

AKCEPTUJĘ

.....
data, oznaczenie oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego
skierowany do osób pracujących i powracających do pracy
w zakresie rehabilitacji medycznej
schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego
związanych ze sposobem wykonywania pracy**

Okres realizacji: 2024-2027

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Pozytywna opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 4 lipca 2024 roku
nr 43/2024**

Opracowanie Programu:

Departament Ochrony Zdrowia
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego
w Zielonej Górze

Miejsce i data opracowania:

Zielona Góra, maj 2024 r.

Spis treści

I.	OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	4
1.	Opis problemu zdrowotnego	4
2.	Dane epidemiologiczne. Epidemiologia schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy	18
3.	Opis obecnego postępowania	35
4.	Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	40
II.	CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI	44
1.	Cel główny	44
2.	Cele szczegółowe	44
3.	Oczekiwane efekty	45
4.	Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	47
III.	CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	48
1.	Populacja docelowa	48
2.	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	52
3.	Planowane interwencje	54
4.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	61
5.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	63

IV.	ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	64
1.	Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	65
2.	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	74
V.	SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	76
1.	Monitorowanie	76
2.	Ewaluacja	77
VI.	BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	80
1.	Koszty jednostkowe	80
2.	Koszty całkowite	83
3.	Źródła finansowania	83
VII.	BIBLIOGRAFIA	84
VIII.	SPIS TABEL	89
IX.	SPIS RYCIN	90
X.	ZAŁĄCZNIKI	91

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowane sposobem wykonywania pracy stanowią powszechny problem zdrowotny istotnie wpływający na ograniczenie sprawności osób pracujących i w konsekwencji prowadzący często do zaburzeń w wykonywaniu ról zawodowych. Problem utrzymania sprawności ludności aktywnej zawodowo¹ jest szczególnie istotny w kontekście obserwowanych trendów demograficznych w tej populacji.

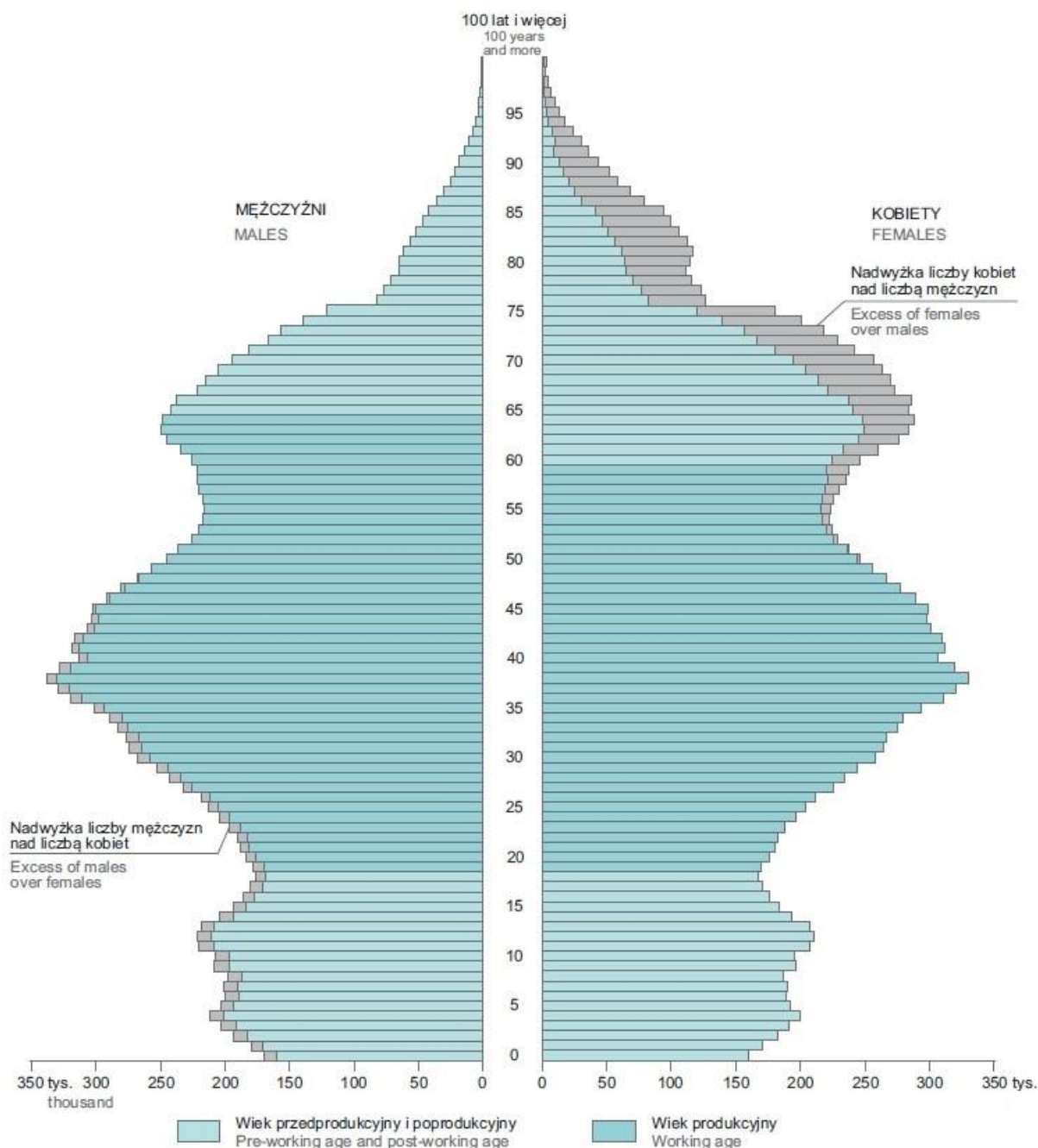
Obserwowane w ostatnim ćwierćwieczu w Polsce trendy demograficzne wskazują na postępujące starzenie się ludności. Konsekwencje społeczno-zdrowotne tych zmian, związane z nimi szanse i wyzwania rozwoju regionalnego w kontekście zmian demograficznych Europy są przedmiotem szczególnej uwagi w wielu państwach rozwiniętych. W odniesieniu do Polski problem ten doczekał się wielu opracowań i był szeroko dyskutowany, choćby na „V Zielonogórskich Spotkaniach z Demografią” (Zielona Góra, 22-23 listopada 2016 r.) [1]. Ostatnie lata przyniosły co prawda wiele nowych czynników, które mogą zmodyfikować obecne trendy (pandemia COVID/19, migracja ludności związana z wojną w Ukrainie, migracja zarobkowa z Azji), kierunek i głębokość tych zmian trudne są jednak obecnie do przewidzenia. Niemniej jednak, niezależnie od przyjętej strategii predykcji (mniej lub bardziej optymistycznej), prognoza ludności na lata 2023-2060 utrzymuje obserwowany wyraźnie w przeciągu ostatnich 25 lat trend do starzenia się społeczeństwa polskiego (zwężanie podstawy piramidy wieku na rzecz poszerzania w zakresie starszych grup wiekowych – Ryc 1), z zaznaczającą się w grupie wiekowej 50+ przewagą kobiet nad mężczyznami (Ryc. 2). Faktem jest, że z końcem 2021 r. liczba ludności Polski po raz pierwszy od 1990 r. spadła ponownie poniżej 38 mln (37 908 tys., mniej nawet niż w 1989 r.) i trend ten pogłębia się nadal (37 766 tys. na koniec 2022 r.) [2]. Spada konsekwentnie liczba ludności w miastach oraz (nieco mniej, biorąc pod uwagę spadek przyrostu naturalnego) na wsi, a także liczba osób w wieku produkcyjnym (mężczyźni: 18-64 lata, kobiety: 18-59 lat).

¹ Ludność aktywna zawodowo według BAEL: osoby w wieku 15-89 lat uznane za pracujące lub bezrobotne (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4565,pojecie.html>, dostęp 23.11.2023); Od 1 kwartału 2021 r. w Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) wprowadzono górny limit wiekowy dla populacji pracujących (89 lat). Przy tym do pracujących zalicza się osoby, które w okresie badanego tygodnia:

- wykonywały przez co najmniej 1 godzinę pracę przynoszącą zarobek lub dochód tzn. były zatrudnione w firmie lub instytucji publicznej lub u prywatnego pracodawcy, pracowały we własnym (lub dzierżawionym) gospodarstwie rolnym lub prowadziły własną działalność gospodarczą poza rolnictwem, pomagały (bez wynagrodzenia) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub rodzinnej działalności gospodarczej poza rolnictwem,

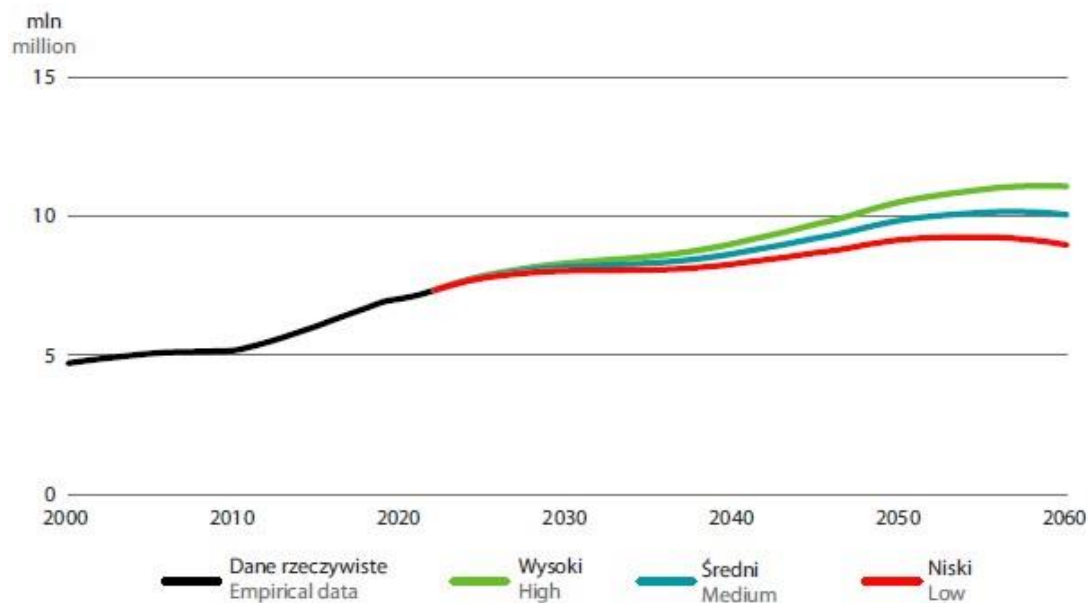
- miały pracę, ale jej nie wykonywały: z powodu choroby lub urlopu wypoczynkowego, urlopu związanego z rodzicielstwem (macierzyńskiego, rodzicielskiego, ojcowskiego lub wychowawczego), organizacji czasu pracy (systemu pracy lub odbioru nadgodzin), szkolenia związanego z wykonywaną pracą; z powodu sezonowego charakteru pracy, jeśli w okresie poza sezonem nadal regularnie wypełniały zadania i obowiązki związane z pracą lub prowadzeniem działalności (z wyłączeniem obowiązków prawnych lub administracyjnych); z innych powodów, jeśli przewidywany okres nieobecności w pracy nie przekracza 3 miesięcy.

Do pracujących zaliczani są również uczniowie, z którymi zakłady pracy lub osoby fizyczne zawarły umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do określonej pracy, jeżeli otrzymywali wynagrodzenie (a więc już nie wolontariusze oraz stażyści nieotrzymujący wynagrodzenia). Do grona pracujących wlicza się obecnie także: pomagających członków rodziny wykonujących pracę na rzecz rodziny spoza własnego gospodarstwa domowego (prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą lub indywidualne gospodarstwo rolne), osoby wykonujące część swojej pracy poza sezonem, obecnie także wszystkie osoby przebywające na urlopie wychowawczym.

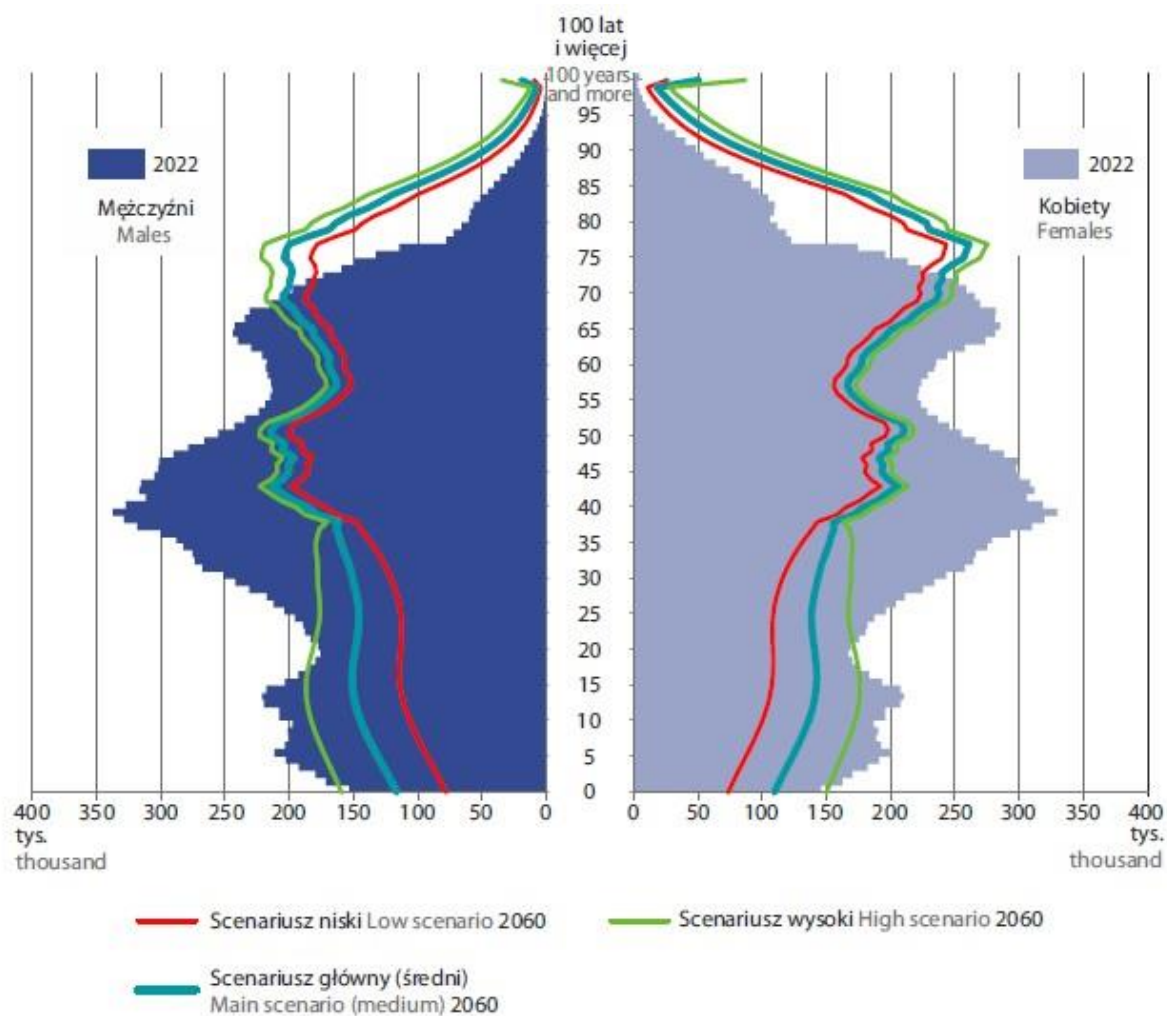


Ryc.1. Ludność według płci i wieku w 2021 r. (stan w dniu 31 grudnia) (źródło: GUS [2])

Zgodnie z prognozą demograficzną GUS, przy utrzymującej się tendencji do zmniejszania liczebności społeczeństwa polskiego, do 2060 r. nastąpi znaczne zmniejszenie liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (do 18 r.ż.; wg modelu średniego spadek o 30,5%), a także w wieku produkcyjnym (do osiągnięcia wieku emerytalnego; wg modelu średniego spadek o 32%). Jednocześnie przewiduje się zwiększanie liczby osób w wieku 65+ [3] (Ryc. 2). Stopniowo wydłużać się będzie oczekiwane trwanie życia – na przestrzeni kolejnych 40 lat o około 5 lat wśród mężczyzn i około 4 lata wśród kobiet (model średni). Odwróceniu ulegnie piramida struktury wiekowej społeczeństwa (Ryc. 3). Do końca okresu prognozy spodziewany jest przyrost odsetka ludności w wieku 65+ o 37 %. Jeszcze większy wzrost spodziewany jest w grupie 85+ (blisko 2,5 krotny wzrost wg modelu średniego).



Ryc. 2. Liczba osób 65+ (w mln) według trzech scenariuszy w latach 2000-2060 [3]



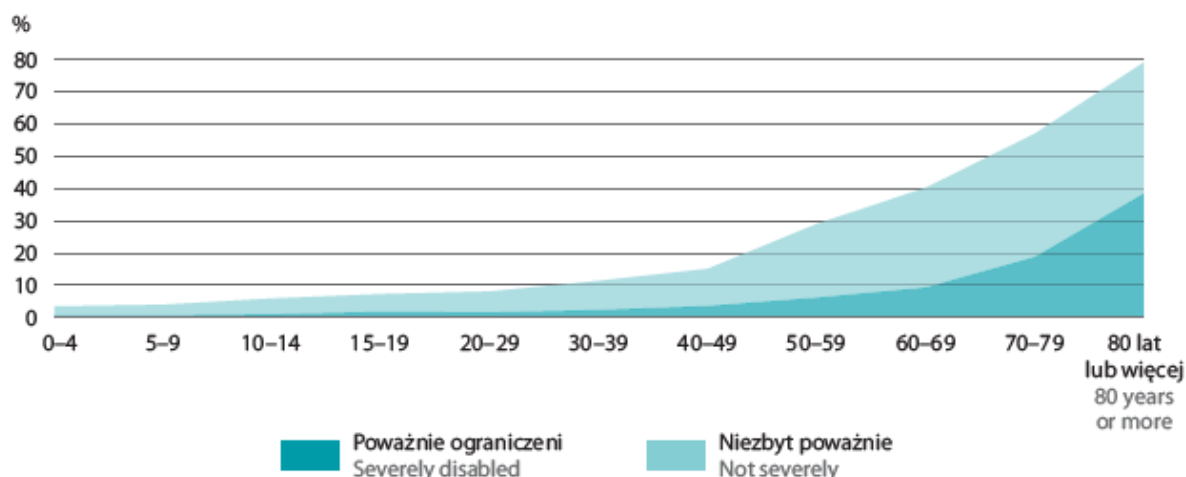
Ryc.3. Piramida wieku ludności (w tys.) w 2022 r. (empiryczna) i w 2060 r. według prognozowanych trzech scenariuszy (źródło: GUS [3])

Istotnym skutkiem tych zmian będzie również starzenie się populacji osób aktywnych zawodowo. Wobec niskiej liczby narodzin w ostatnich latach (od wyżu w 2010 stały spadek liczby narodzin i dzietności) wsparcie populacji pracującej osobami młodymi będzie niewystarczające [1, 3]. Na przestrzeni lat 2001-2021 udział osób 50+ w populacji Polski zwiększył się o 9,2% (do 37,7%; przyrost o jedną trzecią). Według prognoz zmiany w strukturze ludności w wieku produkcyjnym będą polegać na zwiększeniu liczby osób w wieku niemobilnym², co spowoduje w przyszłości zmniejszenie się zasobów pracy, a w konsekwencji pogorszenie podaży siły roboczej na rynku pracy w Polsce [4]. Już ostatnie dane z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) w 2021 r. wskazują, iż wskaźnik zatrudnienia wśród osób w wieku 50-89 lat wyniósł 34,7% (dwie trzecie kobiet i co drugi mężczyzna objęty badaniem pozostawali bez zatrudnienia), przy czym najwyższy był jeszcze w grupie osób w wieku 50-54 lata (81,4%), a najniższy po 65 r.ż. (6,2%).

Podkreśla się, że z wiekiem pogarsza się stan zdrowotny i stopień samodzielności ludności. Z jednej strony wpływa to negatywnie na zachowanie zdolności do pracy, z drugiej strony może nasilać negatywne skutki zdrowotne wykonywanej pracy w populacji osób aktywnych zawodowo (w miarę wydłużania się aktywności zawodowej). Z wiekiem przybywa długotrwałych problemów zdrowotnych (wg założenia GUS trwających co najmniej 6 miesięcy, nie tylko na skutek choroby przewlekłej, ale także w następstwie długotrwałego złego samopoczucia, niesprawności czy kalectwa). 70% pięćdziesięciolatków sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród sześćdziesięciolatków odsetek ten wyniósł 82% a w grupie osób najstarszych - niemal 96%. Kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszały występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych (odpowiednio 53% i 45%, przy 49% dla całego społeczeństwa). Jeśli chodzi o choroby przewlekłe (utrzymujące się w ciągu ostatnich 12 miesięcy) najczęściej było to wysokie ciśnienie krwi oraz dolegliwości bólowe pleców (zwłaszcza dolnej partii). Ich występowanie wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem. Przewlekłe problemy z kręgosłupem, zwłaszcza dolnego odcinka, zgłaszało 14% osób w wieku 30-39 lat, 24% w wieku 40-49 lat i blisko 36% w wieku 50-59 lat [5]. Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych pogarsza jakość życia i wpływa niekorzystnie na subiektywną ocenę stanu zdrowia, która wg badania GUS jest tym niższa, im jesteśmy starsi. Wyraźny spadek pozytywnych ocen stanu zdrowia zaczyna być widoczny wśród osób w wieku co najmniej 50 lat. W grupie wieku 50-59 lat jedynie 49% osób miało poczucie dobrego stanu zdrowia, w wieku 60-69 lat było to już tylko 35%, w wieku 70-79 lat – 22%, a w grupie 80+ było to 16%. Zjawisku temu towarzyszy pogłębianie się upośledzenia sprawności w codziennym funkcjonowaniu. Pod koniec 2019 r. żyło w Polsce niemal 23% osób niepełnosprawnych w sensie biologicznym (czyli według metodologii Eurostatu osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują). Odnotowano wzrost o ponad 2% względem badania z 2014 r., a w grupie osób w wieku 50-69 lat o około 3%. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej rośnie gwałtownie po ukończeniu 50 r.ż., aż do 80% w grupie seniorów 80+ (tu 38% osób z poważnymi ograniczeniami) – Ryc.4.

Zarówno przewlekłe problemy zdrowotne, jak i istotne ograniczenie sprawności wymagają nie tylko właściwego leczenia, ale również działań służących utrzymaniu sprawności i odpowiedniej jakości życia. Temu celowi służyć powinna właściwie prowadzona, powszechnie dostępna rehabilitacja zdrowotna, połączona z innymi działaniami wspierającymi. Lata pandemii COVID-19 przyniosły dla tego celu poważne wyzwanie.

² Zgodnie z terminologią stosowaną w opracowaniach GUS, dotyczących klasyfikacji ludności według grup ekonomicznych, za osoby w wieku produkcyjnym (ludność w wieku zdolności do pracy) niemobilnym uważa się mężczyzn w wieku od 45 do 64 lat i kobiety od 45 do 59 lat; ten przedział wiekowy obejmuje osoby, które z reguły nie są już chętne do zmiany pracy lub stanowiska bądź przekwalifikowania się.



Ryc. 4. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej według grup wieku w 2019 roku [5]

W latach pandemii COVID-19 (zwłaszcza 2020 i 2021 r.) nastąpiło mierzalne pogorszenie stanu zdrowia Polaków, szczególnie osób starszych (m.in. w oparciu o dane dotyczące długości życia i umieralności). W 2021 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71,75 lat i była krótsza o 2,3 lat niż w poprzedzającym pandemię 2019 r. W przypadku kobiet długość życia kobiet była krótsza o 2,1 lat i wynosiła 79,68 lat. Były to spadki większe niż w większości krajów UE (większe o 1,1 roku dla mężczyzn i o 1 rok w przypadku kobiet). COVID-19 był przy tym drugą w kolejności chorobą odpowiedzialną za zgony ogółu Polaków w 2021 r., a wśród osób w wieku 25–74 lata był przyczyną najczęstszą. W okresie pandemii wystąpiła znaczna nadwyżka umieralności z powodu cukrzycy, chorób układu nerwowego, chorób serca, przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu. Autorzy raportu wskazują, iż mogło to być spowodowane obiektywnym i subiektywnym utrudnieniem w dostępie do leczenia [6]. Utrudnienia w dostępie dotyczyły także, choć przejściowo, usług z zakresu rehabilitacji medycznej. Potrzeby jednak nie zmaleły.

Z raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH wynika także, iż lata pandemii przyniosły pogorszenie nawyków prozdrowotnych wśród Polaków, z czym powiązane było m.in. zwiększenie wskaźników otyłości dla ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej. W stosunku do okresu przed pandemią COVID-19 odsetek mężczyzn ze zbyt wysoką masą ciała zwiększył się o blisko 3%, a wśród kobiet jedynie o 0,5%. Notabene mężczyźni są w Polsce zagrożeni nadwagą i otyłością znacznie częściej niż kobiety (dotyczy ona 62% mężczyzn i 43% kobiet, a w grupie z wyższym wykształceniem różnica jest nawet 2-3 krotna na niekorzyść płci męskiej). Dla obu płci wzrost ten był skorelowany z wiekiem, a najsilniejszy w najstarszych grupach wieku tj. 75-84 lata (o 19% wśród mężczyzn i 9% wśród kobiet) oraz 85+ (po 8%), a więc tych, które najbardziej zagrożone są poważnym ograniczeniem sprawności.

