pozwoli objąć wsparciem rehabilitacyjnym łącznie około 3 295 osób.

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

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 mieszkające na terenie województwa małopolskiego pracujące lub bezrobotne zarejestrowane ze zdiagnozowaną uprzednio 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.

Kryteria wyłączenia z programu:

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.

III.3. Planowane interwencje

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

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

- 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.

Funkcjonowanie wypracowanych rezultatów po zakończeniu projektu

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

- 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).

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Wieloletni charakter projektu gwarantuje długotrwałe oddziaływanie na populację

mieszkańców województwa małopolskiego objętą niniejszym programem.

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.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Etapy i działania organizacyjne

- i. Wyłonienie beneficjentów programu w trybie konkurencyjnym (konkurs)
- ii. Kierowanie i kwalifikacja do programu
- iii. Rehabilitacja i działania prozdrowotne

Ad i. Beneficjenci programu:

Wyłonienie beneficjentów/realizatorów programu odbędzie się w trybie konkurencyjnym. Kryteria wyboru projektów będą stanowiły część dokumentacji naborowej.

Ad ii. Kierowanie i kwalifikacja do programu:

Informacja o realizacji programu zostanie skierowana do docelowej populacji między innymi poprzez internet (strony www, portale społecznościowe), tablice ogłoszeń w zakładach pracy, Powiatowych Urzędach 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 zawierać się będzie w przedziale wiekowym 40 – 59 lat, co odpowiada szczytom absencji chorobowej wywołanej schorzeniami narządu ruchu.

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).

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.

Zgodnie z rekomendacjami uczestnicy powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010, VHA-DoD 2010).

Każdemu uczestnikowi należy ustalić Indywidualny Plan Rehabilitacji dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości proces rehabilitacji.

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.

Zakres świadczeń rehabilitacyjnych pozostawia się do wyboru zgodnie z zaleceniami zespołu rehabilitacyjnego. Zakłada się, że uczestnikowi zostanie zleconych 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.

Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem fizjoterapeuty, grupy nie powinny być liczniejsze niż 10 osób.

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:

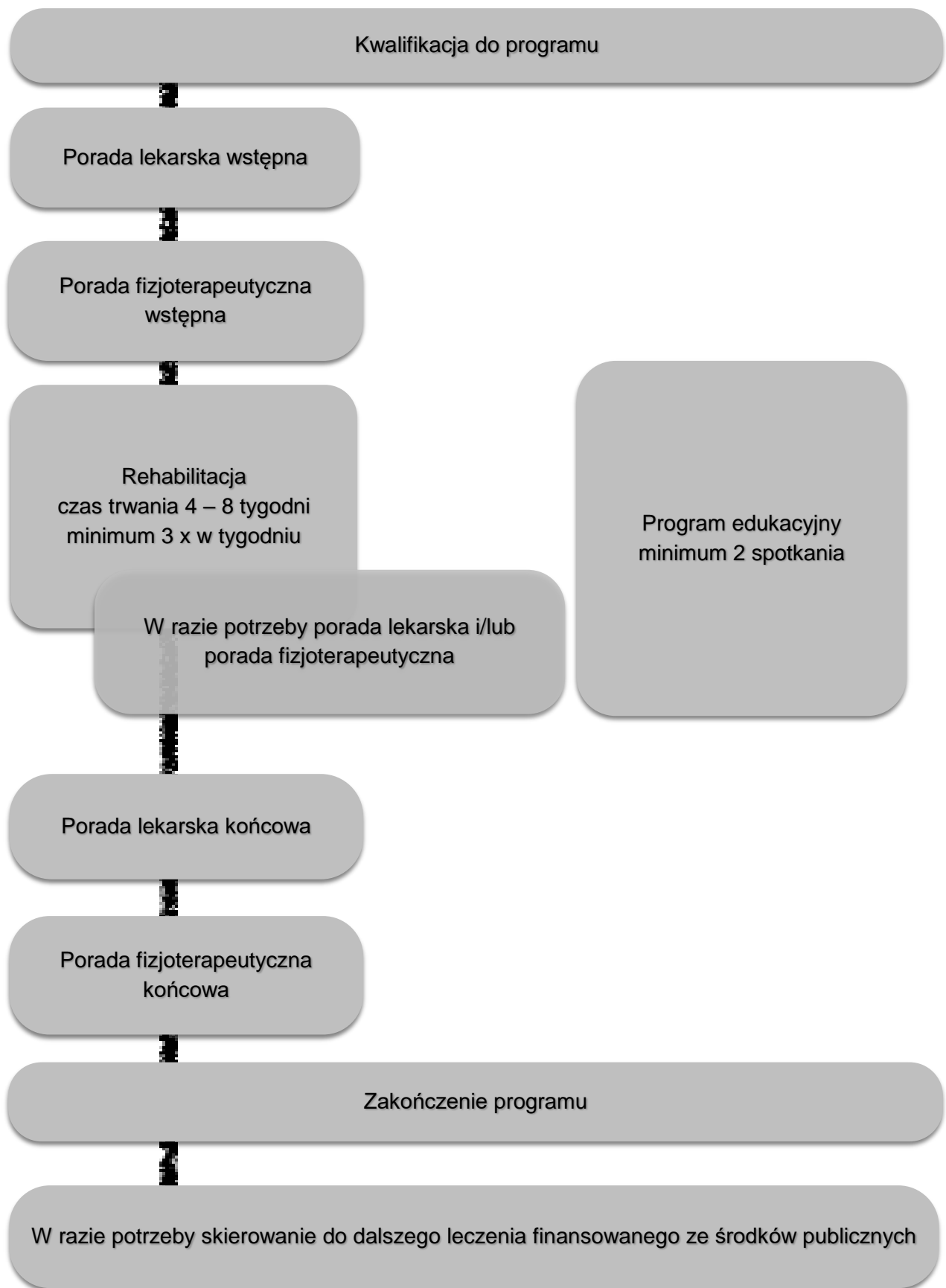
- Prelekcje z udziałem fizjoterapeuty i (nieobligatoryjnie) lekarza;
- Instruktaż w zakresie ergonomii;
- Instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, a zwłaszcza profilaktyki chorób narządu ruchu;
- Instruktaż w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem;
- Materiały edukacyjne;
- Instruktaż ćwiczeń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



IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

1. 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).