Przy tym w porównaniu z większością krajów UE Polacy są mało aktywni fizycznie. Aż 64% Polaków (62% mężczyzn i 65% kobiet) w wieku 20 lat lub więcej nie podejmuje żadnej rekreacyjnej aktywności fizycznej. Stwierdza się, że częstość podejmowania aktywności fizycznej systematycznie zmniejsza się z wiekiem. Ponadto w stosunku do 2018 r. odsetek aktywnych fizycznie Polaków zmniejszył się o blisko 4%.

Od czasu pandemii pogorszyły się również nawyki żywieniowe Polaków (porównanie 2018 versus 2022). Wzrosło spożycie tłuszczów, cukru i wyrobów cukierniczych. Korzystną zmianą był wzrost, chociaż niewielki, spożycia warzyw i owoców (takiego wzrostu nie

obserwowano jedynie w grupie osób starszych, w wieku emerytalnym), a także mleka i serów. Wzrósł odsetek osób spożywających pieczywo razowe i żytnie jasne. Jednocześnie jednak częściej spożywano produkty typu fast food oraz słodczy. Jak wskazali członkowie Komitetu Żywienia Człowieka PAN, nawyki żywieniowe Polaków już przed pandemią były niekorzystne (m.in. zbyt małe spożycie warzyw i owoców, ryb, a duży udział tłuszczów zwierzęcych, mięsa czerwonego, produktów przetworzonych oraz słodczy), w czasie jej trwania uległy jednak dalszemu pogorszeniu. Może to stanowić duże zagrożenie dla zdrowia publicznego w Polsce, a wraz z obniżoną aktywnością fizyczną z pewnością sprzyja wzrostowi masy ciała, co pogłębia problem. Ważne jest zatem podejmowanie kompleksowych działań o charakterze edukacyjno-motywowującym dla poprawy tej sytuacji. Aktualnie znaczna część Polaków nie korzysta z żadnych źródeł wiedzy o racjonalnym żywieniu, nie stosuje tej wiedzy w praktyce, nie widzi takiej potrzeby, bądź korzysta z suplementów i diet niezrównoważonych, czasem niezgodnych z ludzką fizjologią (np. tzw. diety ketogeniczne).

W przypadku działań z zakresu rehabilitacji medycznej zaburzenia odżywienia w formie znacznej nadwagi lub otyłości stanowią dodatkowe wyzwanie. Z jednej strony wiążą się z mniejszą tolerancją wysiłkową, nierzadko z zaburzeniami w układzie krążenia (nadciśnienie – wartości ciśnienia tętniczego krwi powyżej 160/95 zaliczają się do tzw. czerwonych flag), gorszą motywacją do udziału w aktywnych formach rehabilitacji (ćwiczenia czynne). Z drugiej strony stanowią znaczące obciążenie mechaniczne dla stawów obwodowych prowadząc do ich szybszego zużycia (zwłaszcza stawy kończyn dolnych). Otyłość jest, obok starszego wieku, najistotniejszym czynnikiem ryzyka zwyrodnienia stawów, zwłaszcza kolanowych [7]. Opierając się na danych z Osteoarthritis Initiative (OAI) stwierdzono, iż wzrost masy ciała o ponad 5% w ciągu czterech lat wiązał się z 29% większym ryzykiem zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych (oceniane radiologicznie - przez zwężenie przyśrodkowych części szpar stawowych), a o 34% wzrasta ryzyko częstego bólu kolana. Pacjenci z otyłością są ponad dwukrotnie bardziej narażeni na rozwój choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego niż osoby o prawidłowej wadze. Redukcja masy ciała o co najmniej 5% w tym samym czasie wiązała się z istotnym statystycznie zmniejszeniem bólu i zwolnieniem postępu zmian zwyrodnieniowych. Nie zauważono podobnej korelacji w przypadku stawu biodrowego (dla progu 5% zmiany masy ciała) [8]. Nie potwierdzono dotychczas także jednoznacznego wpływu wagi na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa (np. badania Burdorfa, Shehelle) . Wskaźnik BMI odpowiadający otyłości był natomiast istotnym predyktorem rwy kulszowej [9, 10] ale nie samego bólu pleców [11].

Otyłość jest zatem modyfikowalnym czynnikiem ryzyka choroby zwyrodnieniowej stawów. Meta-analizy badań klinicznych wskazują jednak, iż znacząca redukcja masy ciała skutkuje stosunkowo niedużą poprawą w zakresie objawów i minimalnymi efektami w zakresie postępu zwyrodnienia (proces toczy się nadal, choć w nieznacznie mniejszym tempie). Ponieważ efekt wzrostu masy ciała na nasilenie dolegliwości i zmian zwyrodnieniowych jest znacznie wyraźniejszy, sugeruje się, aby strategię kontroli masy ciała u osób z artrozą celowały szczególnie w zapobieganie wzrostowi masy ciała, co jest celem znacznie łatwiejszym do osiągnięcia i długotrwałego utrzymania, niż wysiłki podejmowane w celu zmniejszenia wagi [12]. Pacjenci powinni mieć w tym obszarze stawiane cele osiągalne (realistyczne) i akceptowalne, wówczas ryzyko niepowodzenia, a w dalszej konsekwencji utraty motywacji, jest mniejsze.

Dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego są obok problemów krążeniowych (po nadciśnieniu, a bardziej niż choroba niedokrwienna serca) najczęstszymi problemami zdrowotnymi osób dorosłych. Wśród dolegliwości z układu ruchu na pierwszym miejscu wymienia się bóle dolnej partii pleców (co czwarta dorosła kobieta i co piąty mężczyzna), a w następnej kolejności zgłaszane są bóle szyi lub środkowej partii pleców (u co 6 osoby)

oraz choroba zwyrodnieniowa stawów (15%). Z wiekiem ich częstość znacznie wzrasta osiągając w grupie 70+ odsetki rzędu 30%, a w przypadku bólów dolnej części pleców i zwyrodnień stawów nawet 50% [5]. Schorzenia narządu ruchu są najczęstszym problemem zdrowotnym w grupie dorosłych osób niesprawnych biologicznie (występują u 53% ogółu, częściej nawet u kobiet – 56,5%; najczęstsze już w najmłodszej grupie badanych osób 15-19 lat: 38,5%, osiągając w grupie 80+ aż 73,4%; dane dla Polski z 2019 r.). Niepełnosprawność biologiczna nie jest jednak tylko domeną osób starszych. Niepełnosprawni do 60 r.ż. stanowili w 2011 r. ponad 59% całej tej grupy (w województwie lubuskim odsetek ten był najwyższy, osiągając prawie 65%) [13]. Województwo lubuskie należy do grupy 4 województw z największym odsetkiem niepełnosprawności biologicznej według kryterium unijnego – 23%. Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wyraźnie wraz z wiekiem, poczynszyszy od 30 r.ż., a szczególnie dynamicznie po ukończeniu 50 roku życia. Według poprzedniego, nieco bardziej szczegółowego opracowania GUS, odsetki osób niepełnosprawnych (według kryterium statystycznego) w poszczególnych grupach wiekowych są dla województwa lubuskiego znacząco wyższe niż średni wynik dla Polski: w grupie 30-49 lat jest to 8,8% (średnia dla Polski 6,7%), a w grupie 50-69 lat już 30,2% (Polska – 20,6%). Z końcem 2014 r. odsetek osób niepełnosprawnych wśród osób bezrobotnych był najwyższy w województwie lubuskim, osiągając 9,1% (przy 6% w kraju), co może wskazywać na szczególne potrzeby regionalne [14].

Problem niepełnosprawności ma charakter globalny (około 15% ludności świata odczuwa swoją niepełnosprawność, z czego 2-4% ma poważne trudności w funkcjonowaniu) i jest przedmiotem szerokich działań WHO i Komisji Europejskiej. Należy przy tym zaznaczyć, że pojęcie niepełnosprawności ma swoje różne uwarunkowania (biologiczne, społeczne, prawne, statystyczne), co sprawia, że porównywanie pomiędzy sobą statystyk dotyczących niepełnosprawności napotyka na poważne trudności. Z punktu widzenia programów rehabilitacyjnych i ukierunkowanych na przywracanie zdolności do pracy, dane o niepełnosprawności stanowią natomiast punkt odniesienia, potwierdzający zasadność podejmowanych działań. Dla potrzeb takich programów najbardziej przydatne będą statystyki dotyczące niepełnosprawności według kryterium biologicznego. Taki charakter ma definicja niepełnosprawności według kryterium unijnego³ [5]. Nie jest, co oczywiste, zadaniem ani możliwością programów prozdrowotnych redukcja niepełnosprawności prawnej, gdyż ta zależy od posiadania orzeczenia wydanego przez odpowiednią instytucję (przy tym w Polsce niepełnosprawność prawna była i jest orzekana przez różne instytucje i dla różnych celów), a jej uwarunkowania mają nierzadko pozazdrowotny charakter (np. chęć uzyskania ulg itp.).

Na trendy demograficzne oraz obserwowane w populacji rozprzestrzenienie chorób i niepełnosprawności nakładają się skutki zagrożeń zdrowotnych związanych z wykonywaną pracą. Tych negatywnych skutków zdrowotnych pracy nie daje się w pełni uniknąć, mimo rozwiązań systemowych w ochronie pracy. Mimo upływu lat i zgromadzonych doświadczeń ideałem pozostaje rekomendacja Komitetu Ekspertów WHO z 1973 r., Europejskiego Biura Regionalnego w Kopenhadze, aby „stan zdrowia osób wykonujących pracę nie ulegał szybszej degradacji, aniżeli następuje to w wyniku fizjologicznego procesu starzenia się

³ rekomendowany standard europejski zakłada przy badaniu niepełnosprawności od 2019 r. dwa pytania (wcześniej tylko dot. istnienia i stopnia ograniczeń), mające odniesienie do niepełnosprawności biologicznej:

B3. Czy z powodu problemów zdrowotnych ma Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują?

1. Tak, poważnie ograniczoną
2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie
3. Nie, nie mam żadnych ograniczeń

B4. Czy ta ograniczona zdolność trwa co najmniej 6 ostatnich miesięcy? 1. Tak 2. Nie

organizmu” [15]. Niestety bowiem standardowa praca zarobkowa nie pozwala na jej wykonywanie w pełni fizjologiczny sposób, ze względu na wymuszony rozkład czasowy (nierzadko także praca zmianowa, praca w porze nocnej), przydzielone obowiązki (o powtarzalnym, długotrwałym charakterze, często znacznie odbiegającym od standardowych czynności życia codziennego), dodatkowe zagrożenia zdrowotne w miejscu pracy (hałas, wibracja, zapylenie, czynniki biologiczne itp.), czy obciążenie psychospołeczne i związany z tym przewlekły stres. Ten ostatni czynnik, zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy, są obecnie postrzegane jako coraz poważniejsze zagrożenie dla osób pracujących, także jako jeden z istotnych czynników ryzyka rozwoju schorzeń mięśniowo-szkieletowych (obok czynnika biomechanicznego, związanego z fizycznym obciążeniem)[16]. Związane są one z elementami projektowania pracy i zarządzaniem, i mogą mieć niezależny, lub interakcyjny wpływ na rozwój dolegliwości mięśniowo-szkieletowych [17]. Obecne rozwiązania rynku pracy zakładają nowe, często elastyczne formy zatrudnienia (m.in. telepraca, praca w ograniczonym wymiarze czasu, praca dorywcza, dzielenie się pracownikiem - employee sharing, dzielenie stanowiska pracy - job sharing, outsourcing). Wraz ze wzrastającym tempem pracy (zwłaszcza w sytuacjach związanych z przepływem informacji; digitalizacja) i jej złożonością może to determinować dodatkową komponentę psychospołeczną w aspekcie obciążenia zawodowego i jego skutków zdrowotnych u pracowników. Dostępne obecnie badania wskazują, iż nowe formy pracy mogą mieć szereg skutków dla dobrostanu osób pracujących - zarówno negatywnych, jak i pozytywnych. Choć części osób mogą dawać większe poczucie autonomii, zaangażowania w pracę, to dla wielu innych stanowią nadmierne obciążenie i są źródłem istotnego stresu zawodowego [18]. Uzasadnia to potrzebę włączenia elementów o charakterze wsparcia psychologicznego do działań profilaktycznych i leczniczych (rehabilitacyjnych) kierowanych do osób pracujących, co ma gwarantować uzyskanie najlepszego możliwego efektu.

Schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowane sposobem wykonywania pracy mają najczęściej etiologię przeciążeniową i mieszczą się w szerokim pojęciu patologii zawodowych [17,19]. Są skutkiem zarówno prac o charakterze fizycznym (gdzie dominują obciążenia dynamiczne, wywołujące lub nasilające dolegliwości bólowe w trakcie wykonywania czynności ruchowych), jak i prac wykonywanych długotrwale w jednostajnej pozycji (gdzie dominują obciążenia statyczne, dla których przyjmowana pozycja oraz czynnik czasu są najbardziej istotne). Dla ich powstania i rozwoju istotne są takie czynniki związane ze środowiskiem pracy jak: powtarzane (często lub jednostajnie) czynności ruchowe, z cechami monotypii i monotonii, używanie znacznej siły fizycznej podczas dźwigania, przenoszenia, pchania lub ciągnięcia, wymuszona pozycja ciała (długotrwale lub w sposób powtarzany), dodatkowe obciążenia w postaci zmiennych warunków atmosferycznych, drgań mechanicznych (wibracji) działającej ogólnie lub tylko na kończyny górne, czy wspomnianego wyżej obciążenia psychospołecznego. Do przeciążenia dochodzi wówczas, gdy wielkość czynnika szkodliwego (natężenie, czas trwania) przekracza odporność mechaniczną ustroju. Odporność ta jest cechą w dużej mierze osobniczą, zależną jednak głównie od czynników niemodyfikowalnych: płeć, wiek, mechaniczna odporność tkanek uwarunkowana genetycznie, ale również środowiskowo (dieta, wypoczynek, aktywność fizyczna w wolnym czasie – te elementy podlegają akurat modyfikacji i mogą być przedmiotem interwencji profilaktycznej) [20,21].

Schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowane sposobem wykonywania pracy w krańcowej postaci mogą przyjmować formę choroby zawodowej. Dotyczy to przypadków przewlekłych, o znacznym stopniu zaawansowania, a tym samym o znacznym nasileniu zaburzeń funkcji. Definicja choroby zawodowej jest zapisana w art.235¹ Kodeksu pracy [22], a zasady zgłaszania podejrzeń i rozpoznawania chorób

zawodowych wraz z obowiązującymi wzorami druków określone zostały w odrębnych przepisach [23,24].

Aktualnie obowiązujący wykaz chorób zawodowych, będący załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych [23] obejmuje schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wymienione głównie w punktach 19 i 20. Nie należy jednak zapominać, że również zespół wibracyjny (punkt 22 wykazu), choroba dekompresyjna (punkt 23.1), czy niektóre z chorób zakaźnych (borelioza, bruceloza; punkt 26) związane są z uszkodzeniem i ograniczeniem sprawności układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego. Zestawienie tych schorzeń, zgodne z aktualnym wykazem chorób zawodowych przedstawiono w Tabeli 1.

Choroby zawodowe	
19. Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy:	
1)	przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki
2)	przewlekłe zapalenie kaletki maziowej
3)	przewlekłe uszkodzenie łokotki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej
4)	przewlekłe zapalenie okołostawowe barku
5)	przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej
6)	zmęczeniowe złamanie kości
20. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy:	
1)	zespół cieśni w obrębie nadgarstka
2)	zespół rowka nerwu łokciowego
3)	zespół kanału de Guyona
4)	uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej
22. Zespół wibracyjny:	
1)	postać naczyniowo-nerwowa
2)	postać kostno-stawowa
3)	postać mieszana: naczyniowo-nerwowa i kostno-stawowa
23. Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego:	
1)	choroba dekompresyjna
26. Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	

Tab.1. Punkty wykazu chorób zawodowych zawierające schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego [23]

W tym miejscu należy pamiętać również o skutkach wypadków w pracy, które także, choć w zupełnie innym mechanizmie, mogą prowadzić do uszkodzenia struktur kostno-stawowych lub nerwowych. Także one kwalifikują się do procesu usprawniania, celem odzyskania zdolności wykonywania pracy i powinny być objęte dostępem do świadczeń oferowanych w Programie.

Należy zauważyć, że do chorób zawodowych, według polskiego prawodawstwa, nie zaliczają się powszechnie występujące w populacji zespoły bólowe kręgosłupa. Także wiele

innych schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego o przemijających, jednak nawracających objawach (np. parestezje – mrowienia i zaburzenia czucia, bóle mięśniowe i stawowe, pojawiające się po pracy, początkowo jeszcze ustępujące po odpoczynku) nie mieszczą się w pojęciu choroby zawodowej, choć niewątpliwie mogą być związane przyczynowo z wykonywaną pracą [25]. Schorzenia te, dla odróżnienia od ścisłego pojęcia medyczno-prawnego, bywają określane pojęciem chorób parazawodowych [26], a w literaturze anglojęzycznej work-related disorders.

Wiele z omawianych schorzeń spowodowanych sposobem wykonywania pracy ma etiologię przeciążeniową, a uszkodzenie lokalizuje się w tkankach miękkich. Dlatego też w odniesieniu do nich używa się nierzadko terminu reumatyzm tkanek miękkich [27]. Pojęcia stosowane w literaturze anglojęzycznej: *repetitiv strain injury* (RSI; uszkodzenie z powtarzanego przeciążenia) [28,29], czy *cumulative trauma disorders* (zaburzenia związane ze skumulowanym urazem) [30], oddają natomiast najczęstszy mechanizm powstawania zmian patologicznych w tych przypadkach: powtarzane nadmierne obciążenie (przeciążenie) i kumulujące się mikrourazy, aż do powstania jawnego klinicznie uszkodzenia.

Biorąc powyższe pod uwagę, do katalogu patologii zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, będącym wyraźnym poszerzeniem wykazu chorób zawodowych, zaliczyć należy schorzenia wymienione w Tabeli 2.

Należy zauważyć, iż w pojęciu „schorzenia spowodowane sposobem wykonywania pracy” mieści się szczególnie uwarunkowanie dla omawianej grupy schorzeń, a jednocześnie sugestia, że sposób wykonania pracy jest istotny dla faktu wystąpienia choroby i jej przebiegu. Sposób ten, zależny zarówno od obiektywnych okoliczności związanych ze środowiskiem pracy (charakter pracy, np. praca posadzkarza, wykonującego prace w przykłąku, z okresowym dźwiganiem; ale też ergonomiczna optymalizacja warunków pracy lub brak takiej optymalizacji), jak i od cech indywidualnych, wynikających z posiadanych nawyków. Zatem sposób wykonywania pracy, a tym samym ryzyko zmian przeciążeniowych, także podlegają modyfikacji. Modyfikacja korzystna możliwa jest przez stosowanie różnego rodzaju rozwiązań ergonomicznych – o charakterze technicznym, np. pomoce transportowe, regulowane blaty robocze itp., czy też o charakterze organizacyjnym, np. wykonywanie prac cięższych fizycznie w zespołach dwu lub więcej osobowych, rotacja pracowników przy czynnościach bardziej obciążających [26,31]. Dlatego też integralnym elementem każdego Programu polityki zdrowotnej winna być profilaktyka zdrowotna o charakterze pierwszorzędowym (pierwotnym), ukierunkowana na modyfikację indywidualnych nawyków zdrowotnych w kierunku bardziej korzystnym. W przypadku schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego o etiologii przeciążeniowej, szczególnie ważna jest przyjmowana pozycja ciała i jego poszczególnych części (np. proste ustawienie pleców i głowy oraz optymalne ustawienie kończyn górnych z zachowaniem fizjologicznych kątów zgięć w stawach – podczas długotrwałej pracy przy komputerze), a także posiadane umiejętności bezpiecznej i ergonomicznej pracy (np. technika prawidłowego dźwigania). Elementy te wymagają kształtowania w procesie informacyjno-edukacyjnym. Edukacja i promocja zdrowia w fizjoterapii, czy tzw. fizjoprofilaktyka (włączenie w poradę fizjoterapeutyczną elementów profilaktycznych, zwłaszcza służących wzmocnieniu wiedzy o czynnikach ryzyka, umiejętności ich rozpoznawania, modyfikacji zachowań mających wpływ na występowanie danego schorzenia, wzmocnienie potencjału prozdrowotnego jednostki) powinna być zatem istotnym rozwinięciem metod powszechnie stosowanych w rehabilitacji [32]. W niektórych systemach terapeutycznych edukacja profilaktyczna jest nierozdzielnie powiązana ze standardowymi elementami interwencji fizjoterapeutycznej (diagnostyka funkcjonalna, właściwa terapia), jak np. w metodzie McKenzie [33].

Tab. 2. Zestawienie patologii zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego

Lp.	Nazwa patologii zawodowej (grupy patologii)	kod ICD-X
1.	Zapalenie ścięgna i jego pochewki *) np. M65.3 - palec trzaskający (najczęściej jako skutek zapalenia zginacza długiego kciuka lub zginacza powierzchownego palców ręki) M65.4 - zapalenie ze zwłóknieniem wspólnej pochewki ścięgien długiego odwodziciela i prostownika krótkiego kciuka (choroba de Quervain'a)	M65
2.	Zapalenie/uszkodzenie przeciążeniowe mięśni lub przyczepów ścięgnistych np.: M60 - Zapalenie mięśni, M62 - Inne choroby mięśni oraz: M77 – entezopatie ogólnie, w tym: M77.3 - entezopatia rozciągnięta podeszwowego (tzw. ostroga piętowa dolna) M77.9 - Entezopatia, nieokreślona	M62 M77
3.	Zapalenie nadkłykcia kości ramiennej: przyśrodkowego (łokieć golfisty ^a) lub bocznego (łokieć tenisisty ^b) *) – jako jedne z najbardziej charakterystycznych entezopatii wymienione osobno	M77.0 ^a M77.1 ^b
4.	Zapalenie kaletki maziowej *) (najczęściej dotyczy kaletek okolicy stawu kolanowego, łokciowego, czy barkowego)	M71
5.	Uszkodzenie łąkotki *) (np. u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej)	M23
6.	Zapalenie okołostawowe barku (PHS, zespół bolesnego barku, zesp. stożka rotatorów) *)	M75
7.	Przewlekłe uszkodzenie struktur stawowych o etiologii przeciążeniowej (np. w formie torbieli Bakera, barku zamrożonego; najczęściej towarzyszy innym patologiom zaw.) Ogólnie: M68 - zaburzenia błony maziowej i ścięgien w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej. Ewentualnie zależnie od lokalizacji, np. M23 - wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego	M68
8.	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem (klinicznie: przeciążeniowe bóle rąk, stóp, kolan, bioder – mogą być tak klasyfikowane, jeśli brak konkretnej przyczyny wiodącej, lub podłoże jest wieloczynnikowe)	M70
9.	Zespoły bólowe kręgosłupa **) (w odcinku szyjnym, piersiowym lub lędźwiowo-krzyżowym, także łącznie z rwą kulszową lub ramienną; zamiennie używa się czasem też innych kodów: od M47 do M53, G54)	M54
10.	Mononeuropatie obwodowe z ucisku *): G56.0 - uszkodzenie nerwu pośrodkowego (zespół cieśni w obrębie nadgarstka) G56.2 - uszkodzenie nerwu łokciowego (zespół rowka nerwu łokciowego lub zespół kanału de Guyona) G57.3 - uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego (np. u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej) G57.4 - uszkodzenie nerwu piszczelowego w zespole kanału skokowego i inne neuropatie obwodowe z ucisku nie mieszczące się w wykazie chorób zawodowych: nieokreśl. mononeur. k. górnej – G56.9 lub dolnej - G57.9	k. górna: G56 k. dolna: G57

11.	Zespół wibracyjny: postać naczyniowo-nerwowa, kostno-stawowa lub mieszana *)	T75.2
12.	Przeciążeniowe uszkodzenia kości: 1) Zmęczeniowe złamanie kości *) (głównie w obrębie kości kończyn dolnych – w kości piszczelowej, kościach śródstopia, trzonie kości udowej, kości strzałkowej) np.: S92.0 - Złamanie kości piętowej S92.1 - Złamanie kości skokowej S92.3 - Złamanie kości śródstopia 2) Martwica kości nadgarstka (najczęściej dotyczy kości księżycowatej - choroba Kienböcka, rzadziej kości łódeczkowatej - choroba Preisera, czy innych kk. nadgarstka)	S92 M87
13.	Choroba dekompresyjna (wywołana pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego) - w postaci przewlekłej, z martwicą jałową kości *)	T70.3
14.	Choroby zakaźne z objawami kostno-stawowymi *) (z reguły postać późna choroby, przebieg przewlekły): A69.2 - Borelioza (choroba z Lyme) A23 - Bruceloza	A69.2 A23
15.	Skutki wypadków przy pracy, a także w drodze do lub z pracy (a więc również związane z zatrudnieniem) np.: S42.0 - Złamanie obojczyka S42.1 - Złamanie łopatki S42.2 - Złamanie nasady bliższej kości ramiennej S42.3 - Złamanie trzonu kości ramiennej S43.0 - Zwinięcie stawu ramiennego S43.1 - Zwinięcie stawu barkowo-obojczykowego S43.2 - Zwinięcie stawu mostkowo-obojczykowego S52.5 - Złamanie nasady dalszej kości promieniowej S53 - Zwinięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu łokciowego S62.0 - Złamanie kości łódeczkowatej S62.1 - Złamanie innej innych kości nadgarstka S62.2 - Złamanie 1. kości śródręcza S62.3 - Złamanie innej kości śródręcza S62.4 - Liczne złamania kości śródręcza S62.5 - Złamanie kciuka S62.6 - Złamanie innego palca S72 - Złamanie kości udowej S83 - Zwinięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana S82 - Złamanie podudzia, łącznie ze stawem skokowym S92.0 - Złamanie kości piętowej S92.1 - Złamanie kości skokowej S92.2 - Złamanie innej innych kości stępu S92.3 - Złamanie kości śródstopia S92.4 - Złamanie palucha S92.5 - Złamanie innego palca stopy S93 - Zwinięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy	Kod z grupy „S” zależnie od lokalizacji

*) w formie przewlekłej może być podstawą rozpoznania choroby zawodowej – po wykazaniu istotnego narażenia zawodowego (przedmiot odrębnego postępowania orzeczniczego)

**) powszechny problem zdrowotny w populacji osób w wieku aktywności zawodowej; nie mieszczą się w pojęciu choroby zawodowej

Kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych (w tym obszarze mieszczą się przede wszystkim: prawidłowe nawyki posturalno-ruchowe podczas pracy oraz w czasie wolnym, odpowiednia i regularna rekreacyjna aktywność fizyczna, efektywny odpoczynek oraz właściwa dieta, unikanie nadwagi i otyłości) jest możliwe w ramach indywidualnego kontaktu z uczestnikiem Programu prozdrowotnego podczas udzielanych świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem zapewnienia właściwej ich organizacji (odpowiednia ilość czasu, powtarzalność instruktażu, zapewnienie materiałów informacyjnych) oraz dostępu do kompetentnych kadr medycznych. Biorąc pod uwagę złożoność problematyki konieczne wydaje się włączenie do zespołu prowadzącego specjalistów z szerokiego grona: lekarzy specjalistów medycyny pracy (znajomość podłoża patologii zawodowych, zasad ergonomii i kształtowania bezpiecznych warunków pracy), lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej lub magistrów fizjoterapii (znajomość zasad i technik usprawniania w przypadku wystąpienia znaczących dolegliwości oraz ograniczeń sprawności u osób objętych postępowaniem), psychologów (kształtowanie motywacji do zaangażowanego, aktywnego udziału w procesie odzyskiwania sprawności i modyfikacji ustalonych czynników etiologicznych, uchwycenie i minimalizowanie negatywnych wpływów czynników psychospołecznych środowiska pracy), doradców z zakresu dietetyki.

Podstawowym narzędziem służącym poprawie zdrowia osób korzystających z prezentowanego Programu polityki zdrowotnej ma być rehabilitacja medyczna o szybkiej ścieżce dostępu. Ma ona służyć szybkiemu przywracaniu sprawności osób z opisanymi schorzeniami z kręgu patologii zawodowej, a tym samym sprzyjać szybkiemu powrotowi do aktywności zawodowej i minimalizowaniu społeczno-zdrowotnych skutków choroby (niepełnosprawności). Analiza działań podejmowanych w skali kraju, kierowanych do populacji osób w wieku aktywności zawodowej, a służących utrzymaniu ich w zatrudnieniu pozwala stwierdzić, że brak jest wystarczających rozwiązań systemowych. Oferta taka, cenna szczególnie w odniesieniu do pracowników w wieku starszym, jako zagrożonych w większym stopniu rozwojem schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego (kumulacja skutków wieloletniego narażenia zawodowego) i związanym z tym ograniczeniem wypełniania roli zawodowych, ogranicza się często do: organizacji szkoleń zwiększających kompetencje zawodowe (79%), dopuszczania elastycznego czasu pracy (44,5%), modyfikacji stanowisk pracy celem ich lepszego dostosowania do możliwości pracownika (44,5%), bezpłatnych pakietów usług medycznych (33,5%, najczęściej chodzi tu o badania o charakterze przesiewowym), współfinansowania różnych form aktywności rekreacyjnej (31%, np. karnety fitness), szkoleń promujących zdrowy styl życia (6,5%), czy dotyczących procesów starzenia się i możliwości opóźniania tego procesu (5,5%) [34]. Oferty takie mają jednocześnie dość unikalny charakter (niewiele firm oferuje wsparcie tego rodzaju). Służą one prewencji wykluczenia zawodowego osób starszych i stanowią element zakładowej polityki „zarządzania wiekiem” [35]. Ich wsparcie wobec osób z problemem zdrowotnym wymagającym usprawniania jest jednak mocno ograniczone.

Rola usprawniania leczniczego (rehabilitacji – od łac. *re* – przywrócenie, *habilitas* – sprawność) wzrasta znacząco w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym, które wymagają ciągłości i konsekwencji (długotrwałość) w prowadzeniu leczenia. W przypadku patologii o ostrym lub podostrym przebiegu, bądź o nagłym początku, rehabilitacja skraca natomiast czas wyleczenia i nierzadko jest warunkiem odzyskania pełnej sprawności.

W przypadku schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy rehabilitacja medyczna jest skutecznym i bezpiecznym narzędziem interwencji leczniczej. Alternatywę stanowi leczenie farmakologiczne (najczęściej objawowe – leki przeciwbólowe), operacyjne (ograniczone do zaawansowanych przypadków i możliwe tylko w przypadku części schorzeń, np. zespół

cieśni nadgarstka, przepuklina dyskowa w przebiegu zespołu bólowego kręgosłupa) lub inne formy leczenia zabiegowego (ostrzyknięcia stawów i zmienionych zapalnie miejsc lekami przeciwzapalnymi lub znieczulającymi, terapia komórkami macierzystymi) [36]. Rehabilitacja medyczna jest natomiast postępowaniem nieinwazyjnym (bezpieczeństwo) i koncentruje się na efekcie funkcjonalnym (poprawa sprawności, ewentualnie adaptacja do niepełnosprawności) [36,37,38,39]. Stanowi ważne uzupełnienie innych metod leczenia (farmakologicznego, czy operacyjnego) lub może być samodzielną formą postępowania. Jest jednak procesem złożonym i wieloaspektowym (łączenie różnych form terapii: kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, zaopatrzenia ortopedycznego), wymagającym nierzadko współpracy wielu specjalistów (fizjoterapeuci, lekarze, psychologowie, specjaliści ortotyki, terapeuci zajęciowi i inni). Aby zoptymalizować działania rehabilitacji medycznej i w pełni wykorzystać jej możliwości, został opracowany w Polsce (przez ośrodki w Poznaniu i w Konstancinie) model rehabilitacji uznany już w 1970 r. przez Biuro Europejskie WHO za godny rozpowszechnienia [37,38]. Model ten opiera się na czterech podstawowych zasadach:

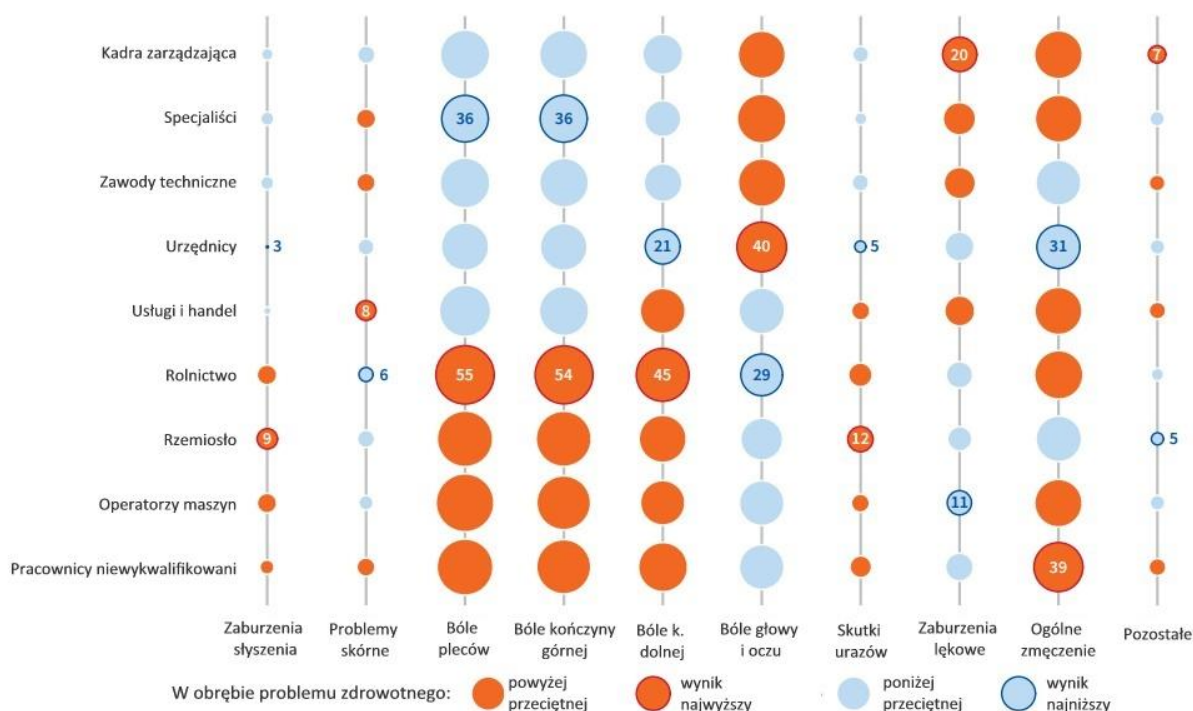
- 1) **Powszechność rehabilitacji** – zasada ta zakłada dostęp do rehabilitacji dla wszystkich potrzebujących (niestety aktualnie dostępność do świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie odpowiada zapotrzebowaniu, a problemem są długie terminy oczekiwania na zabiegi usprawniające), a także jej wdrożenie we wszystkich dziedzinach medycyny (cel ten w dużej mierze został osiągnięty).
- 2) **Wczesne wdrożenie** – zasada ta zakłada traktowanie rehabilitacji jako integralnego elementu terapii (nie zaś elementu ostatniego, po wyczerpaniu innych możliwości) i jak najszybsze jej wdrożenie. Zasada ta ma szczególne znaczenie w przypadku stanów pourazowych, schorzeń o ostrym lub podostrym przebiegu, gdzie każda zwłoka czasowa w podjęciu usprawniania może pogarszać efekty leczenia i sprzyja utrwalaniu się patologii w formie przewlekłej.
- 3) **Kompleksowość** – zasada ta odnosi się zarówno do szerokiego wyboru metod usprawniania, których dobór ma charakter zindywidualizowany i limitowany jest jedynie analizą wskazań i przeciwwskazań, jak również do włączenia w proces usprawniania szeregu specjalistów, których kompetencje wzajemnie się uzupełniają (fizjoterapeuci, lekarze, psychologowie...). Pacjent powinien być traktowany w sposób holistyczny, a przedmiotem terapii powinien być jego stan funkcjonalny, a nie rozpoznanie strictly medyczne.
- 4) **Ciągłość** – zasada ta dotyczy możliwości kontynuowania terapii aż do uzyskania oczekiwanego stanu funkcjonalnego (cel ten podlega weryfikacji w trakcie usprawniania), co jest istotne w przypadku osób ze znaczną i długotrwałą dysfunkcją, chorobami o charakterze przewlekłym. Ciągłość wiąże się także z dostosowywaniem celu i form terapii do bieżącego stanu pacjenta i prognoz dotyczących jego poprawy.

Prezentowany Program polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do rehabilitacji medycznej dla osób aktywnych zawodowo (zasada powszechności), szybki dostęp do niej (wczesna rehabilitacja), kompleksowość opieki (rehabilitacja z elementami wsparcia psychologicznego i poradnictwem medyczno-zawodowym) oraz jej ciągłość (kontynuacja rehabilitacji w ramach indywidualnego Programu usprawniania). Poprzez odniesienie do grupy schorzeń o istotnym znaczeniu dla ograniczania sprawności osób w wieku aktywności zawodowej – schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy – Program jest ukierunkowany na istotny społecznie problem zdrowotny.

I.2. Dane epidemiologiczne. Epidemiologia schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy.

a) Dane epidemiologiczne: Europa i świat

Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe stanowią najczęściej zgłaszany problem medyczno-zawodowy pracowników w Europie. Fakt ten pozostaje niezmienny od szeregu lat [40,41,42]. Zgodnie z szóstym Europejskim Badaniem Warunków Pracy [42] pracownicy z grupy krajów EU28 najczęściej raportowali bóle pleców (44%), następnie przeciążeniowe bóle kończyn górnych (42%), bóle głowy i zmęczenie oczu (36%) oraz równie często ogólne zmęczenie, przeciążeniowe bóle kończyn dolnych (30%), rzadziej natomiast zaburzenia lękowe (16%), skutki urazów (7%), problemy skórne (8%), czy zaburzenia słyszenia (6%). Rozpowszechnienie tych dolegliwości ujawnia specyfikę branżową, jednak dolegliwości ze strony układu ruchu wyraźnie dominują (Ryc. 5).



Ryc.5. Problemy zdrowotne wg grup zawodowych w krajach Unii Europejskiej EU28 (źródło: EWCS [42])

Badanie to ujawniło również, że spora część tych zaburzeń ma charakter przewlekły, przy czym częstość schorzeń przewlekłych jest większa u kobiet (18% w porównaniu z 17% u mężczyzn) i wyraźnie wzrasta z wiekiem: poniżej 35 r.ż. 12% pracowników sygnalizuje przewlekły problem zdrowotny, w grupie wiekowej 35-49 lat jest to już 16%, a po 50 r.ż. aż 25%. Wskaźniki te są bardzo zmienne zależnie od kraju (od 5% problemów przewlekłych w Rumunii do 36% w Finlandii). Problemem pozostaje fakt, że schorzenia przewlekłe nie tylko ograniczają aktywność zawodową, ale również wpływają niekorzystnie na sprawność w czynnościach dnia codziennego, znacznie ograniczając jakość życia. Ponad połowa osób (54%) z przewlekłym problemem zdrowotnym zgłaszała ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu (57% kobiet i 51% mężczyzn).

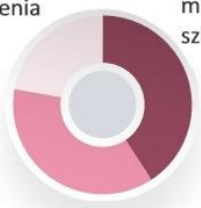
Opracowania dotyczące problemów zdrowotnych populacji pracującej na terenie Wielkiej Brytanii również wskazują na dominującą rolę zaburzeń mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą (*Work-related Musculoskeletal Disorders, WRMSDs*). Zależnie od przyjętej metody badania zaburzenia z tej grupy stanowiły 41% (wg metodyki LFS) / 50% (wg metodyki THOR-GP) ogółu problemów zdrowotnych – dane za 2015/2016 (Ryc.6) [43]. Dotyczyły one około 0,5 miliona pracowników. Związane z tym były znaczne koszty społeczne i ekonomiczne. Z powodu WRMSDs utracono 8,8 miliona dni pracy, średnio 16 dni na każdy przypadek indywidualny (dane z ostatniego badania Labour Force Survey 2016). Stanowiło to 34% wszystkich utraconych dni pracy z powodu problemów zdrowotnych pracowników [44]. W tej grupie schorzeń zwolnienie chorobowe najczęściej wynikało z bólów pleców (39%), a w następnej kolejności z dolegliwości w obrębie kończyn górnych (36%) i dolnych (26%). Częstość WRMSDs znamienne wzrasta wraz z wiekiem pracowników (Ryc.7).

przypadki nowe

i utrzymujące się:
raportowanie własne
2015/16 (LFS)

22%

inne
schorzenia



37%

stres, depresja
zaburzenia lękowe

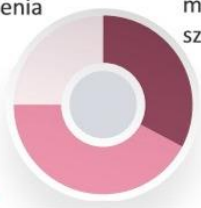
41%

zaburzenia
mięśniowo-
szkieletowe

przypadki nowe:
raportowanie własne
2015/16 (LFS)

25%

inne
schorzenia



42%

stres, depresja
zaburzenia lękowe

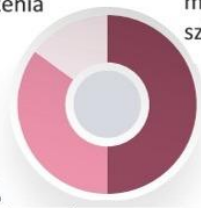
33%

zaburzenia
mięśniowo-
szkieletowe

przypadki nowe:
doniesienia uśrednione
2013/15 (THOR-GP)

15%

inne
schorzenia



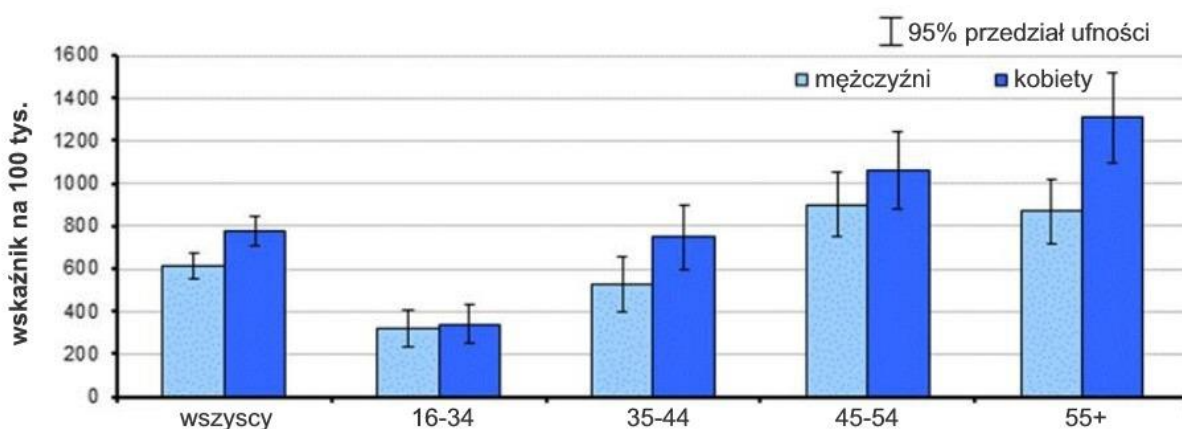
35%

stres, depresja
zaburzenia lękowe

50%

zaburzenia
mięśniowo-
szkieletowe

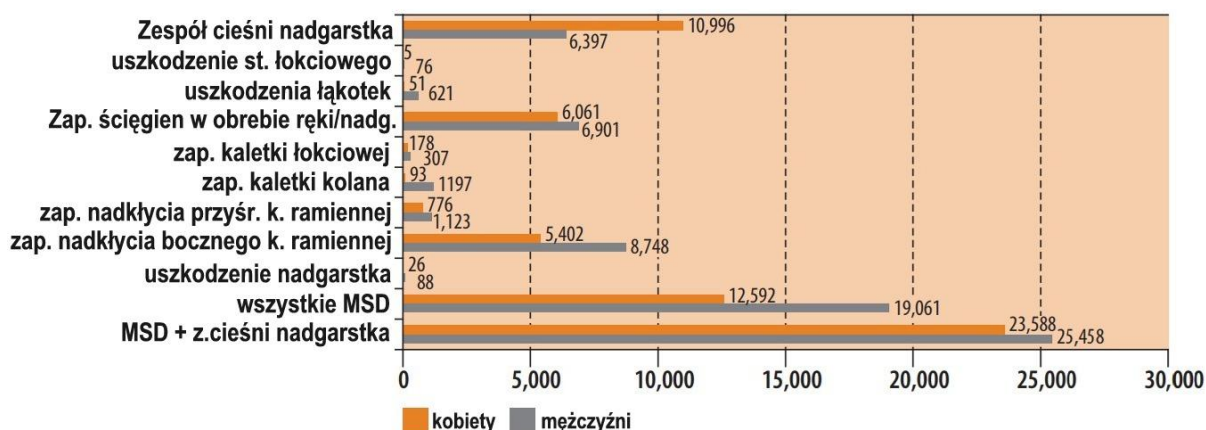
Ryc.6. Rodzaje problemów zdrowotnych związanych z pracą - Wielka Brytania 2015/16 (źródło: HSE [43])



Ryc.7. Zgłaszalność własna zaburzeń mięśniowo-szkieletowych o etiologii głównie zawodowej zależnie od płci i wieku, u osób zatrudnionych co najmniej przez 12 miesięcy - Wielka Brytania, wartości uśrednione 2013/14-2015/16 (źródło: HSE [44])

Podobne dane znajdujemy w statystykach dotyczących innych krajów. W 2015 r. w Stanach Zjednoczonych zarejestrowano blisko 360 tys. przypadków zaburzeń mięśniowo-szkieletowych o charakterze przeciążeniowym, związane z pracą (zapadalność 29,8 na 10 tys. pracowników o pełnym czasie zatrudnienia). Stanowiły one 31% wszystkich problemów zdrowotnych związanych z pracą w tym okresie [45]. Opracowania australijskie za 5-letni okres obserwacji (2009/10 – 2013/14) wykazały zgłaszalność poważnych problemów mięśniowo-szkieletowych u pracowników na poziomie 360 tys. [46]. Stanowiło to 60% wszystkich zgłoszeń poważnych problemów zdrowotnych osób pracujących w tym okresie. Specyfika danych australijskich polega na oparciu zgłaszalności o krajowy system klasyfikacji zdarzeń TOOCS, co powoduje, że porównanie ich z informacjami z innych krajów może być niemiarodajne. Według tych danych raportowane dolegliwości mięśniowo-szkieletowe miały najczęściej etiologię urazową (76%). W pozostałej grupie dominowały zespoły bólowe kręgosłupa, które łącznie z uszkodzeniami dyskowymi stanowiły 39% wszystkich nieurazowych zaburzeń mięśniowo-szkieletowych. Porównując te dane z doniesieniami o charakterze historycznym [47] można stwierdzić, że problem dolegliwości układu ruchu związanych z wykonywaną pracą pozostaje aktualny od wieków i ciągle stanowi wyzwanie dla medycyny prewencyjnej i leczniczej. Ze schorzeniami układu ruchu wiąże się problem niepełnosprawności, który ma charakter globalny (około 15% ludności świata odczuwa swoją niepełnosprawność, z czego 2-4% ma poważne trudności w funkcjonowaniu) i jest przedmiotem szerokich działań WHO i Komisji Europejskiej.

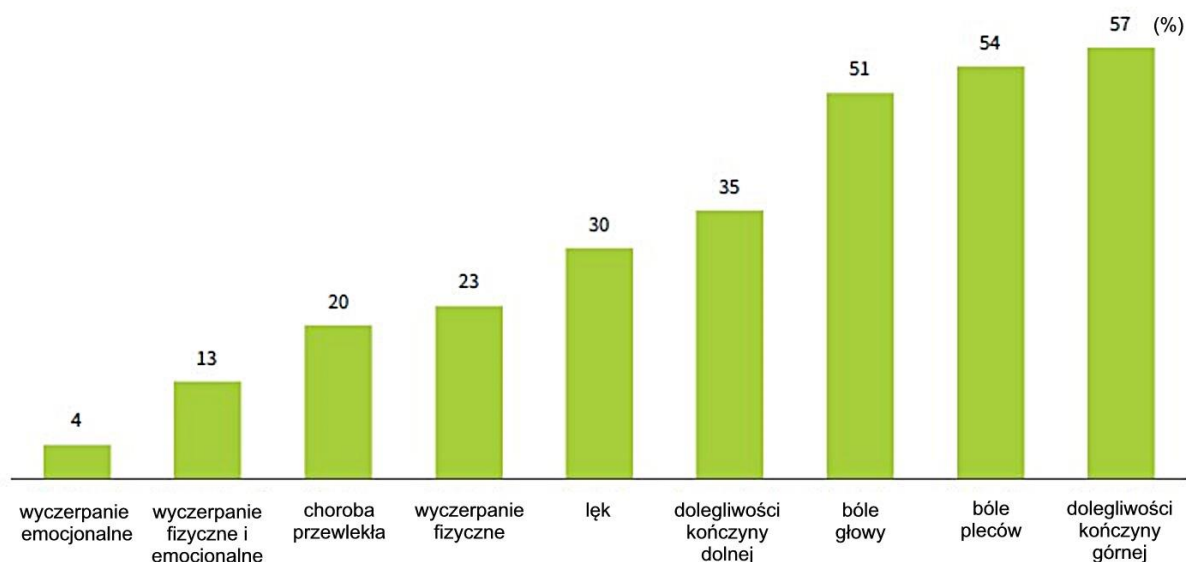
Rozpowszechnienie mononeuropatii z ucisku w populacji osób pracujących jest mniejsze niż schorzeń układu ruchu spowodowanych sposobem wykonywania pracy, choć istnieją istotne różnice w sprawozdawczości tych schorzeń pomiędzy różnymi krajami. Najczęstszym schorzeniem z tej grupy jest zespół cieśni nadgarstka, który może prowadzić do znacznego upośledzenia sprawności manualnej. Według danych dla Stanów Zjednoczonych zebranych w okresie 2001-2010 zespół cieśni nadgarstka stwierdzano u 7,8% badanych pracowników (wszystkie przypadki potwierdzone badaniem neurofizjologicznym) [48]. Jego częstość jest około dwukrotnie większa u kobiet i rośnie z wiekiem [49]. Według danych europejskich natomiast zespół cieśni nadgarstka jest relatywnie częstym problemem osób pracujących, szczególnie kobiet (niemal dwukrotnie częściej, Ryc.8 – uwaga: zestawienie to nie obejmuje zespołów bólowych kręgosłupa) i obserwuje się tendencję wzrostową w jego zapadalności [50].