2. Wyposażenie oraz warunki lokalowe leczniczego

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).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Beneficjent/realizator programu jest zobligowany do prowadzenia indywidualnej dokumentacji dla każdego uczestnika programu podlegającej obowiązkowi sprawozdawczemu w zakresie koniecznym do przeprowadzenia monitorowania zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Beneficjent jest zobowiązany do określenia we wniosku o dofinansowanie wartości wskaźników produktu/rezultatu wskazanych na Liście Wskaźników Kluczowych 2021-2027 – EFS+ 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 LWK 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 monitorowane jakości każdego projektu i oferowanego w nim wsparcia, stopnia realizacji celów.

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.

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.

V.2. Ewaluacja

Celem ewaluacji będzie ocena efektywności programu na podstawie poziomu osiągnięcia wskaźników określonych w programie.

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 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).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Łączny średni maksymalny koszt wsparcia uczestnika programu szacuje się na 3 800 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 części uczestników).

Średnie maksymalne wsparcie przypadające na osobę skalkulowano w następujący sposób:

rehabilitacja 6 h tygodniowo przez 5 tygodni	1 900 zł
--	----------

konsultacje lekarskie i fizjoterapeutyczne (6x)	750 zł
program edukacyjny	250 zł
pozostałe koszty bezpośrednie, w tym ewentualne koszty dowozu i opieki nad osobą zależną	267 zł
Razem koszty bezpośrednie	3 167 zł
Koszty pośrednie – 20%	633 zł
Razem	3 800 zł

Koszty pośrednie projektu EFS+ są rozliczane wyłącznie z wykorzystaniem stawek ryczałtowych zgodnie z zasadami określonymi w Wytocznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027. Wysokość stawek ryczałtowych uzależniona jest od wartości kosztów bezpośrednich. Dla potrzeb szacowania kosztu wsparcia uczestnika przyjęto stawkę na poziomie 20% wartości kosztów bezpośrednich³² (nie oznacza to, że wartość procentowa kosztów pośrednich w stosunku do wartości kosztów bezpośrednich będzie taka sama w każdym z projektów).

Z uwagi na fakt, iż wybór beneficjentów następuje w drodze konkurencyjnej, 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 wnioskodawcę szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, a w przypadku projektów realizujących RPZ także na etapie wdrażania.

VI.2. Koszty całkowite

Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w wysokości 2 394 366 Euro (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maksymalnie 5%) oraz wkładu własnego beneficjenta (minimalnie 10%). Całościowa alokacja na Program wraz z dofinansowaniem z Budżetu Państwa oraz wkładem własnym Beneficjentów wynosi 2 816 901 euro, czyli 12 518 872 zł (według uśrednionego kursu euro 1 euro = 4,4442 zł) z zaznaczeniem, że koszt wskazany w złotych jest szacunkowy. Będzie on ponownie przeliczany na etapie aktualizacji harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie w programie Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027.

³² Stawka ryczałtowa dla kosztów pośrednich w wysokości 20% kosztów bezpośrednich obowiązuje w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich powyżej 830 tys. zł do 1 740 tys. zł włącznie.

VI.3. Źródła finansowania

- Finansowanie ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, cel szczegółowy 4(d), Działanie 6.8 Programy zdrowotne (85%);
- Budżet Państwa (maksymalnie 5%);
- Wkład własny beneficjentów (minimalnie 10%).

VII. Bibliografia

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. 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.
4. Dziak A.: Biomechanika kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. W.: Dziak A. (red.): Bóle krzyża. PZWL Warszawa 1982, s. 43 – 68.
5. Istrati J: Choroba zwyrodnieniowa stawów – leczenie. *Medycyna Praktyczna* 2012. Dostęp internetowy: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/75358,choroba-zwyrodnieniowa-stawow-leczenie>.
6. 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>.
7. 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>.
8. 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.
9. Samoliński B, Raciborski F, Gołąb J: Raport Konstryktywni. Zdrowie, aktywność i zdolność do pracy. Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2015.
10. Sarzi-Puttini P, Cimmino MA, Scarpa R: Osteoarthritis: an overview of the disease and its treatment strategies. *Semin Arthritis Rheum*, 2005, 35: 1–10.
11. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>
12. GUS, Pracujący, bezrobotni i bierni zawodowo (wyniki wstępne BAEL) – 4 kwartał 2022 roku
13. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>
14. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy>
15. https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf (mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.
16. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 (na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia – EHIS 2019 r.)
17. Wytyczne w zakresie realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach zdrowotnych na lata 2021-2027
18. <https://krakow.stat.gov.pl/>

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.

VIII. 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
 - wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa
 - neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu i stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem;
- 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).

Załącznik 2

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) **wykorzystanie 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° 2

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 poleciłby/poleciłaby 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

.....

.....