Ryc.8. Całkowita liczba zaburzeń mięśniowo-szkieletowych (MSD) i zespołów cieśni nadgarstka. EU15, oprócz Niemiec, Grecji i Irlandii, 2005 (źródło: EODS [50])

Lata pandemii COVID-19 spowodowały z oczywistych względów zmianę ukierunkowania systemów opieki zdrowotnej, ujawniając przy tym nowe problemy i wyzwania (jak np. praca zdalna, zaburzenia w sferze kontaktów społecznych, problemy

związane z samym czynnikiem zakaźnym, w tym long-COVID). W tym czasie utrudnione było także prowadzenie badań populacyjnych w dotychczasowej formie. Dlatego też siódma edycja Europejskiego Badania Warunków Pracy (EWCS, prowadzone od 30 lat), planowana na 2020 r., została ukończona z wykorzystaniem dróg elektronicznej komunikacji dopiero rok później (EWCTS). Zasadniczo nie zmienił się fakt wyraźnej dominacji wśród problemów zdrowotnych populacji pracującej (tu zaznacza się związek zaburzeń z pracą: *work-related disorders*) następujących grup dolegliwości: dolegliwości w obrębie kończyny górnej (57% badanych odczuwało takie w trakcie ostatnich 12 miesięcy), bóle pleców (54%), bóle głowy (51%), czy dolegliwości w obrębie kończyny dolnej (35%) – Ryc. 9 [51]. Jednak w porównaniu do cytowanego już badania z 2015 r. (szósta edycja EWCS) odsetki te wyraźnie wzrosły, przekraczając w trzech pierwszych grupach poziom 50%. Ponadto zwiększyła się niemal dwukrotnie częstość problemów związanych z odczuwanym lękiem (z 16 do 30%). Z jednej strony ponownie okazuje się, że zaburzenia mięśniowo-szkieletowe (MSD) są najczęstszymi problemami zdrowotnymi powiązanymi z pracą, dotyczącymi milionów osób, z drugiej strony coraz większe znaczenie odgrywają zaburzenia ze sfery funkcjonowania psychicznego (tu jako problemy lękowe). Przy tym ponad 45% badanych pracowników zgłaszało występowanie co najmniej 3 rodzajów dolegliwości (częściej nawet kobiety – 53%, gdy mężczyźni w 35%). Podkreśla to jeszcze bardziej potrzebę i wagę kompleksowych działań redukujących wyliczone zjawiska, co niniejszy program stara się uwzględnić.



Ryc.9. Problemy zdrowotne zgłaszane w okresie 12 miesięcy przed badaniem 12 (częstość w % badanej grupy); EU27, EWCTS 2021 [51]

Problemy zdrowotne pracowników stanowią także wyzwanie systemowe. Wobec dużego zapotrzebowania na pracę (niskie wskaźniki bezrobocia) rośnie presja na jej wykonywanie mimo istnienia dolegliwości. Tzw. prezenteizm (zachowanie polegające na wykonywaniu pracy mimo złego stanu zdrowia; Ruhle, 2020 [52]) wiąże się z istotnym pogorszeniem efektywności pracy, a jednocześnie nie pomaga w szybkim powrocie do zdrowia. W czasie pandemii COVID-19 prezenteizm był dość powszechny w związku z telepracą, która możliwa była nawet w warunkach izolacji osób zainfekowanych. W badaniu EWCTS (2021) przyznawało się do niego 28% badanych z krajów europejskich (EU27), przy czym największy odsetek dotyczył pracujących głównie z domu (33%). Fakt, że jest to jednak dość powszechne zjawisko (dotyczy ponad jednej czwartej pracowników) i znane już wcześniej, skłania do przyjęcia, że także w przypadku najczęściej występujących zaburzeń mięśniowo-szkieletowych pracownicy kontynuują pracę mimo bólowych ograniczeń. To dodatkowy impuls dla wdrażania działań rehabilitacyjnych.

b) Dane epidemiologiczne: Polska

W populacji polskiej dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego są najczęstszymi problemami zdrowotnymi osób dorosłych, co przekłada się w dużym stopniu również na charakterystykę chorobową populacji pracującej. Wśród tych problemów na pierwszym miejscu wymienia się wysokie ciśnienie krwi (niemal 27%) oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców (blisko 26%; co czwarta dorosła kobieta i co piąty mężczyzna), a w następnej kolejności zgłaszane są bóle szyi lub środkowej partii pleców (u co 6 osoby) oraz choroba zwyrodnieniowa stawów (15%). Wyraźnie częściej wymienione dolegliwości występują u kobiet. Ich częstość znacznie wzrasta z wiekiem osiągając w grupie 70+ odsetki rzędu 30%, a w przypadku bólów dolnej części pleców i zwyrodnień stawów nawet 50% [5]. Szczegółowe dane liczbowe przedstawione zostały w Tabeli 3.

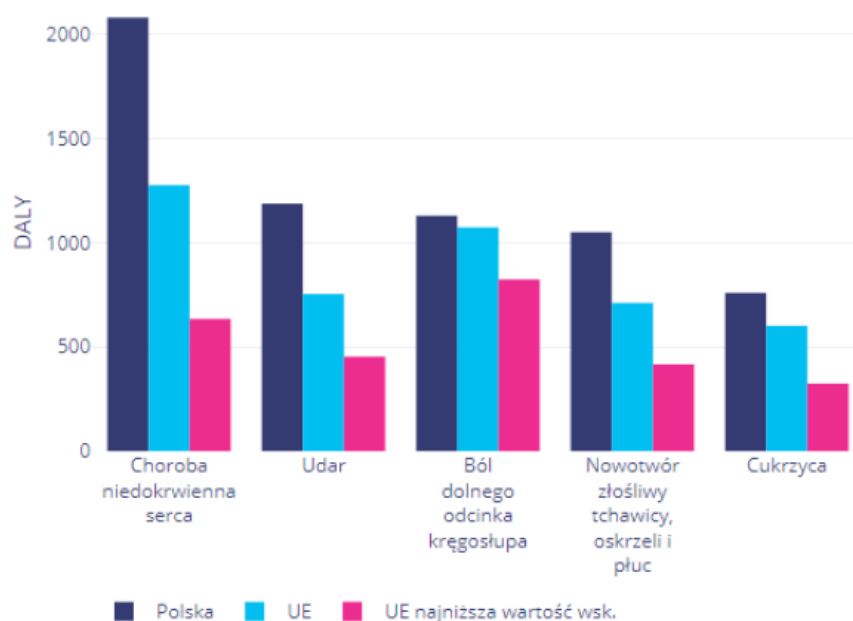
Choroba lub dolegliwość		Ogółem (>15 lat)	15-19 lat	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 lat lub więcej
Bóle dolnej partii pleców	O	25,8	3,4	7,1	13,6	24	35,6	38,5	45,2	51,3
	K	28,6	4,9	6,7	13,7	25,7	38,8	40,5	49,4	53,1
	M	22,8	2,0	7,6	13,5	22,3	32,2	36,0	39,1	47,5
Bóle szyi	O	16,1	2,0	3,9	7	13,8	23,3	25,8	29,7	31,4
	K	20,2	3,3	5,0	7,6	19,4	29,7	29,1	34,8	34,5
	M	11,5	0,8	2,8	6,3	8,4	16,4	21,8	22,2	24,7
Bóle środkowej partii pleców	O	15,7	2,5	3,9	7,9	11,9	22,5	23,4	29,7	35,8
	K	18,1	2,7	3,9	8,2	13,9	25,6	24,2	34,7	38,6
	M	13,0	2,2	4,0	7,6	9,9	19,3	22,4	22,3	29,6
Choroba zwyrodnieniowa stawów	O	15,5	0,1	1,0	1,1	7	18,9	29,3	44	52
	K	20,1	0,0	1,6	1,4	8,1	24,0	35,2	51,9	57,8
	M	10,4	0,2	0,5	0,8	5,9	13,4	22,1	32,4	39,5
Wysokie ciśnienie krwi		26,5	0,5	2,2	5,9	14,9	35,5	49,8	66,5	68,9
Choroba wieńcowa		7,5	-	0,1	0,1	1,3	5,1	13,6	26,6	38,3

Tab. 3. Odsetki wskazań chorób i dolegliwości przewlekłych układu ruchu według grup wiekowych i płci (O = ogółem, K = kobiety, M = mężczyźni) w 2019 r., z porównaniem do wysokiego ciśnienia krwi i choroby wieńcowej [5]

Występowaniu długotrwałych problemów zdrowotnych, zwłaszcza z zajęciem układu ruchu, towarzyszy ograniczenie sprawności w codziennym funkcjonowaniu. Niepełnosprawność w sensie biologicznym (polegająca na ograniczeniu zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują) dotyczyła z końcem 2019 r. niemal 23% Polaków. Względem badania z 2014 r. nastąpił w tym aspekcie wzrost o ponad 2%, a w grupie osób w wieku 50-69 lat o około 3%. Częstość występowania niepełnosprawności

biologicznej rośnie gwałtownie po ukończeniu 50 r.ż., aż do 80% w grupie seniorów 80+ (tu 38% osób z poważnymi ograniczeniami). Zjawisko to idzie w parze ze wspomnianym wyżej zwiększaniem się z wiekiem częstości problemów z układem ruchu. Podkreśla to znaczenie interwencji rehabilitacyjnych zwłaszcza w grupie 50+. Choroba lub niesprawność jest także jednym z istotnych powodów bierności zawodowej (poza emeryturą, kontynuowaniem nauki, czy sprawowaniem obowiązków rodzinnych) wśród wszystkich osób w wieku ponad 15 lat. W 2019 r. niepełnosprawni stanowili 11,5% ogółu biernych zawodowo. Natomiast w grupie osób w wieku przedemerytalnym, a więc po wyłączeniu z analizy emerytury jako jednej z przyczyn bierności, odsetek ten wyniósł 22,3% (wśród samych mężczyzn – 30%, wśród kobiet 22%) [53].

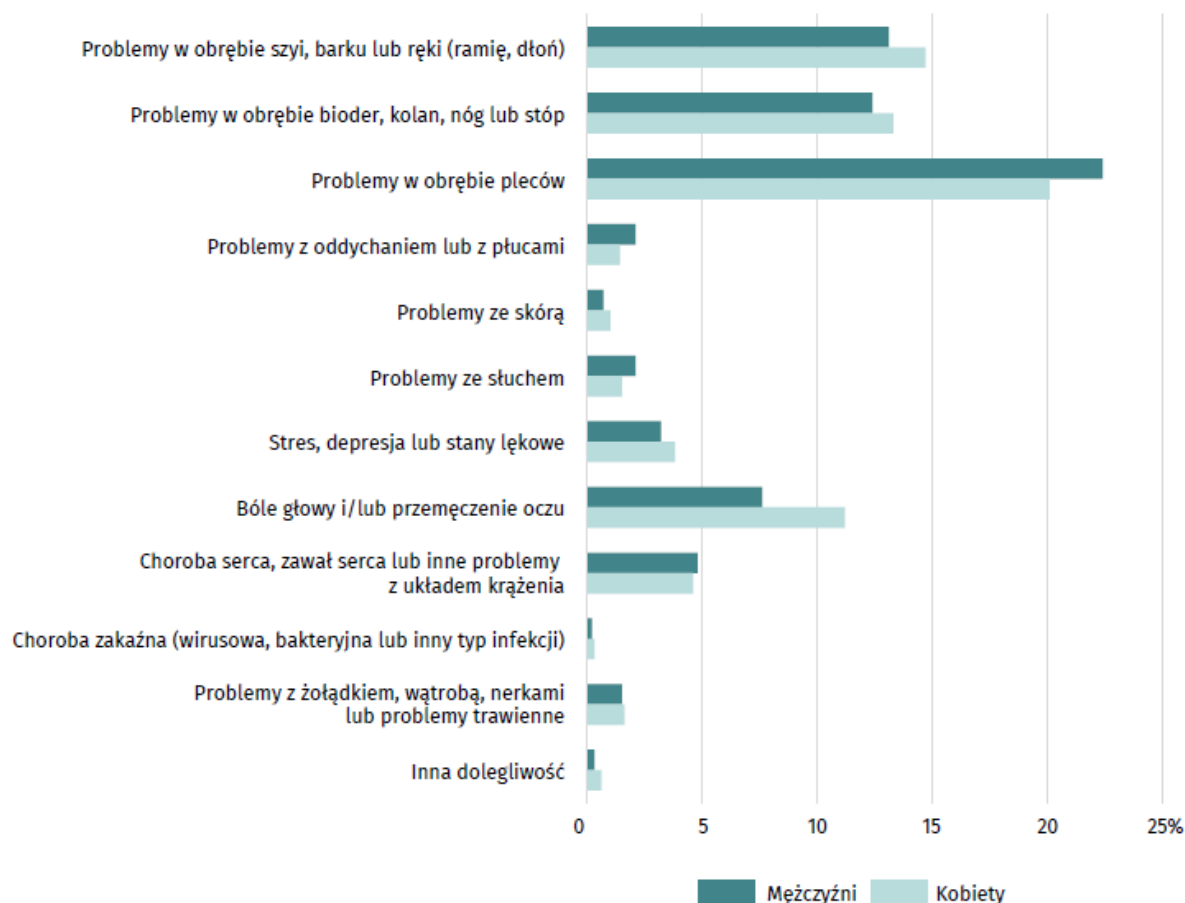
Najbardziej powszechnym problemem zdrowotnym z zakresu układu ruchu są bóle dolnego odcinka kręgosłupa. Według danych epidemiologicznych za 2019 r. zawartych w aktualnej Mapie potrzeb zdrowotnych dla Polski bóle dolnego odcinka kręgosłupa znalazły się na trzecim miejscu pod względem wskaźnika DALY⁴, zaraz po chorobie niedokrwiennej serca i udarze, a przed nowotworami złośliwymi tchawicy, oskrzeli i płuc oraz przed cukrzycą (choć w tej grupie tylko bóle kręgosłupa, jako pierwotny problem zdrowotny, nie wiążą się ze skutkiem śmiertelnym) [54]. Jednocześnie wskaźnik ten był dla Polski wyższy niż średnia europejska – Ryc.10. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego składały się na 8,04% przyczyn niezakaźnych determinujących wskaźnik DALY dla Polski, zajmując trzecie miejsce po chorobach układu krążenia (27,03% przyczyn) i nowotworach (25,23%) [55].



Ryc.10. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności dla pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej z wartościami dla najlepszego kraju w UE i wartościami dla UE w 2019 r. (Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME - Global Burden of Disease opracowane przez The Institute for Health Metrics and Evaluation)

⁴ DALY (ang. Disability Adjusted Life-Years) - lata życia skorygowane niesprawnością; główny wskaźnik stosowany w ramach metodyki GBD. Stanowi sumę dwóch wskaźników - YLL (utrata lat życia na skutek przedwczesnej śmierci) i YLD (lata przeżyte w niesprawności). DALY określa się dla poszczególnych problemów zdrowotnych, z wykorzystaniem wag odzwierciedlających dotkliwość problemu zdrowotnego dla osoby, której dotyczą oraz jej rodziny i bezpośredniego otoczenia. W uproszczeniu, 1 jednostka wskaźnika oznacza 1 utracony rok życia w zdrowiu.

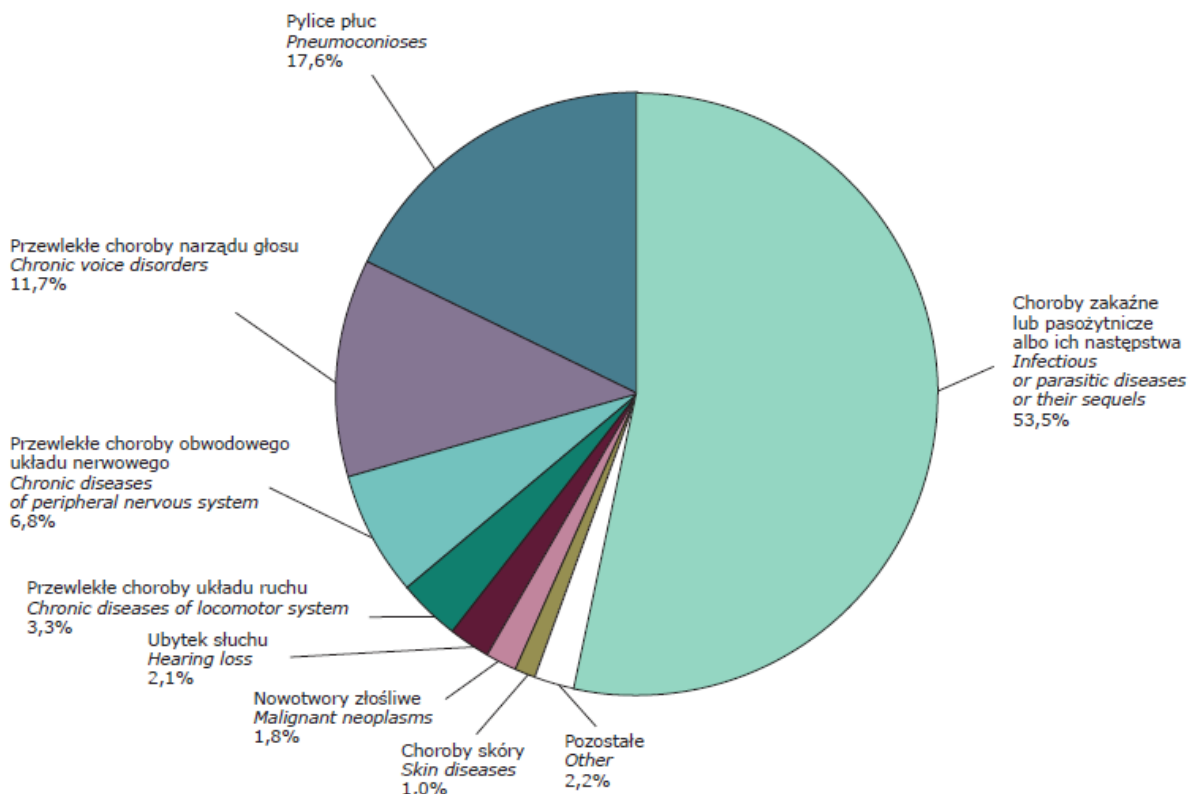
Znaczna część dolegliwości układu ruchu wymienionych jako istotne problemy dorosłej populacji Polski w kluczowej dla RPZ Tabeli 2. jest przyczynowo związana z wykonywaną pracą. W ramach analizy GUS za 2021 r. [56] podano, iż 38,4% osób (pracujących obecnie lub w przeszłości) odczuwało w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości związane z wykonywaną pracą (38,6% mężczyzn oraz 38,2% kobiet), przy czym blisko połowa tych osób zgłaszała więcej niż jeden problem zdrowotny (kobiety częściej niż mężczyźni). Do najczęściej podawanych dolegliwości wiązanych przyczynowo z wykonywaną pracą należały problemy układu kostno-stawowego: bóle pleców (21,2%), problemy w obrębie szyi i kończyn górnych (13,9%) oraz problemy w obrębie kończyn dolnych (12,8%). Zestawienie tych problemów zdrowotnych z uwzględnieniem różnic według płci przedstawia Ryc.11.



Ryc.11. Osoby, które kiedykolwiek pracowały według płci oraz typów dolegliwości związanych z pracą odczuwanych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (GUS 2021) [56]

W grupie tzw. patologii zawodowych, a więc stanów chorobowych związanych przyczynowo (przynajmniej częściowo) z wykonywaną pracą, choroby zawodowe stanowią swoisty wierzchołek piramidy (tu związek przyczynowy z pracą musi być przeważający, narażenie zawodowe jednoznacznie udokumentowane, a zaawansowanie choroby z reguły duże – nie budzące wątpliwości diagnostycznych), będąc tą specyficzną grupą schorzeń, która z jednej strony ma swoją ściśle określoną definicję prawną, z drugiej strony charakteryzują się najczęściej przewlekłością i znacznym zaawansowaniem patologii. Z tego względu liczba rejestrowanych rocznie chorób zawodowych nie jest wielka (w 2022 r. były to łącznie 2637 przypadki [57] a rok wcześniej 2543 przypadków [58]). Na Ryc.12 przedstawiono procentowy rozkład chorób zawodowych w Polsce w 2022 r. według grup rozpoznań.

Ogółem: 2637 przypadków
Total: 2637 cases



Ryc.12. Struktura chorób zawodowych w Polsce w 2022 r. (źródło: IMP w Łodzi [57])

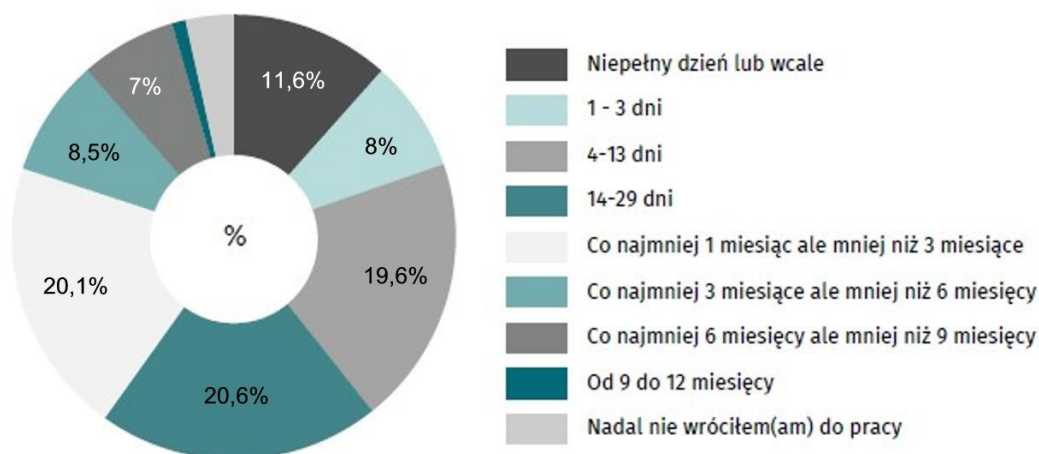
W ostatnich 2 latach liczba rozpoznanych chorób zawodowych wyraźnie wzrosła, głównie jednak za sprawą COVID-19 (1053 przypadki jako udokumentowana choroba zawodowa w 2022 r. i 968 przypadków w 2021 r.). Choroby zakaźne i pasożytnicze przeważają jednakże wśród rozpoznawanych w Polsce chorób zawodowych od kilkunastu lat, dotychczas jednak głównie za sprawą przypadków boreliozy (ta może przebiegać również zobjawami stawowymi, ograniczając istotnie sprawność codziennym funkcjonowaniu). Skutkiem rozpoznanej choroby zawodowej jest często utrata możliwości kontynuacji pracy o dotychczasowym charakterze (z powodów prawnych – art.231 Kodeksu pracy, ale także w związku z ograniczeniem sprawności), a nierzadko również daleko sięgające ograniczenia w wykonywaniu innych prac i codziennego funkcjonowania. Osoby te wymagają szczególnego, kompleksowego wsparcia (koniecznie z fachowym poradnictwem medyczno-zawodowym ze strony medycyny pracy), jeśli rozważa się ich powrót do pracy.

W grupie chorób zawodowych występują jednak również takie, które z dobrym efektem mogłyby poddawać się rehabilitacji. Są to przede wszystkim przewlekłe choroby układu ruchu oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy (punkty 19 i 20 wykazu chorób zawodowych), które w 2022 r. stwierdzono łącznie w liczbie 265 (10% wszystkich chorób zawodowych), a w 2021 r. takich rozpoznań było 315 (12,4% ogółu). Wśród 179 przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego dominował zespół cieśni w obrębie nadgarstka – 173 przypadki (6,6% ogółu ch. zaw.). Wśród przewlekłych chorób układu ruchu (łącznie 86 przypadków) największy udział miało przewlekłe zapalenie okołostawowe barku (26 przypadków, tj. 1% ogółu ch. zaw.), ale niedużo mniej przewlekłe zapalenie ścięgna i pochewki (25 przypadków) oraz zapalenie

nadkłykcia kości ramiennej (tzw. łokieć tenisisty lub golfisty, 22 przypadki). Warto zauważyć, że u kobiet dwie opisane grupy chorób zawodowych związanych ze sposobem wykonywania pracy stwierdzone są wyraźnie częściej niż u mężczyzn. Wśród mężczyzn (łącznie 1001 chorób zawodowych w 2022 r.) przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego stanowiły 3,5%, a przewlekłe choroby układu ruchu 2,4%. Wśród kobiet natomiast przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego występowały ponad 2 razy częściej - 8,8%, a przewlekłe choroby układu ruchu o połowę częściej - 3,8%.

Rozpowszechnienie zespołu cieśni nadgarstka w populacji polskiej nie jest dokładnie oszacowane (przypadki rozpoznane jako choroby zawodowe dotyczą jedynie sytuacji, gdy schorzenie osiągnęło znaczny stopień zaawansowania; inne mononeuropatie zdarzają się relatywnie rzadziej). Niemniej jednak nie ulega wątpliwości, że czynniki zawodowe (szczególnie praca fizyczna) i płeć żeńska mają wiodące znaczenie w etiologii zespołu cieśni nadgarstka [59,60].

Ważną przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej są także skutki zdrowotne wypadków przy pracy. Według danych z 2020 r. na 199 tys. wypadków (dotyczy okresu 12 miesięcy przed badaniem zrealizowanym w II kwartale 2020 r.) aż 71 tys. (36%) wiązała się z długotrwałą (ponad 1 miesiąc), lecz rokującą poprawę niezdolnością do pracy [56] – Ryc.13.



Ryc.13. Pracujący w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie poszkodowani w wypadkach przy pracy według okresu niezdolności do pracy (GUS 2021) [56]

Według danych za 2021 r. około $\frac{3}{4}$ wypadków (69,1%) było spowodowane niewłaściwym zachowaniem pracownika, co wskazuje na silną potrzebę edukacji prewencyjnej w tej grupie. Niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika był podawany jako przyczyna 1,6% wypadków. Przy tym aż 79,4% skutków urazów miało swoje umiejscowienie w kończynach (w tym w górnych 43,5%), a 4,6% dotyczyło kręgosłupa [61].

c) Dane epidemiologiczne: województwo lubuskie

W odniesieniu do schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy oraz ich skutków społecznych województwo lubuskie wykazuje zauważalne odrębności w stosunku do danych ogólnopolskich.

Wg danych GUS z badania modułowego „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą” przeprowadzonego w II kwartale 2020 r., w województwie lubuskim raportowano **największe** rozpowszechnienie dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą w stosunku do liczby badanych osób osiągając 52% (w kolejnych województwach było to odpowiednio: warmińsko-mazurskie - 48%, świętokrzyskie - 45%; w skali kraju odsetek ten wynosił 38%) [56]. Według tej analizy, w przypadku województwa lubuskiego, na 715 tys. osób, które pracują, lub kiedykolwiek pracowały aż 372 tys. osób odczuwało dolegliwości związane z wykonywaną pracą w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przy tym 208 tys. odczuwało co najmniej 2 dolegliwości (29%). Z tej grupy 233 tys. osób (63%) odczuwało ograniczenie w wykonywaniu codziennych czynności, przy czym u 57 tys. było to ograniczenie znaczne (15% osób z dolegliwościami). W tej grupie Lubuszan, którzy odczuwali problemy zdrowotne spowodowane pracą, liczba dni niezdolności do pracy z powodu najpoważniejszej dolegliwości przekroczyła 2 tygodnie u 40 tys. osób (332 tys., osób mimo dolegliwości, obyło się w ciągu roku bez dnia zwolnienia chorobowego). Przy tym 28 tys. osób przebywało na zwolnieniu co najmniej jeden miesiąc. Pewna ostrożność w interpretacji danych z 2020 r. wskazana jest ze względu na fakt wybuchu pandemii COVID-19 w tym czasie.

Również w regionie lubuskim, podobnie jak w kraju, do najczęściej zgłaszanych dolegliwości związanych przyczynowo z wykonywaną pracą należały problemy układu kostno-stawowego lub mięśniowego. Najczęściej były to: bóle pleców - 215 tys. osób (30% Lubuszan objętych badaniem wobec 21,2% w skali kraju), a następnie dolegliwości kończyn dolnych - 157 tys. osób (22% wobec 12,8% w kraju) oraz dolegliwości szyi i kończyn górnych - 148 tys. (20,7% wobec 13,9% w kraju) [56]. Dla porównania problemy depresyjne, lękowe lub stres związane z pracą zgłaszało w lubuskim „jedynie” 35 tys. osób (5%; w skali kraju 3,5%). W zestawieniu, w którym każdej osobie z dolegliwościami przyporządkowano tylko jeden główny obszar dolegliwości, zgłoszenia wyglądały następująco: bóle pleców - 132 tys. osób, dolegliwości kończyn dolnych - 83 tys. osób, a dolegliwości szyi i kończyn górnych - 57 tys., czyli łącznie **272 tys. osób**, które jako istniejącą i główną dolegliwość związaną z pracą wskazała problem w obrębie układu ruchu

Wynikająca w dużej mierze z tych problemów zdrowotnych niepełnosprawność biologiczna w grupie osób do 60 r.ż. według danych z 2011 r. (brak późniejszych tak szczegółowych opracowań GUS) osiągnęła w województwie lubuskim najwyższy w skali kraju odsetek: blisko 65% tej grupy wiekowej (średnia krajowa wówczas - 59%) [13]. Odsetki osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych były dla województwa lubuskiego znacząco wyższe niż średni wynik dla Polski (według danych za 2014 r.): w grupie 15-29 lat jest to 5,4% (średnia dla Polski 3,7%), w grupie 30-49 lat jest to 8,8% (Polska - 6,7%), w grupie 50-69 lat już 30,2% (Polska - 20,6%), a w grupie 70+ jeszcze więcej, bo 51,3% (Polska - 42,0%).

Według nowszych danych (stan na 31.12.2021 r.) różnicujących regiony Polski województwo lubuskie charakteryzuje się natomiast **największym** wskaźnikiem niepełnosprawności wg kryterium formalno-prawnego (a więc potwierdzonej orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy), wyprzedzając znacznie pozostałe województwa wskaźnikiem 860 osób z orzeczeniem na 10 tys. ludności - blisko dwukrotnie więcej niż w mazowieckim (wskaźnik 453/10 tys.) [62]. Odnosząc ten wskaźnik do danych dotyczących stanu ludności województwa lubuskiego (dane z Banku Danych Lokalnych GUS, tu dla adekwatnego wyliczenia również za 2021 r.) [63], można było wyliczyć wielkość populacji osób niepełnosprawnych w Lubuskim. Przy stanie ludności województwa wynoszącym 985 487 osób na koniec roku 2021 i przytoczonym wyżej wskaźnikowi niepełnosprawności wyliczonym na ten sam moment, otrzymujemy liczbę niepełnosprawnych w lubuskim równą około 84 750 osób. Należy jednak podkreślić, że przedstawione wyliczenie

odnosi się do niepełnosprawności według kryterium prawnego, nie uwzględniając udziału w tej grupie osób z niepełnosprawnością biologiczną (częściowo te grupy pokrywają się). Ponadto nie jest wyjaśnione, jaka część zliczonych w ten sposób przypadków niepełnosprawności w lubuskim ma związek ze skutkami wykonywanej pracy, a jaka z innymi przyczynami (choroby pozazawodowe, w tym choroby nowotworowe, psychiczne, układu krążenia, czy choroby oczu, dla których nie ma zastosowania rehabilitacja układu ruchu, a przydatne mogłyby być inne programy ukierunkowane ściśle na dany problem zdrowotny; poza tym szereg innych przyczyn, np. przebyte urazy niezwiązane z pracą, efekty wad i zaburzeń mających swój początek w dzieciństwie). Zastrzeżenia te uniemożliwiają wykorzystanie powyższych danych dla określenia liczebności populacji docelowej programu, jednak przytoczenie tych statystyk służyć ma zobrazowaniu skali problemów zdrowotnych populacji Lubuszan w wieku aktywności zawodowej, wśród których choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego mają duży udział (na co wskazują dane z Map Potrzeb Zdrowotnych).

Z końcem 2014 r. w województwie lubuskim odsetek osób niepełnosprawnych wśród osób bezrobotnych był najwyższy w kraju, osiągając 9,1% (Polska 6%) i było to 4,3 tys. osób [14]. Według ostatnich danych z końcem 2020 r., przy dwukrotnie mniejszej liczbie bezrobotnych w lubuskim, odsetek osób niepełnosprawnych wśród bezrobotnych nadal pozostaje najwyższy w kraju: 7,6% (1,8 tys. osób) w stosunku do średniej krajowej 5,3% [53]. Dane powyższe, dotyczące osób niepełnosprawnych, a więc zagrożonych w istotnym stopniu wykluczeniem zawodowym, mogą wskazywać na szczególne potrzeby regionalne.

Niepodważalny związek problemów zdrowotnych z wykonywaną pracą występuje w przypadku rozpoznanych chorób zawodowych (orzeczenie poradni chorób zawodowych i decyzja administracyjna organu sanitarnego) oraz wypadków w pracy. Część z nich stanowi wskazanie do leczenia w wykorzystaniem rehabilitacji leczniczej, zwłaszcza te, które skutkują zaburzeniami funkcji w układzie ruchu i układzie nerwowym. W przypadku chorób zawodowych są to schorzenia wymienione w Tabeli 1 (z punktów: 19, 20, 22, 23 i 26 wykazu). Liczba potwierdzonych administracyjnie chorób zawodowych z punktów 19 („Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy”) i 20 („Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy”), a także 22 („Zespół wibracyjny”) w Lubuskim nie jest duża w liczbach bezwzględnych. W 2022 r. było to w sumie 8 rozpoznań na 37 wszystkich chorób zawodowych w regionie (22%), w 2021 r. nieco więcej bo 11 na 43 ogółem (26%) [57,58]. W skali kraju odsetek ten w roku 2022 wyniósł 10,5%, a w 2021 r. było to 13%. W województwie lubuskim reprezentatywność wymienionych chorób w całym panelu jest więc dwukrotnie większa niż średnia krajowa. Należy pamiętać, że rozpoznane choroby zawodowe to przypadki o szczególnie ciężkim, przewlekłym przebiegu, gdzie doszło do znacznego upośledzenia zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy, a rokowanie co do poprawy jest niepewne. W przeciągu ostatnich lat obserwowana jest konsekwentna zmiana profilu chorób zawodowych, z zachowaniem regionalnych różnic. W lubuskim typowe schorzenia związane z ciężkim przemysłem (jak np. pylice, ubytki słuchu) znacznie zmniejszyły swoją częstość, a w przypadku schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego obserwowana jest tendencja wzrostowa: według danych za 2014 i 2015 r. schorzenia te stanowiły 15-20% wszystkich chorób zawodowych, w ostatnich 2 latach już 22-26%. Porównawcze zestawienie rozpoznanych chorób zawodowych w województwie lubuskim i innych województwach w 2022 r. przedstawiono w Tabeli 4. Faktem jest, że wśród pozostałych chorób zawodowych w Lubuskim stwierdzono ponadto 13 przypadków boreliozy (większość ze stwierdzonych chorób zakaźnych), które również mogą zaburzać funkcję układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego i mogą wymagać rehabilitacji leczniczej.

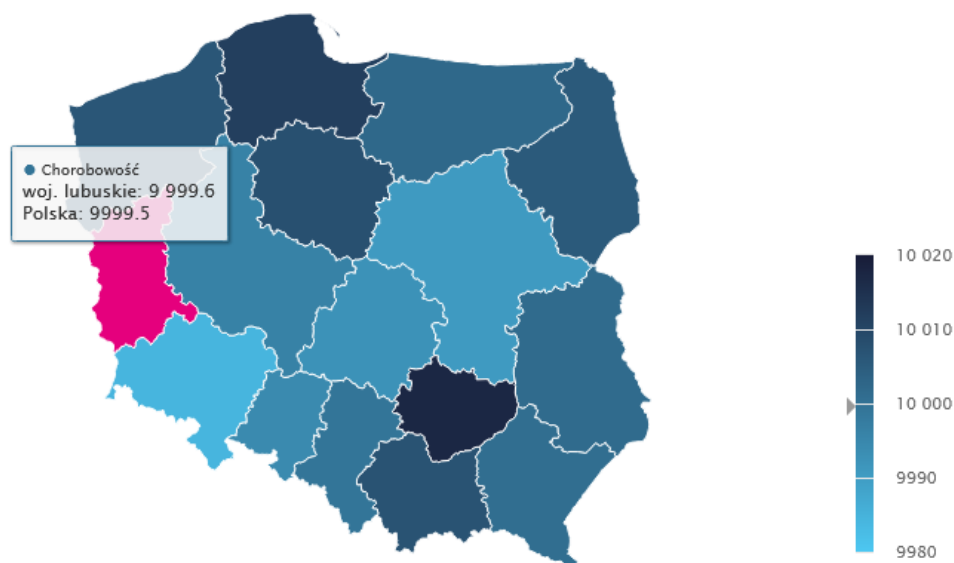
Jednostka chorobowa	Polska	województwo																
		dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	Zakład poza granicami Polski
Ogółem	2 637	360	185	93	37	60	544	340	21	52	91	58	377	58	54	227	80	0
Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa	6	3	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–
Gorączka metaliczna	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pylice płuc	466	148	1	7	2	4	23	20	–	–	–	3	227	21	–	8	2	–
Ch. opłucnej lub osierdza	17	8	2	–	–	–	1	3	–	1	–	–	2	–	–	–	–	–
Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	3	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–
Astma oskrzelowa	11	1	1	1	–	2	2	–	–	1	–	1	–	–	1	1	–	–
Zewnątrzpo pochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	6	–	–	1	–	1	–	1	–	1	1	–	–	–	–	1	–	–
Ostre uogólnione reakcje alergiczne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Byssinoza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Beryloza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Choroby płuc wywołane pyłem metali twardych	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Alergiczny nieżyt nosa	4	–	–	–	–	2	1	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–
Zapalenie obrzękowe krtani	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Przedziurawienie przegrody nosa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Przewlekłe ch. narządu głosu	309	28	18	37	7	8	24	37	10	1	2	6	18	13	5	78	17	–
Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nowotwory złośliwe	47	12	2	–	–	–	7	15	–	–	1	2	5	–	–	3	–	–
Choroby skóry	26	1	–	3	–	7	–	3	1	3	–	1	3	1	–	–	3	–
Przewlekłe choroby układu ruchu	86	9	2	2	2	5	6	26	3	2	–	4	16	2	–	5	2	–
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	179	24	11	4	6	13	11	43	4	0	–	7	34	1	1	12	8	–
Obustronny trwały ubytek słuchu	55	5	2	–	2	4	5	3	1	1	1	11	12	1	2	5	–	–
Zespół wibracyjny	9	0	0	2	0	–	2	1	–	–	–	–	1	1	–	1	1	–
Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego	1	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Choroby układu wzrokowego	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Choroby zakaźne lub pasożytnicze	1 412	121	146	36	18	13	461	186	2	42	86	22	59	17	45	113	45	–

Tab.4. Choroby zawodowe w Polsce w 2022 r. według województw i jednostek chorobowych [57]

Oprócz chorób zawodowych do poważnych niepożądanych następstw wykonywanej pracy należą wypadki w pracy. Skutki tych wypadków należą do patologii zawodowych objętych interwencją w niniejszym Programie. Według danych za 2022 r. w lubuskim zgłoszono 1609 wypadków w pracy. Wskaźnik: poszkodowani ogółem na 1000 pracujących wyniósł 5,04 (w kraju 4,76, a więc nieco mniej), a liczba dni niezdolności do pracy z tytułu wypadków w pracy wyniosła łącznie 63 093 dni (średnio 39,2 dnia na jeden wypadek; dla Polski - 40,8 dnia na wypadek) [64].

Ważnym źródłem wiedzy na temat istotnych epidemiologicznie jednostek chorobowych (w tym tych, które są najczęstszymi z patologii zawodowych) i zapotrzebowania na usługi zdrowotne są, od ich powstania, mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ). Od 2019 roku mapy publikowane są wyłącznie na ogólnodostępnej platformie cyfrowej, na której można generować wybrane zestawienia. Dane dla województwa lubuskiego zostaną przedstawione w kontekście danych ogólnokrajowych.

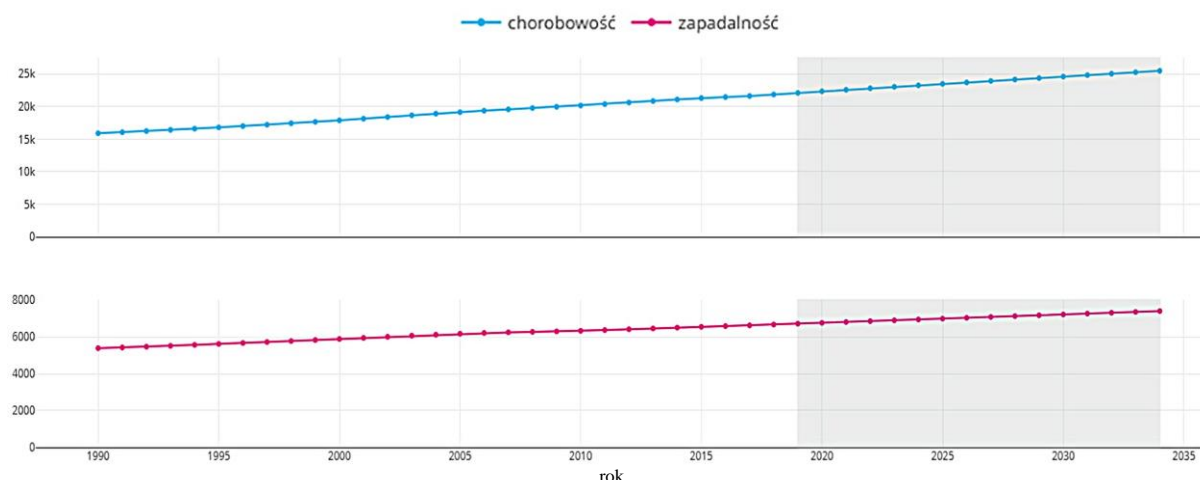
Bóle dolnego odcinka kręgosłupa znalazły się w grupie chorób niezakaźnych. Wskaźniki chorobowości, zapadalności i DALY dla tego zespołu bólowego wykazują zdumiewającą jednolitość w skali kraju. Różnice między poszczególnymi województwami nie przekraczają 1%, a województwo lubuskie plasuje się zazwyczaj po środku stawki (różnice są jednak naprawdę minimalne) – Ryc. 14 [55]. Można więc przyjąć, że tak jak dla całej Polski, bóle dolnego odcinka kręgosłupa stanowią główny problem z zakresu układu ruchu (odpowiadają za 67% przyczyn DALY w tej grupie), wyprzedzając znacznie stany zapalne kości i stawów (14%) i bóle odcinka szyjnego (10%).



Ryc.14. Wskaźnik chorobowości na 100 tys. ludności standardyzowany do wieku dla bólów dolnego odcinka kręgosłupa w podziale na województwa, rok 2019. Źródło: Opracowanie DAiS Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych GBD IHME [55]

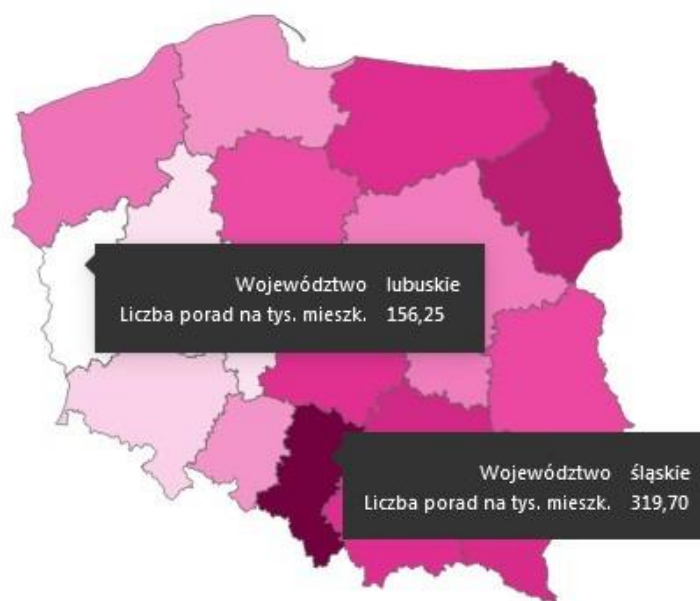
W przypadku schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego analiza dotychczasowych danych (od 1990 r.) i prognoza epidemiologiczna do 2035 r. dla województwa lubuskiego wskazują na utrzymującą stałą tendencję wzrostową wskaźnika zapadalności i chorobowości, co zobrazowano na Ryc.15 [65]. W przypadku wskaźnika chorobowości jest to **wzrost o 60%** na przestrzeni 45 lat: od 15 906/100 tys. ludności w 1990 r., przez 22 083/100 tys. w 2019 r., po prognozowane 25 473/100 tys. w 2035 r. (wówczas można się spodziewać, że 256 tys. Lubuszan, a więc ponad ¼ obecnej populacji, będzie cierpieła z powodu chorób układu ruchu).

Dynamika tych zmian będzie w lubuskim jedną z największych w kraju (przyrost chorobowości w okresie 2019-2034 o 15,35%), tuż po warmińsko-mazurskim (przyrost 15,56%)



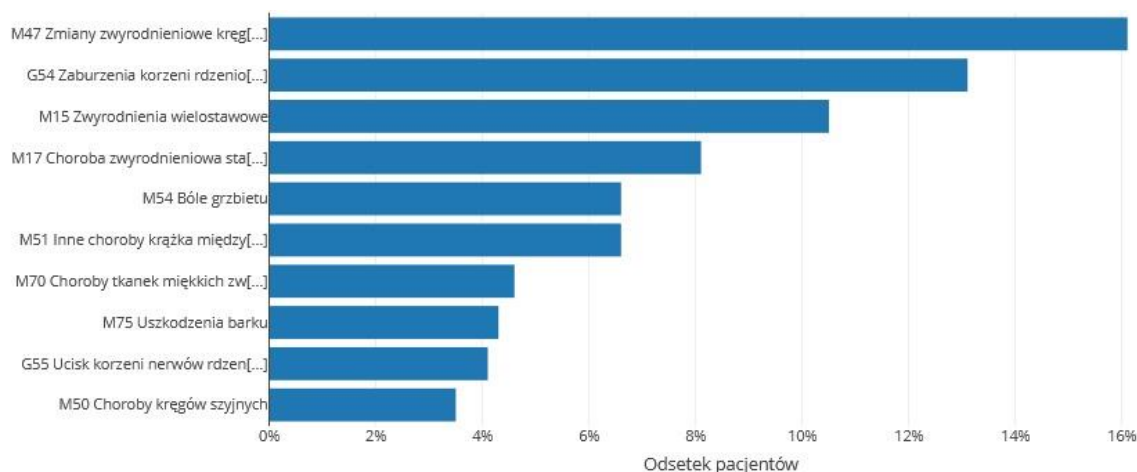
Ryc.15. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020-2034 dla województwa lubuskiego - problem zdrowotny: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (wartości wskaźników na 100 tys. ludności). Źródło: Opracowanie DAiS Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych GBD IHME [65]

W 2022 r. z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego udzielono w lubuskim 153 125 specjalistycznych porad ambulatoryjnych, tj. 156 porad na tysiąc mieszkańców – najgorszy wynik w skali kraju (najwięcej w śląskim – 320 porad na tys. mieszk.), co może wskazywać na regionalnie ograniczoną dostępność do świadczeń diagnostyczno-leczniczych w tym obszarze [66] – Ryc. 16. Uzasadnia to szczególnie potrzebę wdrażania działań uzupełniających niedobory systemowe, co jest zamiarem niniejszego programu. W lubuskim najczęściej były to wizyty w poradni ortopedycznej (82 146 porad, a więc ponad połowa), dalej w neurologicznej (14 660), reumatologicznej (14 468), neurochirurgicznej (9 963).



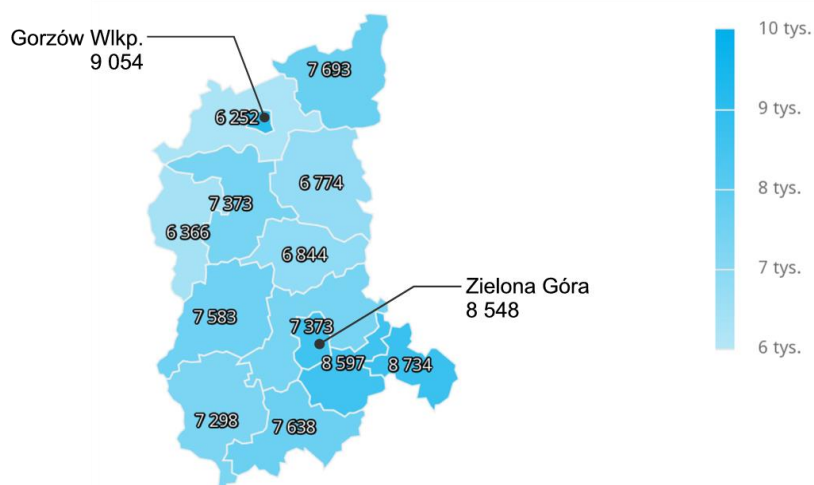
Ryc.16. Liczba porad specjalistycznych na tys. mieszkańców z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego w 2022 r. - podział na województwa. Źródło: Opracowanie DAiS Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS [66]

W 2022 r. z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego wykonano w lubuskim 88 900 świadczeń rehabilitacyjnych ambulatoryjnych (84 736 u osób dorosłych). Mapy potrzeb zdrowotnych przytaczają tu dane NFZ, nie uwzględniają natomiast innych form dostępu do rehabilitacji leczniczej (rehabilitacja w ramach programu finansowanego ze środków EFS, rehabilitacja patologii zawodowych finansowana ze środków budżetu województwa, usługi prywatne, rehabilitacja w warunkach szpitalnych, czy uzdrowiskowych). Najczęściej powodem rehabilitacji były schorzenia kręgosłupa i pochodne zaburzenia (np. zaburzenia korzeni rdzeniowych G54), stanowiąc łącznie połowę najczęstszych przyczyn kwalifikujących do rehabilitacji – Ryc. 17.



Ryc.17. Lubuskie, 2022. Struktura pacjentów wg chorób (10 najczęstszych) w rehabilitacji ambulatoryjnej. Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ [67]

Według danych NFZ i GUS w 2022 r. z porad rehabilitacyjnych (ogółem) skorzystało w województwie 71 902 dorosłych pacjentów. Wskaźnik przyjęć wyniósł 7 739 pacjentów na 100 tys. ludności – 11. miejsce w Polsce, przy średniej krajowej 8 038 pacjentów na 100 tys. Lubuskie jest przy tym bardzo zróżnicowane jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych (Ryc. 18). W odniesieniu do liczby pacjentów na 100 tys. na pierwsze miejsce wybijają się wyraźnie dwa największe miasta (każde obejmujące ponad 100 tys. mieszkańców): Gorzów Wlkp. (wskaźnik: 9 054) i Zielona Góra (wskaźnik: 8 548). Najgorzej sytuacja wygląda w powiecie ślubickim (wskaźnik zaledwie 6 366).



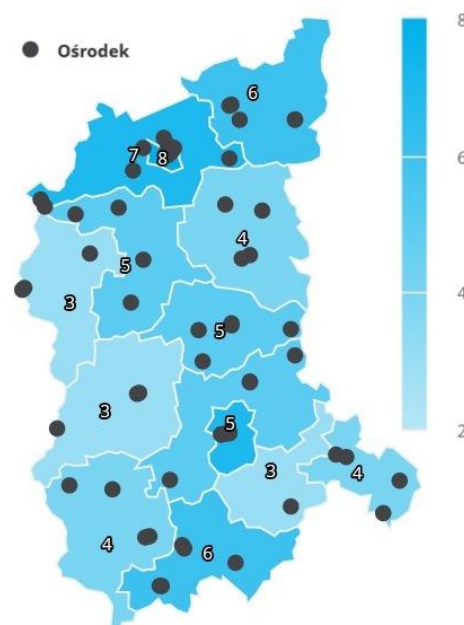
Ryc.18. Lubuskie, 2022, rehabilitacja ogólna: Liczba pacjentów na 100 tys. ludności - w podziale na powiaty. Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ [67]

94% lubuskich pacjentów korzystało w 2022 r. z rehabilitacji ambulatoryjnej (w kraju podobnie – 93%). Jest to więc zdecydowanie najpopularniejsza forma korzystania z usprawniania leczniczego. Niestety lata pandemii COVID-19, zwłaszcza 2020 i 2021, znacznie ograniczyły liczbę przyjęć z tytułu rehabilitacji. Statystyki dla roku 2022 jeszcze nie wróciły do poziomu sprzed pandemii, poza liczbą zabiegów, która w 2022 r. osiągnęła rekordową wartość (blisko dwukrotnie więcej zabiegów na pacjenta – 95 zabiegów w 2022 r. przy średniej z lat poprzednich oscylującej wokół wartości 50). Obrazuje to Tabela 5 (wytluszczone zostały wartości szczególnie odbiegające od lat sąsiednich). Zwraca uwagę także gwałtowny wzrost wizyt fizjoterapeutycznych od 2019 r. Wiąże się to z wejściem w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty i powiązaniem z tym wprowadzeniem standardów dokumentowania porad, wizyt udzielanych przez fizjoterapeutów, zwłaszcza w sytuacji, gdy w związku z przeniesieniem kompetencji dotyczących planowania postępowania terapeutycznego uzyskali oni zarówno nowe prawa, jak i obowiązki.

Rok	Liczba pacjentów	Liczba pacjentów na 100 tys. ludności	Liczba porad lekarskich	Liczba porad lek. na 100 tys. ludności	Liczba wizyt fizjoterapeutycznych	Liczba wizyt fizjot. na 100 tys. ludności	Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych	Liczba zabiegów na 100 tys. ludności
2016	78 937	7 759	9 852	968	104	10	3 738 692	367 484
2017	76 602	7 533	8 569	843	96	9	3 650 025	358 960
2018	74 006	7 294	8 563	844	130	13	3 660 542	360 805
2019	76 378	7 550	9 187	908	95 810	9 471	3 987 718	394 202
2020	58 834	5 842	7 083	703	123 023	12 215	2 987 189	296 600
2021	65 328	6 538	7 444	745	146 457	14 657	3 598 101	360 096
2022	71 549	7 301	7 361	751	160 887	16 417	6 822 733	696 214

Tab. 5. Lubuskie - podstawowe statystyki dla zrealizowanych świadczeń rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym. Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ [67]

Zgodnie z danymi NFZ w 2022 r. w województwie lubuskim funkcjonowało 70 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej o ogólnym profilu. Zliczone zostały jednak jedynie placówki posiadające kontrakt NFZ (a więc bez ośrodków posiadających inne źródło finansowania, jak np. zakłady rehabilitacji wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, czy podmioty przyjmujące jedynie prywatnie). Przy tym założeniu, w przeliczeniu liczby ośrodków na 100 tys. ludności lubuskie z wartością 7,14 umiejscawia się na 6. miejscu w kraju (wynik o 7% lepszy niż średnia krajowa). Świadczy to o nienajgorszym (w skali kraju) potencjale do realizowania świadczeń z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej (w stopniu zbliżonym do województwa łódzkiego, czy warmińsko-mazurskiego) [67].



Ryc.19. Rozmieszczenie ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej ogólnej w woj. lubuskim, 2022. Źródło: DAiS MZ na podst. danych NFZ [67]

Daje to podstawę do twierdzenia, że możliwość skorzystania z usług oferowanych w ramach Programu będzie mogła być zaspokojona. Analizowane w Mapach Potrzeb Zdrowotnych dane wskazują jednak na znaczne nieraz różnice w dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w poszczególnych powiatach naszego regionu (bardzo nierównomierne rozmieszczenie ośrodków, Ryc.19). Brak jest jednocześnie oficjalnych danych na temat list oczekujących, co pozwoliłoby na dokładniejszego określenie aktualnego poziomu zaspokojenia potrzeb społeczeństwa w tym zakresie. Informacje orientacyjne, uzyskane w sposób bezpośredni z rejestracji lubuskich ośrodków rehabilitacyjnych, wskazują na bardzo zróżnicowane czasy oczekiwania na leczenie rehabilitacyjne, nierzadko sięgające kilku miesięcy. Tymczasem wczesne podjęcie rehabilitacji ma kluczowe znaczenie dla jej efektów.

I.3. Opis obecnego postępowania

Aktualnie dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych dla osób, u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy możliwa jest w ramach spontanicznej zgłaszalności (brak ogólnokrajowego Programu kierowanego ściśle na tą problematykę).

Świadczenia dla tej grupy pacjentów, refundowane ze środków publicznych, dostępne są w następujących formach:

a) W ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Skierowanie do rehabilitację leczniczą (zabiegi fizjoterapeutyczne) w trybie ambulatoryjnym może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowania na zabiegi rehabilitacyjne wydawane są zatem zarówno przez lekarzy POZ, jak i przez lekarzy specjalistów (najczęściej: specjalistów rehabilitacji medycznej, ortopedii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii). Jedynie w przypadku stwierdzonej przez lekarza specjalistę wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną są wady postawy, skierowanie na zabiegi może wystawić wyłącznie lekarz specjalista (także I stopnia) rehabilitacji ogólnej, medycznej lub narządu ruchu, chirurgii ortopedycznej lub urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii lub w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu [68].

Skierowania nie są natomiast wydawane przez lekarzy medycyny pracy (nie są lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonując całkowicie poza systemem NFZ), choć ci mają relatywnie często styczność z osobami cierpiącymi z powodu patologii zawodowych kwalifikujących się do rehabilitacji.

Opieka rehabilitacyjna nad pacjentami ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związanymi ze sposobem wykonywania pracy nie ma w pionie NFZ specyficznego charakteru, tzn. nie odnosi się do ewentualnych przyczyn zawodowych leczonych schorzeń. Opieka ta nie ma również charakteru w pełni kompleksowego – nie uwzględnia poradnictwa medyczno-zawodowego, które miałyby służyć optymalizacji powrotu do pracy (np. określenie warunków dalszego zatrudnienia, koniecznych modyfikacji ergonomicznych ukierunkowanych na przyczynę patologii, potrzeby przekwalifikowania stosownie do uzyskanego w toku usprawniania stanu funkcjonalnego i rokowania), czy wsparcia psychologicznego. Mimo względnie dużej liczby ambulatoryjnych zakładów rehabilitacji w województwie (70) i liczby rehabilitowanych rocznie pacjentów (w 2022 r. ponad 71 tys.), potrzeby społeczeństwa pozostają tylko częściowo zaspokojone. Świadczą o tym kilkumiesięczne okresy oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne. Jedno skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne pozwala na realizację cyklu 10 sesji rehabilitacyjnych, maksymalnie do 5 zabiegów w jednej sesji. Pacjent ma czas 30 dni od dnia wystawienia skierowania na rejestrację w zakładzie rehabilitacji.

b) Rehabilitacja lecznicza prowadzona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej.

Od 1996 r. ZUS prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. Aktualnie regulowana jest ona przez rozporządzenie 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 (t.j. Dz.U. 2019 poz. 277), oparte na delegacji ustawowej zawartej w art. 69 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych [69,70].

Od początku rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej kierowana była przede wszystkim do osób zagrożonych długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy z powodu chorób układu krążenia i narządu ruchu, jako najczęstszych przyczyn długotrwałej niezdolności do pracy (renty). Obecnie realizowana jest w trybach [71]:

I. stacjonarnym (pobyt całodobowy w ośrodku rehabilitacyjnym) w przypadku schorzeń:

- narządu ruchu
- narządu ruchu po wypadku (wczesna rehabilitacja powypadkowa)
- układu krążenia
- układu oddechowego
- psychosomatycznych
- onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego
- narządu głosu

II. ambulatoryjnym (codziennie dojeżdżasz na rehabilitację w wyznaczonych godzinach) w przypadku schorzeń:

- narządu ruchu
- układu krążenia, w tym monitorowanego telemedycznie.

Rehabilitacja trwa rutynowo 24 dni, z możliwością przedłużenia lub skrócenia przez ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego. ZUS pokrywa pełne koszty rehabilitacji: leczenia, zakwaterowania i wyżywienia, a także zwraca koszty dojazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej z miejsca zamieszkania. Można z niej skorzystać w przypadku zagrożenia utratą zdolności do pracy, przy pozytywnym rokowaniu co do jej odzyskania. Konieczne jest przy tym spełnienie jednego z poniższych warunków:

- ubezpieczenie w ZUS,
- pobieranie zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego,
- pobieranie renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy.

Wniosek o rehabilitację leczniczą w tym trybie wypełnia lekarz leczący (wniosek PR-4). Nie musi to być lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (jak w przypadku NFZ). Także lekarz orzecznik ZUS może podjąć decyzję o skierowaniu na rehabilitację, jeśli stwierdzi taką potrzebę podczas kontroli zwolnienia lekarskiego, lub gdy ubezpieczony stara się o świadczenie rehabilitacyjne lub rentę z tytułu niezdolności do pracy.

Program rehabilitacji leczniczej finansowanej przez ZUS obejmuje: różne formy fizjoterapii (kinezyterapia indywidualna, zbiorowa, w tym ćwiczenia w wodzie; fizykoterapia) rehabilitację psychologiczną (w tym psychoedukację i treningi relaksacyjne) oraz edukację zdrowotną (m.in. w zakresie zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy).

Rehabilitacja prowadzona jest wyłącznie w ośrodkach, z którymi ZUS zawarł stosowną umowę cywilno-prawną (wybór ośrodków w drodze postępowania konkursowego; ponad 80% ośrodków znajduje się na terenach uzdrowiskowych). Według stanu na 2023 r. ZUS miał zakontraktowane świadczenia rehabilitacyjne w 58 ośrodkach stacjonarnych (z czego 37 ośrodków oferowało rehabilitację schorzeń układu ruchu) i w 29 ośrodkach prowadzących rehabilitację ambulatoryjną (26 zajmowało się układem ruchu) [72].

Aktualnie świadczenia w zakresie rehabilitacji chorób układu ruchu dla ubezpieczonych w ZUS wykonuje na terenie województwa lubuskiego jedynie 1 placówka: Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski w Gościmiu (Drezdenko). Brak jest natomiast ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej ZUS (jeszcze w 2018 r. był to jeden ośrodek w Gorzowie Wlkp.).

Czas oczekiwania wynosi około 6-8 tygodni. Organizacja rehabilitacji opiera się o polski model rehabilitacji i w stosunku do świadczeń oferowanych w ramach NFZ zawiera także ponadstandardowe elementy (np. szkolenia o tematyce prewencyjnej). Jednak liczba ośrodków prowadzących rehabilitację w tym trybie jest ciągle bardzo ograniczona.

c) W ramach Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Podobnie jak ZUS, także i KRUS zapewnia dla swoich ubezpieczonych (a nawet ich dzieci) możliwość korzystania z rehabilitacji leczniczej. Wynika to z ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników [73], a szczegółowe regulacje zawarte są obecnie w rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 grudnia 2022 r. w sprawie rehabilitacji leczniczej i turnusów regeneracyjnych (obowiązuje od 1. stycznia 2023 r.) [74].

Głównym celem prowadzonej rehabilitacji jest zapobieganie inwalidztwu lub ograniczenie go do poziomu umożliwiającego ubezpieczonemu dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym, a w przypadku osób, które zdolność do pracy utraciły jej przywrócenie, o ile jest to możliwe w wyniku leczenia i rehabilitacji. Z tego względu należy podkreślić, że rehabilitacja nie jest adresowana do wszystkich rolników objętych ubezpieczeniem społecznym [75]. Szczegółowe określenie osób uprawnionych podano w art. 64 ust. 1 ww. ustawy.

Świadczenie rehabilitacyjne przyznawane jest na wniosek lekarza leczącego, ustalającego wskazania do odbycia rehabilitacji, po weryfikacji przez lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego KRUS. Rehabilitacja jest organizowana w formie 21-dniowych turnusów prowadzonych we własnych Centrach Rehabilitacji Rolników KRUS. Można z niej korzystać nie częściej niż co 12 miesięcy. Osobom, które mają ustalone prawo do zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej ponad 180 dni, a także osobom mającym ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - świadczenie rehabilitacyjne można przyznać po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji. W przypadku uzasadnionych potrzeb zdrowotnych pacjenta, okres oczekiwania na ponowne skierowanie może zostać skrócony, a sam pobyt przedłużony. Pobyt na turnusie jest bezpłatny, a zakład rehabilitacji leczniczej zwraca osobie skierowanej koszty przejazdu do placówki rehabilitacyjnej w wysokości odpowiadającej cenie biletu najtańszego dostępnego środka transportu zbiorowego.

Od 1 stycznia 2023 roku z rehabilitacji leczniczej mogą skorzystać także:

- osoby uprawnione do emerytury rolniczej, w celu poprawy ich stanu zdrowia,
- opiekunowie osób niepełnosprawnych, w celu poprawy kondycji psychofizycznej i jakości życia.

Od 1993 roku KRUS organizuje w czasie wakacji turnusy rehabilitacyjne dla dzieci rolników. Centra Rehabilitacji Rolników KRUS zapewniają dzieciom indywidualny program rehabilitacyjny.

Rocznie z rehabilitacji leczniczej za pośrednictwem KRUS korzysta około 14 tys. osób.

d) Rehabilitacja dofinansowana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON)

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) dofinansowuje udział w turnusach rehabilitacyjnych organizowanych dla osób niepełnosprawnych o podobnych potrzebach rehabilitacyjnych w oparciu o ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [76].

Chodzi tu o turnusy organizowane przez podmioty wpisane do Rejestru ośrodków oraz Rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych, zgodnie z rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych [77]. Turnusy organizowane są dla minimum 20 osób i trwają co najmniej 14 dni. Mogą odbywać się w formie stacjonarnej lub ambulatoryjnej.

Podkreśla się, że ze środków PFRON nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych organizowanych przez ZUS, KRUS, NFZ, które są finansowane na podstawie odrębnych przepisów.

Dofinansowanie waha się między 20 a 30% przeciętnego wynagrodzenia (w przypadku szczególnie trudnej sytuacji życiowej osoby niepełnosprawnej, dofinansowanie może zostać podwyższone do 40%) [78].

Z tej formy wsparcia mogą skorzystać

1. osoba posiadająca orzeczenie:
 - zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub
 - całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów lub niepełnosprawności, wydane przez ukończeniem 16 roku życia.
2. osoba spełniająca kryterium dochodowe:
 1. przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
 2. w przypadku przekroczenia tych kwot, dofinansowanie pomniejsza się o kwotę, o którą dochód został przekroczony.

Osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności albo posiadającej orzeczenie równoważne oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat, która wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu, może być przyznane dofinansowanie pobytu opiekuna na turnusie.

Celem prowadzonej rehabilitacji jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności, ale również rozwijanie umiejętności społecznych uczestników (m.in. przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych), umiejętności samodzielnego funkcjonowania, pobudzanie rozwoju osobistego, realizację i rozwijanie zainteresowań. A więc prócz rehabilitacji leczniczej (poprawa zdrowia), na turnusach znaczącą wagę przykładają się do aktywności społecznej i zorganizowanych działań grupowych (poprawa samodzielności).

e) Rehabilitacja z tytułu patologii zawodowych w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy

Art.6. ust. 1. pkt 3) ustawy o służbie medycyny pracy mówi, że medycyna pracy jest właściwa do „*prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową*”. Dotyczy to nie tylko pracowników, ale także do osób wykonujących pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, również uczniów szkół o profilu zawodowym i studentów. Art. 21. ust.1 pkt 1 ustawy mówi z kolei, że zadanie to finansuje się ze środków budżetu samorządu województwa [79]. Dysponentem środków samorządowych są w każdym województwie wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP-y). Większość WOMP-ów i niewielka część ich placówek zamiejscowych dysponuje zapleczem rehabilitacyjnym. Na 20 WOMP-ów rehabilitacją może się poszczycić 12 placówek (jeżeli chodzi o ośrodki zamiejscowe to odpowiednio 1 na 10).

Z reguły na bezpłatną rehabilitację w tym trybie kieruje pracownika lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną nad danym zakładem pracy. Szczegółowe warunki kierowania określają same WOMP-y we właściwym dla siebie obszarze terytorialnym. Ze względu na ograniczenie wskazań tylko do patologii zawodowych (choroby zawodowe i parazawodowe, wypadki w pracy oraz w drodze do/z pracy), zawężenie grupy korzystającej do osób kierowanych przez lekarza medycyny pracy (nie jest to powszechne w skali województwa), czas oczekiwania na rehabilitację jest z reguły relatywnie krótki – w przypadku lubuskich ośrodków wojewódzkich w Zielonej Górze i w Gorzowie Wlkp. nie przekracza on z reguły 3 tygodni. Dostępność do tych świadczeń dla osób mieszkających poza miastami wojewódzkimi (siedzibami WOMP-ów) jest praktycznie bardzo ograniczona.

f) Rehabilitacja w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych

W kraju realizowane są także projekty rehabilitacyjne w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. Realizowane są one w kilkuletnich perspektywach czasowych, dla różnie zdefiniowanych grup odbiorców. Opierają się one o współfinansowanie ze środków EFS (85% wydatków kwalifikowanych) a wybór realizatorów podlega postępowaniu konkursowemu.

W przypadku Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020, realizowanego w ramach Osi Priorytetowej 6 Regionalny Rynek Pracy, Działania 6.7 Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowych i bezpiecznych miejsc pracy, przeprowadzono dwie edycje postępowania konkursowego:

- 1) RPLB.06.07.00-IZ.00-08-K01/18 (post.zak. 20.07.2018 r.) - wybrano 7 realizatorów,
- 2) RPLB.06.07.00-IZ.00-08-K01/19 (post.zak. 28.01.2019 r.) - wybrano 6 realizatorów,
- 3) RPLB.06.07.00-IZ.00-08-K01/21 (post.zak. 25.01.2021r.) - wybrano 10 realizatorów.

Wdrożenie tego programu zdrowotnego w kierunku rehabilitacji medycznej miało na celu szczególnie umożliwienie powrotów do pracy, ale także szybkie wdrażanie rehabilitacji tam, gdzie istniało związane z chorobą układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego zagrożenie utratą zdolności do pracy. Prócz niezbędnych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej program zakładał także: działania informacyjno-edukacyjne (w tym edukacja prozdrowotna dla osób objętych wsparciem – z zakresu zdrowego stylu życia, ergonomii w miejscu pracy), wsparcie psychologiczne (zwłaszcza przy schorzeniach przewlekłych, z komponentą problemów adaptacyjno-depresyjnych), poradę lekarza medycyny pracy (ustalenie potrzeb modyfikacji stanowiska pracy).

Program w obu edycjach cieszył się dużą popularnością wśród pracujących Lubuszan.

I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu.

Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy ma być odpowiedzią na zapotrzebowanie zdrowotne lubuskiego społeczeństwa. Ma się przyczynić do poprawy stanu zdrowia i sprawności grupy docelowej, zwiększając szanse na możliwość wieloletniego kontynuowania pracy zgodnie z posiadanymi kompetencjami. Działanie to jest istotne także w kontekście rosnącego zapotrzebowania na pracę w regionie. Zgodnie z danymi z BAEL bezrobocie w województwie lubuskim, podobnie jak w całej Polsce, systematycznie spada, a rośnie odsetek osób aktywnych zawodowo. Od 1990 rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym (60/65+), a spada w wieku produkcyjnym mobilnym (18-44 lata) [80]. Z roku 2021 na 2022 nastąpił duży spadek liczby bezrobotnych – niewątpliwie odbicie na rynku pracy po krytycznym roku pandemicznym 2020, spadek ten doszedł jednak do poziomu znacznie poniżej notowanego jeszcze w 2019 r. Przy tym spadła także liczba osób biernych zawodowo (a więc nie była to pozorna poprawa na rynku pracy). Poprawia się z roku na rok relacja pracujących w stosunku do niepracujących (wg danych za 2022 r. na 1000 pracujących przypadało 776 niepracujących). Wzrasta współczynnik zatrudnienia (2019: 54,1%, 2022: 56,3%; lubuskie nieco powyżej średniej krajowej) a spada stopa bezrobocia (2019: 3,3%, 2022: 2,9%). Dane dla lubuskiego z Rocznika statystycznego pracy 2021 i 2023 (GUS) przedstawia Tabela 6 [53,81].

	bezrobotni zarejestrowani (lubuskie) – w tys.	stopa bezrobocia rejestrowanego*	
		woj. lubuskie	w Polsce
2019	18,5	4,9%	5,2%
2020	23,7	6,3%	6,3%
2021	18,2	5,1%	5,8%
2022	15,7	4,4%	5,2%

Tab. 6. Liczba bezrobotnych i stopa bezrobocia rejestrowanego w woj. lubuskim wg Rocznika statystycznego pracy 2021 i 2023 (GUS) [53,81]

* Stopa bezrobocia rejestrowanego: udział zarejestrowanych bezrobotnych w cywilnej ludności aktywnej zawodowo, tj. bez pracowników jednostek budżetowych prowadzących działalność w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego

Z końcem 2022 r., w porównaniu z grudniem 2021 r., bezrobocie zmniejszyło się we wszystkich województwach. Najistotniejszy spadek odnotowano jednak w województwach: śląskim (o 15,0%), lubuskim (o 13,4%), pomorskim (o 11,1%) [82]. W porównaniu: grudzień 2020 i grudzień 2021 spadek ten był w lubuskim największy w skali kraju: o 23,3%. Dane te mogą świadczyć o rosnącym zapotrzebowaniu na pracowników w województwie. Wskazują na relatywnie duży potencjał pracowniczy województwa lubuskiego, z pewnymi jednak zastrzeżeniami:

- Populacja osób w wieku 15-89 lat (ludność aktywna zawodowo wg BAEL) w woj. lubuskim sukcesywnie spada: z końcem 2019 r. było to w lubuskim 791 tys. osób, na koniec 2020 r. 790 tys., 2021: 785 tys. a 2022: 781 tys. osób [83].
- Według prognoz GUS populacja osób w wieku 15-89 lat w woj. lubuskim będzie ulegać stopniowemu kurczeniu się i starzeniu [84]. Dane na ten temat przedstawiono w Tabeli 7.

rok:	2025	2030	2035	2040	2045	2050
liczba osób w wieku 15-89 lat (tys.):	853	845	832	806	776	747
wiek średni w grupie (lat):	48,5	49,8	51,1	51,9	52,6	53,3

Tab. 7. Prognoza dla woj. lubuskiego do 2050 r. (wyliczenie z 2014 r.) dotycząca ludności aktywnej zawodowo (w wieku 15-89 lat): liczebność i wiek średni, GUS [84]

- Z końcem 2014 r. w województwie lubuskim odsetek osób niepełnosprawnych wśród osób bezrobotnych był najwyższy w kraju, osiągając 9,1% (Polska 6%) i było to 4,3 tys. osób [14]. Według ostatnich danych z końcem 2020 r., przy dwukrotnie mniejszej liczbie bezrobotnych w lubuskim, odsetek osób niepełnosprawnych wśród bezrobotnych nadal pozostaje najwyższy w kraju: 7,6% (1,8 tys. osób) w stosunku do średniej krajowej 5,3% [53]. Województwo lubuskie należy do grupy 4 województw z największym odsetkiem niepełnosprawności biologicznej według kryterium unijnego – 23%. Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wyraźnie wraz z wiekiem, począwszy od 30 r.ż., a szczególnie dynamicznie po ukończeniu 50 roku życia.
- Wg danych GUS z badania modułowego „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą” przeprowadzonego w II kwartale 2020 r., w województwie lubuskim raportowano największe rozpowszechnienie dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą w stosunku do liczby badanych osób osiągając 52% (w kolejnych województwach było to odpowiednio: warmińsko-mazurskie - 48%, świętokrzyskie - 45%; w skali kraju odsetek ten wynosił 38%) [56].
- Wg badania dotyczącego 2020 r., na 715 tys. osób, które pracowały w tym roku lub kiedykolwiek, aż 372 tys. osób odczuwało dolegliwości związane z wykonywaną pracą w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przy tym 208 tys. odczuwało co najmniej 2 dolegliwości (29%). Z tej grupy 233 tys. osób (63%) odczuwało ograniczenie w wykonywaniu codziennych czynności, przy czym u 57 tys. było to ograniczenie znaczne (15% osób z dolegliwościami) [56].
- W lubuskim, podobnie jak w kraju, do najczęściej zgłaszanych dolegliwości związanych przyczynowo z wykonywaną pracą należały problemy układu kostno-stawowego lub mięśniowego. Najczęściej były to (dane za 2020 r.): bóle pleców - 215 tys. osób (30% Lubuszan objętych badaniem wobec 21,2% w skali kraju), a następnie dolegliwości kończyn dolnych - 157 tys. osób (22% wobec 12,8% w kraju) oraz dolegliwości szyi i kończyn górnych - 148 tys. (20,7% wobec 13,9% w kraju) [56]. Dla porównania problemy depresyjne, lękowe lub stres związane z pracą zgłaszało w lubuskim „jedynie” 35 tys. osób (5%; w skali kraju 3,5%).
- W przypadku schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego analiza dotychczasowych danych (od 1990 r.) i prognoza epidemiologiczna do 2035 r. dla województwa lubuskiego wskazują na utrzymującą stałą tendencję wzrostową wskaźnika zapadalności i chorobowości [65]. W przypadku wskaźnika chorobowości jest to wzrost o 60% na przestrzeni 45 lat: od 15 906/100 tys. ludności w 1990 r., przez 22 083/100 tys. w 2019 r., po prognozowane 25 473/100 tys. w 2035 r. Dynamika tych zmian będzie w lubuskim jedną z największych w kraju (przyrost chorobowości w okresie 2019-2034 o 15,35%), tuż po warmińsko-mazurskim (przyrost 15,56%).
- Według nowszych danych (stan na 31.12.2021 r.) różnicujących regiony Polski

województwo lubuskie charakteryzuje się natomiast największym wskaźnikiem niepełnosprawności wg kryterium formalno-prawnego (a więc potwierdzonej orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy), wyprzedzając znacznie pozostałe województwa wskaźnikiem 860 osób z orzeczeniem na 10 tys. ludności - blisko dwukrotnie więcej niż w mazowieckim (wskaźnik 453/10 tys.) [62].

Zatem mamy do czynienia z populacją dynamicznie się zmieniającą, ale również obciążoną relatywnie wysokimi wskaźnikami chorobowości w odniesieniu do schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego i zagrożeniem niepełnosprawnością. W tej sytuacji utrzymanie dobrego stanu zdrowia mieszkańców województwa, jego poprawa i rehabilitacja w przypadku schorzeń ograniczających istotnie sprawność w funkcjonowaniu codziennym i zawodowym, stanowią ważne, wręcz strategiczne wyzwanie.

Aby podołać temu wyzwaniu konieczne jest uwzględnienie (zaplanowanie i wdrożenie) odpowiedniego wsparcia, również w zakresie rehabilitacji, jako metody służącej utrzymaniu długotrwałej sprawności funkcjonalnej, a także towarzyszących temu działań edukacyjnych, ukierunkowanych na minimalizowanie skutków obciążeń zawodowych, prewencję chorobową i wypadkową, a także poprawę jakości życia. Zgodnie z analizami EU-OSHA dwoma głównymi czynnikami mającymi wpływ na skuteczność systemów rehabilitacji i powrotu do pracy są dostępność systemu rehabilitacji oraz obecność mechanizmów koordynacji lub ich brak [85]. Ważne, aby interwencje były dostępne w razie potrzeby dla wszystkich pracowników z problemami zdrowotnymi, i każda osoba mogła uzyskać wsparcie w trakcie powrotu do pracy. Zauważono również, że systemy z ustanowionymi mechanizmami koordynacji między różnymi podmiotami uczestniczącymi w procesie rehabilitacji i powrotu do pracy (np. między lekarzami pierwszego kontaktu, lekarzami medycyny pracy, podmiotami świadczącymi usługi rehabilitacji oraz pracodawcami, przy czym pracodawcy, choć odgrywają ważną rolę w tym procesie, jednak poziom ich zaangażowania jest różny) są zazwyczaj dużo bardziej skuteczne. Niniejszy program zakłada koordynację działań rehabilitacyjnych z poradą/pomocą lekarza medycyny pracy, psychologa, dietetyka, fizjoterapeuty wraz z edukacją prozdrowotną.

W przypadku schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy rehabilitacja medyczna jest skutecznym i bezpiecznym narzędziem interwencji leczniczej. Alternatywę stanowi leczenie farmakologiczne (najczęściej objawowe – leki przeciwbólowe), operacyjne (ograniczone do zaawansowanych przypadków i możliwe tylko w przypadku części schorzeń, np. zespół cieśni nadgarstka, przepuklina dyskowa w przebiegu zespołu bólowego kręgosłupa) lub inne formy leczenia zabiegowego (ostrzyknięcia stawów i zmienionych zapalnie miejsc lekami przeciwzapalnymi lub znieczulającymi, terapia komórkami macierzystymi) [36]. Rehabilitacja medyczna jest natomiast postępowaniem nieinwazyjnym (bezpieczeństwo) i koncentruje się na efekcie funkcjonalnym (poprawa sprawności, ewentualnie adaptacja do niepełnosprawności) [36,37,38,39]. Stanowi ważne uzupełnienie innych metod leczenia (farmakologicznego, czy operacyjnego) lub może być samodzielną formą postępowania. Jest jednak procesem złożonym i wieloaspektowym (łączenie różnych form terapii: kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, zaopatrzenia ortopedycznego), wymagającym nierzadko współpracy wielu specjalistów (fizjoterapeuci, lekarze, psycholog, specjaliści ortotyki, terapeuci zajęciowi i inni).

Pod względem udzielonych specjalistycznych porad ambulatoryjnych z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego w 2022 r., województwo lubuskie uzyskało najgorszy wynik w skali kraju (156 porad na tysiąc mieszkańców, w porównaniu do 320 porad na tys.

mieszk. w woj. śląskim – najwyższy wynik w kraju), co może wskazywać na regionalnie ograniczoną dostępność do świadczeń diagnostyczno-leczniczych w tym obszarze [66]. Według danych NFZ i GUS w 2022 r. z porad rehabilitacyjnych (ogółem) skorzystało w województwie 71 902 dorosłych pacjentów. Wskaźnik przyjęć wyniósł 7 739 pacjentów na 100 tys. ludności – 11. miejsce w Polsce, przy średniej krajowej 8 038 pacjentów na 100 tys. Lubuskie jest przy tym bardzo zróżnicowane jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych. Uzasadnia to szczególnie potrzebę wdrażania działań uzupełniających niedobory systemowe, co jest zamiarem niniejszego programu.

Wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków NFZ, stworzenie dodatkowej ścieżki dostępu do rehabilitacji medycznej dla osób w wieku aktywności zawodowej (a tym samym szybsze ich włączenie do procesu usprawniania), połączenie jej z dodatkowymi formami wsparcia, zwłaszcza ukierunkowanymi na przyczyny problemów zdrowotnych i stymulowanie aktywności fizycznej, ma służyć zwiększeniu skuteczności rehabilitacji oraz szybszym powrót na rynek pracy. Dla zwiększenia skuteczności rehabilitacji ważne będzie połączenie jej z dodatkowymi formami wsparcia, wykraczającymi ponad standard oferowany w ramach usług realizowanych w systemie NFZ. Rehabilitacja połączona z interwencją edukacyjną pozwoli na uzyskanie trwalszych efektów, wynikających z możliwego, długotrwałego wpływu na pozytywne zmiany w stylu życia. Edukacja powinna obejmować informacje dotyczące zdrowego stylu życia, w tym: właściwej aktywności fizycznej, zdrowej diety, a także elementów ergonomii w miejscu pracy i życiu codziennym. Włączenie poradnictwa medyczno-zawodowego ze strony specjalistów medycyny pracy w ramach interwencji ma natomiast ułatwić bezpieczne podjęcie pracy w formie dotychczasowej lub alternatywnej (ewentualne wskazanie konieczności przekwalifikowania zawodowego). Interwencja psychologiczna w procesie usprawniania może być natomiast ważna dla budowania lub podtrzymywania motywacji do aktywnego udziału rehabilitacji, a także do ograniczania negatywnego wpływu czynników psychospołecznych na proces chorobowy (zwłaszcza w przypadku schorzeń przewlekłych, czy skutków wypadków przy pracy). Dla osób o szczególnych obciążeniach (nadwaga lub otyłość, zaburzenia metaboliczne, podwyższony poziom cholesterolu, czy trójglicerydów, wywiad rodzinny wskazujący na podwyższone ryzyko poważnych chorób układu krążenia, czy choroby zwyrodnieniowej stawów – ze względu na możliwy wpływ nadwagi/otyłości) wskazane jest udzielenie indywidualnej porady przez wykwalifikowanego dietetyka. Ma to szczególne znaczenia w świetle cytowanych na wstępie danych o wzrastającym w Polsce rozpowszechnieniu otyłości i relatywnie niskiej rekreacyjnej aktywności fizycznej, które to problemy nasilają się jeszcze wraz z wiekiem.

Należy pamiętać, że o skuteczności działań rehabilitacyjnych decyduje czas ich rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych (zależna po części również od właściwego zmotywowania uczestnika), a także ciągłość działań, co odpowiada uznanym na świecie kanonom polskiego modelu rehabilitacji. Znaczenie regionalne rehabilitacji podkreśla dodatkowo fakt, iż „Poprawa dostępności do rehabilitacji medycznej” (mierzona czasem oczekiwania do poradni i zakładów rehabilitacji) znalazła się wśród 19 priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej woj. lubuskiego [86]. W dokumencie podkreślono także potrzebę zapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia i rehabilitacji przy uwzględnieniu równomiernej dostępności terytorialnej oraz tworzenia interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych składających się z grona specjalistów w zależności od potrzeb pacjenta.

II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

II.1. Cel główny:

Przywrócenie u co najmniej 50% uczestników ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanymi ze sposobem wykonywania pracy, pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej na terenie województwa lubuskiego w latach 2024-2027.

II.2. Cele szczegółowe:

- 1) Zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego u co najmniej 50% uczestników;
- 2) Poprawa stanu funkcjonalnego (sprawności) zaburzonego w związku ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego u co najmniej 50% uczestników programu;
- 3) Zwiększenie liczby powrotów do pracy u osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotnych, niepełnosprawnych) - u co najmniej 30% uczestników, którzy przed włączeniem do Programu nie wykonywali pracy;
- 4) Zwiększenie wiedzy uczestników w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy - u co najmniej 70% uczestników;
- 5) Zwiększenie prozdrowotnej rekreacyjnej aktywności fizycznej u uczestników Programu - u co najmniej 30% uczestników.

Jako „poprawę” należy rozumieć korzystną różnicę między wynikiem badania końcowego a wynikiem badania wstępnego, świadczącą o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*) dla danego testu ⁵.

W poprzednim wydaniu lubuskiego PPZ o tym samym charakterze (realizacja w latach 2018-2023) dla analogicznych pozycji przyjęto podobne wskaźniki docelowe. Poprawę w zakresie tych wskaźników uzyskano odpowiednio: w odniesieniu do zmniejszenia dolegliwości bólowych - 87% uczestników (przy oczekiwanych >50%), poprawy sprawności funkcjonalnej – 80,5% (oczekiwano >50%), deklarowana poprawa wiedzy – 87% (oczekiwano >30%), zwiększenie prozdrowotnej aktywności fizycznej – 52% (oczekiwano >30%). Ponadto 98,9% uczestników poprzedniego PPZ podjęło w ciągu roku pracę. Zauważyć należy, że w niniejszym PPZ przyjęto surowsze kryteria oceny poprawy dla bólu i zaburzeń funkcji (s.78), np. poprawa VAS musi wynieść $\geq 2,0$ (poprzednio mogło to być już 0,5). Biorąc powyższe pod uwagę wydaje się, iż przyjęte obecnie wskaźniki są realne.

⁵ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 73/2021 z dnia 26 listopada 2021 r.

II.3. Oczekiwane efekty:

W zakresie parametrów dotyczących zdrowia zakłada się osiągnięcie rezultatów:

- a) Zwiększenie liczby osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały stan poprawy (zniesienie, lub zmniejszenie intensywności dolegliwości) w odniesieniu do schorzenia będącego wskazaniem do rehabilitacji; oczekiwane zarejestrowanie poprawy u co najmniej 50% uczestników;
- b) Poprawa sprawności funkcjonalnej uczestników RPZ – u co najmniej 50% uczestników;
- c) Zwiększenie liczby Lubuszan (z grupy docelowej RPZ), którzy po opuszczeniu Programu (w przeciągu roku) podjęły pracę; oczekuje się, że taki efekt powrotu/podjęcia pracy wystąpi u co najmniej 30% uczestników, którzy przed włączeniem do Programu nie wykonywali pracy;
- d) Poprawa wiedzy uczestników RPZ w zakresie ograniczania zagrożenia zdrowotnego związanego ze sposobem wykonywania pracy, z uwzględnieniem znajomości rozwiązań bezpiecznych i ergonomicznych - u co najmniej 70% uczestników;
- e) Zwiększenie deklarowanej rekreacyjnej aktywności fizycznej uczestników RPZ, dostosowanej do potrzeb i możliwości uczestnika - u co najmniej 30% uczestników.

Cel główny powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Wyznaczanie celów zgodnie z tą zasadą wymaga uważnego przeanalizowania tego co chce się osiągnąć [87]. Cele szczegółowe powinny być powiązane z celem głównym, jako konieczne i wystarczające do jego osiągnięcia i powinny opisywać stan docelowy. Sprecyzowanie celów szczegółowych w przypadku niniejszego RPZ poprzez podanie konkretnych docelowych założeń ilościowych jest trudne i wymagałoby arbitralnego przyjęcia określonych wartości, dla których szanse osiągnięcia trudno na wstępie realistycznie oszacować. W dziedzinie rehabilitacji, niepełnosprawności, czy profilaktyki zdrowotnej odczuwalny jest bowiem niedobór badań skuteczności podobnych interwencji – ze względu na skąpą liczbę badań o odpowiedniej wiarygodności, czy trudność porównania interwencji, które wykazują w istocie znaczne różnice co do poruszanego problemu zdrowotnego, metod działania, czy doboru populacji docelowej. Przykładowo w działaniach o charakterze profilaktyki zdrowotnej opartej na interwencji edukacyjnej skuteczność na poziomie kilkunastu procent (jeżeli chodzi o odsetek uczestników, którzy osiągnęli założony cel, np. rzucenie palenia, wdrożenie kompleksowych zmian dietetycznych) uznawana jest za zadowalającą. Przeszkodą może być nie tylko brak wiedzy i umiejętności, ale i (a może przede wszystkim, jako warunek podstawowy powodzenia) brak chęci, własnej woli do wprowadzenia zmian. W przypadku niniejszego RPZ można powiedzieć, że każdy indywidualny przypadek poprawy stanu zdrowia, sprawności uczestnika Programu, czy przywrócenia do pracy na skutek udzielonych świadczeń byłby sukcesem. Biorąc pod uwagę jednak efektywność wydawania środków przeznaczanych na realizację RPZ, celowe jest przyjęcie sprecyzowanych liczbowo wyznaczników osiągnięcia celów (mając na uwadze opisane wyżej ograniczenia).

Cel główny jest odpowiedzią na istotny problem występujący na terenie województwa lubuskiego, jakim jest ograniczony dostęp do rehabilitacji (zwiększenie dostępu); ograniczona oferta rehabilitacyjna w ramach ubezpieczenia powszechnego (zwiększenie kompleksowości świadczenia – dla poprawy jego skuteczności); duże rozpowszechnienie patologii zawodowych w obrębie układu ruchu i obwodowego układu nerwowego oraz związana z tym niepełnosprawność (zwiększenie liczby osób ozdrowiałych, usprawnionych, wracających do

pracy); niska świadomość zdrowotna, zwłaszcza w zakresie aktywnych form kształtowania swojego zdrowia, zapobiegania chorobom spowodowanym sposobem wykonywania pracy (wzmacnianie świadomości, poprawa nawyków i zachowań zdrowotnych, motywowanie do własnej pracy nad swoim zdrowiem). Jego realizacja, tj. wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej prowadzącego do przywrócenia osobom ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanymi ze sposobem wykonywania pracy, pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej jest możliwa do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Zakłada osiągnięcie przez uczestników oczekiwanego i docelowego stanu zdrowotnego.

Cele szczegółowe procentowo określają ilość osób, które dzięki Programowi po raz pierwszy od pół roku będą mogły skorzystać z rehabilitacji, u których skróci się czas oczekiwania na nie, dojdzie do poprawy stanu zdrowia, nastąpi powrót do pracy, zmniejszy się potrzeba korzystania z długotrwałych zwolnień chorobowych czy poprawi się świadomość i nawyki zdrowotne.

Sformułowane cele odpowiadają potrzebom wynikającym z opisu problemu zdrowotnego i sytuacji epidemiologicznej (duże rozpowszechnienie schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, duże rozpowszechnienie niepełnosprawności, ograniczona dostępność do rehabilitacji leczniczej jako skutecznej i bezpiecznej metody terapii, niska świadomość zdrowotna w populacji docelowej); przyjęte założenia interwencji (wczesność/szybkość podjęcia działań, ich indywidualizacja, powszechność w dostępie, ciągłość świadczeń i ich kompleksowość: rehabilitacja połączona z edukacją zdrowotną, poradnictwem medyczno-zawodowym i wsparciem psychologiczne) odpowiadają zaleceniom w tej dziedzinie;

Realizacja niniejszego RPZ planowana jest w okresie 2024-2027. Dostęp do oferowanych świadczeń dla każdego uczestnika Programu musi mieścić się w tych ramach czasowych, aczkolwiek nie ma powodu do czasowego limitowania indywidualnego dostępu do świadczeń uczestników (tzn. powinni mieć możliwość korzystania z Programu tak długo, jak to jest konieczne – do granic czasowych Programu; dalej powinno być zapewnione zachowanie ciągłości świadczeń w ramach alternatywnych dostępu do rehabilitacji opisanych w części I.3.).

Cele szczegółowe, będąc rozbiciem celu głównego na zestaw celów cząstkowych, koniecznych i wystarczających do jego osiągnięcia, są z celem głównym spójne w kontekście problemu zdrowotnego, dla którego rozwiązania opracowano niniejszy Program. Tym samym cel główny, podparty sprecyzowanymi celami szczegółowymi, precyzuje efekt, do którego prowadzą założone w programie interwencje.

II.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu:

- 1) miernikiem poprawy stanu zdrowia i sprawności osób objętych Programem będą:
 - a) liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego w odniesieniu do schorzenia będącego wskazaniem do rehabilitacji,
 - b) liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały poprawę sprawności funkcjonalnej.

Analizie podlegać powinny ustalone objawy wskaźnikowe (przede wszystkim ból – z uwzględnieniem jego lokalizacji i nasilenia w skali VAS, a w indywidualnych przypadkach także inne dolegliwości – np. objawy neurologiczne, zakres ruchomości, czy zdolność wykonania określonych czynności) oraz ocena stanu funkcjonalnego w oparciu o badanie kwestionariuszowe (HAQ-DI). Wartość odniesienia stanowią dane uzyskane w badaniu wstępnym, z którymi porównuje się dane uzyskane w badaniu końcowym. Jeśli różnica osiąga dla danego testu wartość określaną jako minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, minimal clinically important difference), należy ją uznać za dowód poprawy.

- 2) miernikiem zwiększenia dzięki oferowanym świadczeniom powrotów do pracy u osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (przebywających na długotrwałym zwolnieniu chorobowym, niepełnosprawnych, bezrobotnych) będzie liczba uczestników, którzy po opuszczeniu Programu w przeciągu roku podjęły pracę;
- 3) miernikiem wzmocnienia wiedzy uczestników w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom objętym interwencją (poznanie mechanizmów przyczynowych dla patologii zawodowych układu ruchu i obwodowego układu krążenia, poznanie zasad profilaktyki tych zagrożeń, a w oparciu o tę wiedzę poprawa zachowań i nawyków, z uwzględnieniem znajomości rozwiązań bezpiecznych i ergonomicznych) będzie liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten daje się potwierdzić w teście wiedzy;
- 4) miernikiem zwiększenia prozdrowotnej rekreacyjnej aktywności fizycznej u uczestników Programu będzie liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten daje się potwierdzić w badaniu ankietowym (fakt regularnego uprawiania sportu rekreacyjnie, częstość i poświęcany na to przeciętny czas).

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

III.1. Populacja docelowa

Program skierowany jest do ludności województwa lubuskiego aktywnej zawodowo⁶ - osób pracujących i powracających do pracy, u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy, kwalifikujące się do leczenia z zastosowaniem metod rehabilitacji medycznej.

Grupę docelową RPZ tworzą więc:

1. Mieszkańcy województwa lubuskiego w wieku 15-89 lat pozostający w zatrudnieniu, którzy z powodu schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, odczuwają ograniczenie w wykonywaniu pracy zarobkowej lub są zagrożeni utratą zdolności do pracy;
2. Mieszkańcy województwa lubuskiego w wieku 15-89 lat pozostający w momencie kwalifikacji do programu bez zatrudnienia (bezrobotni), doświadczający problemów z podjęciem zatrudnienia lub powrotem na rynek pracy na skutek choroby lub niepełnosprawności (dotyczy schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych), u których rokowanie co do odzyskania sprawności i zdolności do pracy jest pozytywne.

Dostęp do świadczeń oferowanych w ramach RPZ musi być zgodny z zasadą równości szans płci oraz równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnością.

⁶ Ludność aktywna zawodowo według BAEL: osoby w wieku 15-89 lat uznane za pracujące lub bezrobotne (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4565,pojecie.html>, dostęp 23.11.2023); Limit 89 lat wprowadzony w BAEL od 1 kwartału 2021 r. Przy tym do pracujących zalicza się osoby, które w okresie badanego tygodnia:

- wykonywały przez co najmniej 1 godzinę pracę przynoszącą zarobek lub dochód tzn. były zatrudnione w firmie lub instytucji publicznej lub u prywatnego pracodawcy, pracowały we własnym (lub dzierżawionym) gospodarstwie rolnym lub prowadziły własną działalność gospodarczą poza rolnictwem, pomagały (bez wynagrodzenia) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub rodzinnej działalności gospodarczej poza rolnictwem,

- miały pracę, ale jej nie wykonywały: z powodu choroby lub urlopu wypoczynkowego, urlopu związanego z rodzicielstwem (macierzyńskiego, rodzicielskiego, ojcowskiego lub wychowawczego), organizacji czasu pracy (systemu pracy lub odbioru nadgodzin), szkolenia związanego z wykonywaną pracą; z powodu sezonowego charakteru pracy, jeśli w okresie poza sezonem nadal regularnie wypełniały zadania i obowiązki związane z pracą lub prowadzeniem działalności (z wyłączeniem obowiązków prawnych lub administracyjnych); z innych powodów, jeśli przewidywany okres nieobecności w pracy nie przekracza 3 miesięcy.

Do pracujących zaliczani są również uczniowie, z którymi zakłady pracy lub osoby fizyczne zawarły umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do określonej pracy, jeżeli otrzymywali wynagrodzenie (a więc już nie wolontariusze oraz stażyści nieotrzymujący wynagrodzenia). Do grona pracujących wlicza się obecnie także: pomagających członków rodziny wykonujących pracę na rzecz rodziny spoza własnego gospodarstwa domowego (prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą lub indywidualne gospodarstwo rolne), osoby wykonujące część swojej pracy poza sezonem, obecnie także wszystkie osoby przebywające na urlopie wychowawczym.

Program, ze względu na uzasadnione epidemiologicznie potrzeby zdrowotne Lubuszan w wieku aktywności zawodowej (także uczniów szkół o profilu zawodowym, odbywających praktyczną naukę zawodu), kierowany jest do **osób, u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy**. Schorzenia kwalifikujące do udziału w Programie zostały wymienione w Tabeli 2. Do takiego założenia dopasowana jest kompleksowa interwencja zaplanowana w programie. Obejmuje ona bowiem nie tylko świadczenia stricte rehabilitacyjne (rehabilitacja medyczna), ale również edukację ukierunkowaną na zagrożenia środowiska pracy mogące mieć związek przyczynowy ze schorzeniem i dolegliwościami uczestnika (ma to służyć zmniejszeniu ryzyka nawrotów problemu zdrowotnego oraz ułatwieniu procesu zdrowienia – przez aktywne ograniczanie wpływu czynnika sprawczego; warunkiem świadomego i celowego przeciwdziałania przez pracownika obciążeniom w miejscu pracy jest przyswojenie przez niego odpowiedniej wiedzy i umiejętności, a także wzmocnienie własnej motywacji), promocję zdrowej aktywności fizycznej w czasie wolnym, poradę dietetyczną, wsparcie fachowe lekarza medycyny pracy (w zakresie oceny potrzeb i możliwości dotyczących podjęcia lub kontynuowania pracy), czy wsparcie psychologa (motywowanie w procesie zdrowienia, wsparcie osób z dodatkowym problemem o podłożu psychospołecznym – nadmierny stres, bądź obniżenie nastroju, częste u osób ze schorzeniami przewlekłymi, lub znacznie ograniczającymi sprawność ustroju). Kompleksowość działań pozwala na łączenie efektów leczniczych z prewencją pierwotną i wtórną. Aby zapewnić spójność działań program koncentruje się więc na rehabilitacji schorzeń związanych z wykonywaną pracą.

W przypadku województwa lubuskiego, według stanu na koniec 2022 r., ludność aktywna zawodowo (wg BAEL) liczyła 781 tys. osób, a w 2020 r. - 790 tys. Wg danych GUS z badania modułowego „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą” w województwie lubuskim raportowano w 2020 r. rozpowszechnienie dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą w stosunku do liczby badanych osób na poziomie 52% (największe w kraju). Na 715 tys. osób, które pracowały w tym roku lub kiedykolwiek, aż 372 tys. osób odczuwało dolegliwości związane z wykonywaną pracą w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przy tym 208 tys. odczuwało co najmniej 2 dolegliwości (29%). Z tej grupy 233 tys. osób, tj. 63% odczuwało ograniczenie w wykonywaniu codziennych czynności, przy czym u 57 tys. było to ograniczenie znaczne (15% osób z dolegliwościami). Najczęściej były to dolegliwości ze strony układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie kręgosłupa lub kończyn. W zestawieniu, w którym każdej osobie z dolegliwościami przyporządkowano tylko jeden najbardziej znaczący obszar dolegliwości, zgłoszenia wyglądały następująco: bóle pleców - 132 tys. osób, dolegliwości kończyn dolnych - 83 tys. osób, a dolegliwości szyi i kończyn górnych - 57 tys., czyli łącznie **272 tys. osób**, które jako istniejącą i główną dolegliwość związaną z pracą wskazała problem w obrębie układu ruchu [56]. Mononeuropatie (np. zespół cieśni nadgarstka) nie były w tym zestawieniu szczególnie wyodrębnione – można podejrzewać, że zostały wliczone do dolegliwości w obrębie kończyn. Zatem aż trzy czwarte Lubuszan (73,1%) odczuwało jako główną dolegliwość zdrowotną związaną z pracą właśnie dolegliwości kostno-stawowe i mięśniowe ze strony kręgosłupa lub kończyn. Gdyby przytoczone wyżej odsetki dotyczące zaburzeń sprawności (ograniczenie w wykonywaniu codziennych czynności) związanych ze wszystkimi dolegliwościami pochodzenia zawodowego odnieść do grupy z problemem w obrębie układu ruchu (zdając sobie sprawę z uproszczenia, o tyle uprawnionego, że ta grupa stanowi $\frac{3}{4}$ ogółu) otrzymalibyśmy następujące wartości: 63% z 272 tys. daje **171,4 tys. osób z odczuwalnym ograniczeniem sprawności**, a 15 % z 272 tys. daje **40,8 tys. z ograniczeniem znacznym**. Ta grupa może odnieść szczególną korzyść z udziału w kompleksowej rehabilitacji leczniczej z dodatkowymi elementami wsparcia przewidzianymi w Programie.

Warto przytoczyć dalej dane z innych zestawień dla województwa lubuskiego, które wskazują na podobne wartości liczbowe w odniesieniu do problemów w obrębie kręgosłupa i kończyn oraz ograniczeń sprawności. Według mapy potrzeb zdrowotnych bóle dolnego odcinka kręgosłupa stanowią główny problem z zakresu układu ruchu (odpowiadają za 67% przyczyn DALY w tej grupie), wyprzedzając znacznie stany zapalne kości i stawów (14%) i bóle odcinka szyjnego (10%) [55]. Zapadalność na bóle dolnego odcinka kręgosłupa wyniosła w lubuskim w 2019 r. prawie równo 10 tys. na 100 tys. mieszkańców (średnia krajowa), co dawałoby około 78 tys. przypadków rocznie. Wpływa to niewątpliwie na wysoką chorobowość z tytułu schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, która w 2019 r. wyniosła w lubuskim 22 083/100 tys., co przy około 790 tys. aktywnych zawodowo daje blisko 175 tys. Lubuszan. Przy tym chorobowość ta systematycznie i znacząco rośnie - wg prognoz spodziewany wzrost o 60% na przestrzeni 45 lat (1990-2035) [65], gdzie docelowo ponad jedna czwarta populacji, będzie cierpiała z powodu chorób układu ruchu.

Województwo lubuskie należało (dane za 2020 r.) do grupy 4 województw z największym odsetkiem niepełnosprawności biologicznej według kryterium unijnego (według metodologii Eurostatu chodzi o osoby, które z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują) osiągając 23% [53], co odpowiadałoby około 180 tys. osób aktywnych zawodowo.

Lubuskie charakteryzuje się także największym wskaźnikiem niepełnosprawności wg kryterium formalno-prawnego (potwierdzonej orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy): 860 osób z orzeczeniem na 10 tys. ludności (stan na 2021 r.) [62]. Przy stanie ludności województwa wynoszącym 985 487 osób na koniec roku 2021 i przytoczonym wyżej wskaźniku niepełnosprawności wyliczonym na ten sam moment, otrzymujemy liczbę niepełnosprawnych w lubuskim równą około 84 750 osób. Należy jednak podkreślić, że przedstawione wyliczenie odnosi się do niepełnosprawności według kryterium prawnego, nie uwzględniając udziału w tej grupie osób z niepełnosprawnością biologiczną (częściowo te grupy pokrywają się). Ponadto nie jest wyjaśnione, jaka część zliczonych w ten sposób przypadków niepełnosprawności w lubuskim ma związek ze skutkami wykonywanej pracy, a jaka z innymi przyczynami (choroby pozazawodowe, w tym choroby nowotworowe, psychiczne, układu krążenia, czy choroby oczu, dla których nie ma zastosowania rehabilitacja układu ruchu, a przydatne mogłyby być inne programy ukierunkowane ściśle na dany problem zdrowotny; poza tym szereg innych przyczyn, np. przebyte urazy niezwiązane z pracą, efekty wad i zaburzeń mających swój początek w dzieciństwie).

Należy także pamiętać, że fakt „posiadania” niepełnosprawności nie jest kryterium włączenia do niniejszego RPZ, jest nim natomiast schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane z wykonywaną pracą, które zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i w sposób adekwatny do indywidualnego problemu zdrowotnego może być leczone z wykorzystaniem metod rehabilitacji, i przy których edukacja zdrowotna może przynieść wymierną korzyść. Niepełnosprawność nie jest rozpoznaniem medycznym, a możliwym skutkiem chorób objętych interwencją. Część z tych chorób (prawdopodobnie niemała) może kwalifikować pacjenta do udziału w programie (rehabilitacja połączona z innymi formami wsparcia), mimo iż nie ma charakteru przewlekłego i związanej z tym długotrwałej niepełnosprawności. Taki charakter mają liczne w patologii zawodowej zespoły przeciążeniowe o przebiegu ostrym, podostrym, lub nawracającym (np. ostre, epizodyczne zespoły bólowe kręgosłupa, nawracające po błędach w sposobie wykonywania pracy, czy po okresach pracy bardziej intensywniej), skutkujące czasowym, potencjalnie odwracalnym, choć nieraz znacznym ograniczeniem sprawności (jak np. w przypadku rwy kulszowej, będącej nasiloną formą zespołu bólowego kręgosłupa, powikłanego objawami ucisku korzenia

nerwowego). Zastrzeżenia te uniemożliwiają wykorzystanie powyższych danych dotyczących niepełnosprawności dla określenia liczebności populacji docelowej programu. Przytoczenie statystyk niepełnosprawności służyć ma natomiast zobrazowaniu skali problemów funkcjonalnych populacji Lubuszan w wieku aktywności zawodowej, wśród których choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego mają duży udział (na co wskazują dane z Map Potrzeb Zdrowotnych). Dane te, dotyczące osób zagrożonych w istotnym stopniu wykluczeniem zawodowym, wskazują na szczególne potrzeby regionalne, w zakresie szeroko pojętego wsparcia dla osób niepełnosprawnych, ale również w postaci rehabilitacji leczniczej, jako metody przywracania sprawności.

W 2022 r. wg danych NFZ z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego wykonano w lubuskim 88 900 świadczeń rehabilitacyjnych ambulatoryjnych (84 736 u osób dorosłych). Najczęściej powodem rehabilitacji były schorzenia kręgosłupa (M47, M54, M51, M50) i pochodne zaburzenia (np. zaburzenia korzeni rdzeniowych G54, G55), stanowiąc łącznie połowę najczęstszych przyczyn kwalifikujących do rehabilitacji [67]. Schorzenia kręgosłupa mają w populacji dorosłych najczęściej związek przyczynowy z wykonywaną pracą (nie jedyna przyczyna, ale często dominująca). Pozostałe przyczyny dotyczyły stawów obwodowych i tkanek miękkich (M15, M17, M70, M75). Olbrzymia większość, bo 94% lubuskich pacjentów korzystało w 2022 r. z rehabilitacji ambulatoryjnej. Ogółem w 2022 r. z rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym finansowanym ze środków NFZ skorzystało w lubuskim 71,5 tys. osób. Obrazuje to minimalne zapotrzebowanie na rehabilitację leczniczą w regionie, choć bez rozróżnienia, które z tych świadczeń związane były z patologią zawodową. Zdajemy sobie jednocześnie sprawę z faktu, iż faktyczne zapotrzebowanie jest znacznie większe (choćby opierając się na przytoczonych wcześniej danych z „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą” za 2020 r.).

Spośród przytoczonych wyżej danych, założeniom programu najbardziej odpowiadają informacje o częstości dolegliwości układu ruchu związanych z wykonywaną pracą, podane w opracowaniu „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą” (GUS 2021), z uwzględnieniem związanych z tym problemem ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności. Reasumując: na 272 tys. Lubuszan, którzy w 2020 r. zgłaszali dolegliwości ze strony układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie kręgosłupa lub kończyn, 171,4 tys. osób miało ograniczenie sprawności w wykonywaniu codziennych czynności, a u 40,8 tys. było to ograniczenie znaczne.

Na tej podstawie przyjmuje się, że **populację docelową RPZ dla województwa lubuskiego stanowi 171,4 tys. osób** (osoby aktywne zawodowo ze związanymi z pracą dolegliwościami ze strony układu kostnego, stawowego lub mięśniowego, skutkującymi ograniczeniem sprawności w życiu codziennym). **Działaniami programu planuje się objąć około 3,3% tej grupy, tj. 5,695 tys. osób.**

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

Program skierowany jest do zamieszkujących teren województwa lubuskiego osób w wieku aktywności zawodowej, pracujących i powracających do pracy, u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy, kwalifikujące się do leczenia z zastosowaniem metod rehabilitacji medycznej. Do programu kwalifikują się więc:

1. Mieszkańcy województwa lubuskiego w wieku aktywności zawodowej pozostający w zatrudnieniu, którzy z powodu schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, odczuwają ograniczenie w wykonywaniu pracy zarobkowej lub są zagrożeni utratą zdolności do pracy (kryterium to dotyczy także uczniów szkół o profilu zawodowym, odbywających praktyczną naukę zawodu);
2. Mieszkańcy województwa lubuskiego w wieku aktywności zawodowej pozostający bez zatrudnienia (bezrobotni) doświadczający problemów z podjęciem zatrudnienia lub powrotem na rynek pracy na skutek choroby lub niepełnosprawności (dotyczy schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych), u których rokowanie co do odzyskania sprawności i zdolności do pracy jest pozytywne.

Istotnym kryterium kwalifikującym do udziału w Programie jest kryterium zdrowotne. Wiąże się ono ze stwierdzeniem u uczestnika schorzenia układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związanego ze sposobem wykonywania pracy. Schorzenia kwalifikujące do udziału w programie zostały wymienione wcześniej w Tabeli 2 (patrz część I.1). Takie wyszczególnienie odpowiada typowym i istotnym problemom zdrowotnym układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związanym z wykonywaną pracą i ma ułatwić precyzyjną kwalifikację medyczną do Programu. Odniesienie do schorzeń związanych ze sposobem wykonywania pracy, w połączeniu z pozostałymi (poza rehabilitacją medyczną) formami interwencji, tj. szczególnie z ukierunkowaną tematycznie edukacją prozdrowotną i prewencyjną, a także z poradą lekarza medycyny pracy, ma stworzyć spójną strategię pomocy dla uczestników RPZ.

Kwalifikacja do udziału w Programie ma miejsce w etapie 2 (Działania wstępne interwencji). Można w niej wyróżnić część formalną i medyczną. Część formalna opiera się na analizie informacji i oświadczeń złożonych przez osobę zgłaszającą się wraz ze skierowaniem/wnioskiem o włączenie do Programu. Analizy dokonuje koordynator Programu (u konkretnego realizatora) oceniając, czy osoba zgłaszająca się spełnia kryteria związane z miejscem zamieszkania, statusem aktywności zawodowej. Kwalifikacja medyczna dotyczy weryfikacji rozpoznania medycznego, z jakim uczestnik zgłasza się do programu (zgodnie z Tabelą 2), wraz z oceną możliwości terapii z zastosowaniem metod rehabilitacji. Tej oceny dokonuje pracownik medyczny – lek. rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuta, na podstawie badania własnego i analizy dokumentacji medycznej, z zachowaniem zasad ochrony danych medycznych. Na podstawie obu elementów koordynator z ramienia realizatora podejmuje decyzję o włączeniu uczestnika do Programu.

Kryteria wyłączenia z programu na etapie kwalifikacji wynikają z niespełnienia kryteriów włączenia (formalnych bądź medycznych):

- 1) brak zamieszkania w województwie lubuskim;
- 2) wiek poniżej 15 lat; w stosunku do młodzieży uczącej się w wieku co najmniej 15 lat istotne jest kontynuowanie nauki o profilu zawodowym – nie spełnienie tego kryterium prowadzi do wyłączenia;
- 3) wiek powyżej 89 lat;
- 4) brak statusu osoby aktywnej zawodowo (osoba nie pracująca i nie poszukująca pracy, niezainteresowana jej podjęciem);
- 5) brak schorzenia wymienionego w Tabeli 2, które miałyby być przedmiotem rehabilitacji;
- 6) istnienie przeciwwskazań zdrowotnych do rehabilitacji stwierdzanego schorzenia, ze względu na aktualny stan zdrowia uczestnika (obecność przeciwwskazań zdrowotnych do formy rehabilitacji przewidzianej w przypadku określonego schorzenia – uwzględnić tzw. czerwone i żółte flagi) lub brak dostępnych właściwych dla indywidualnego problemu zdrowotnego metod rehabilitacji na poziomie danego realizatora;
- 7) Z udziału w programie wyłączać będzie także korzystanie finansowanych ze środków publicznych świadczeń rehabilitacji leczniczej (np. NFZ, ZUS, KRUS, PFRON) w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz w trakcie uczestnictwa w programie z powodu tego samego rozpoznania. Dotyczy to także uczestnictwa w jakimkolwiek innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i budżetu państwa (aktualnie brak takich ofert w województwie lubuskim). Uczestnik programu ma obowiązek złożyć oświadczenie potwierdzające niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z takiej rehabilitacji.

Decyzje odmowne wymagają uzasadnienia w dokumentacji osoby.

Dostęp do świadczeń oferowanych w ramach RPZ musi być zgodny z zasadą równości szans płci oraz równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnością. Do udziału w Programie nie jest potrzebne posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności. Istotne jest, czy problem zdrowotny skutkuje ograniczeniem sprawności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu (w pracy i w domu), a tym samym, czy celowe jest w takim przypadku zastosowanie metod rehabilitacji dla przywrócenia tej sprawności (rehabilitacja: re-habilitas, tzn. 'ponownie sprawny'). Takie ustalenie odbywa się w trakcie kwalifikacji medycznej, która opiera się na badaniu medycznym, badaniu ankietowym, diagnozie funkcjonalnej i wiąże się z ustaleniem rokowania co do poprawy, celu rehabilitacji oraz indywidualnym doбором jej określonych form.

III.3. Planowane interwencje

Każdy etap praktycznej realizacji Programu zawiera odpowiednie interwencje układające się w zwarty szereg działań. Wyróżnia się 5 etapów programu. Etap I obejmuje działania informacyjno-edukacyjne poprzedzające zasadniczą interwencję medyczną. Interwencje etapów II-IV są kierowane bezpośrednio do każdego uczestnika Programu i mają charakter działań medycznych. Etap V wiąże się z ewaluacją programu.

Planowane interwencje zdrowotne dzielą się na:

- 1) świadczenia rehabilitacji medycznej,
- 2) poradnictwo medyczne (lek. rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, lek. medycyny pracy),
- 3) edukację zdrowotną, w tym poradę fizjoterapeuty, opcjonalną poradę dietetyka,
- 4) wsparcie psychologiczne (opcjonalnie).

Ad 1)

Bezpieczeństwo świadczeń rehabilitacji medycznej

Interwencje rehabilitacyjne oparte są na metodach zachowawczych, nieinwazyjnych. Są to przede wszystkim zabiegi fizykoterapeutyczne, ćwiczenia lecznicze, czy masaż. O ich bezpieczeństwie decyduje fachowa ocena wstępna, z dokładną analizą zarówno wskazań do różnych form usprawniania, jak i możliwych przeciwwskazań zdrowotnych. Aby warunki te były spełnione, celowe jest, aby doboru form usprawniania dokonywał lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuta z tytułem magistra. Należy kierować się przy tym zaleceniami dotyczącymi identyfikacji tzw. czerwonych flag (w tej grupie znajdują się m.in. przeciwwskazania bezwzględne – każdorazowo do wyjaśnienia) i żółtych flag (wymagana szczególna ostrożność i czujność podczas kwalifikacji i prowadzenia rehabilitacji). Ich spis przytacza się tu za wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów z 2018 r. [88]:

Czerwone flagi

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

1. Choroba nowotworowa w przeszłości (lub obecnie).
2. Nagła utrata masy ciała, bez uchwytniej (definiowanej) przyczyny.
3. Narastające osłabienie lub/i wycieńczenie organizmu, bez uchwytniej przyczyny.
4. Gorączka lub stan podgorączkowy (podwyższona temperatura).
5. Ból w rytmie dobowym opisywany jako stały bez uchwytniej przyczyny i zależności od wykonywanych czynności.
6. Ból spoczynkowy, często opisywany jako pulsujący.
7. Obrzęk jednego lub więcej stawów bez wyjaśnionej przyczyny.
8. Niezdiagnozowany uraz w wywiadzie.
9. Świeży lub/i postępujący niedowład obwodowy.

10. Nietrzymanie moczu lub/i stolca powiązane z bólem kręgosłupa.
11. Zaburzenia napięcia mięśniowego – obniżenie lub podniesienie, zaburzenia czucia powierzchniowego lub/i głębokiego jednej połowy ciała lub dwu/cztero kończynowe bez wyjaśnionej przyczyny.
12. Zaburzenia zborności ruchowej bez wyjaśnionej przyczyny.
13. Zaburzenia równowagi i krótkotrwałe utraty świadomości.
14. Nagle lub świeżo pojawiające opadanie kącika ust, problemy z mówieniem.
15. Pierwszoplanowe lub współistniejące dolegliwości bólowe okolicy jamy brzusznej lub za mostkowej.
16. Tętno spoczynkowe powyżej 100 ud./min. i mniej niż 50.
17. Ciśnienie tętnicze krwi powyżej 160/95.
18. Ciśnienie tętnicze poniżej 90/50.

Żółte flagi

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

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

Bezpieczeństwo procesu usprawniania jest warunkowane wykonywaniem procedur rehabilitacyjnych przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów pod nadzorem doświadczonej osoby kierującej, przy dobrej współpracy z lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej. Służy temu również bieżąca kontrola stanu pacjenta przez zespół usprawniający. Udzielane świadczenia medyczne muszą opierać się na standardach i wytycznych medycznych popartych badaniami naukowymi (EBM).

Dowody skuteczności świadczeń rehabilitacji medycznej

W przypadku schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego (także tych spowodowanych sposobem wykonywania pracy) rehabilitacja medyczna jest skutecznym i bezpiecznym narzędziem interwencji leczniczej. Metody rehabilitacji medycznej jako środek leczniczy stosowane są od setek, a nawet tysięcy lat. Już Hipokrates (460-370 p.n.e.), ojciec medycyny, uważał, że leczenie ma polegać na wspomaganiu naturalnych procesów zdrowienia (na tym opiera się źródło i znaczenie terminu fizjoterapia, od gr. physis – natura i therapeia – leczenie) i stosował z powodzeniem ćwiczenia fizyczne i różne formy energii naturalnej (zimno, ciepło słoneczne, światło) jako zabiegi lecznicze. Zauważył również, że

ćwiczenia mają znaczenie nie tylko usprawniające, ale także profilaktyczne („Ćwiczenia wzmacniają, a nieczynność osłabia ciało”) [89]. Ojcem nowożytnej rehabilitacji bywa mianowany Ambroży Paré (ok. 1510-1590), który nowe metody leczenia chirurgicznego łączył z protezowaniem i usprawnianiem [90]. Z początkiem XX w. rehabilitacja uzyskała nowy wymiar i znaczenie, stając się odpowiedzią na rosnące potrzeby osób, które utraciły sprawność w wyniku wypadków w pracy i urazów wojennych (pojęcie rehabilitacji: re-habilitas – ‘przywrócenie sprawności’, zastosował po raz pierwszy w 1918 r. Douglas C. MacMurtie, dyrektor Nowojorskiego Instytutu Czerwonego Krzyża, przedstawiając wyniki leczenia inwalidów wojennych). Leczenie usprawniające i gimnastyka lecznicza zyskiwała stopniowo na popularności także na ziemiach polskich, i to już od pierwszej połowy XIX w. (Zakład Gimnastyczny w Krakowie L. Bierkowski - 1837 r.; Zakład Gimnastyki Leczniczej w Poznaniu T. Matecki 1840 r.; Zakład Gimnastyki Szwedzkiej w Warszawie H. Kuczalska 1890 r.; Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej 1905 r.; Szkoła Gimnastyki Zdrowotnej i Masażu Leczniczego H. Kuczalska 1906 r.). Przykładem odpowiedzi na potrzeby zdrowotne społeczeństwa i potrzeby nowoczesnej medycyny (jako uzupełnienie inwazyjnych i farmakologicznych metod leczenia) była chociażby rehabilitacja kardiologiczna, której model upowszechnił w Polsce prof. Stanisław Rudnicki (1929-2014). W okresie powojennym, ze względu na „epidemię inwalidztwa” związaną z licznymi okaleczeniami wojennymi oraz dużym rozpowszechnieniem choroby Heinego-Medina, przy intensywnych wysiłkach prof. Degi (Poznań), prof. Weissa (Konstancin) i prof. Milanowskiej (Bydgoszcz) rozwinięty został polski system rehabilitacji oparty wówczas na interdyscyplinarnych centrach leczenia chorób układu ruchu, w których rehabilitacja medyczna stała się podstawową (obok, a nie po leczeniu operacyjnym) metodą kompleksowego leczenia. Powyższe informacje, choć o znaczeniu historycznym, dowodzą, że rehabilitacja stanowiła od wieków (a w ostatnim stuleciu szczególnie) ważną metodę leczenia, bez której osiągnięcie właściwego sukcesu terapeutycznego byłoby często niemożliwe. Znamienna jest tu myśl prof. Degi: „Nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia a następnie pozostawienie go samemu sobie”.

Alternatywnymi względem rehabilitacji formami terapii są: leczenie farmakologiczne (najczęściej objawowe – leki przeciwbólowe), operacyjne (ograniczone do zaawansowanych przypadków i możliwe tylko w przypadku części schorzeń, np. zespół cieśni nadgarstka, przepuklina dyskowa w przebiegu zespołu bólowego kręgosłupa) lub inne formy leczenia zabiegowego (ostrzyknięcia stawów i zmienionych zapalnie miejsc lekami przeciwzapalnymi lub znieczulającymi, terapia komórkami macierzystymi) [36]. Nie do końca jest to prawdą, gdyż, jak wykazali swoją wieloletnią pracą nestorzy polskiej rehabilitacji – prof. Dega i prof. Weiss oraz ich następcy, w wielu przypadkach rehabilitacja stanowić powinna podstawowy element leczenia, w połączeniu z metodami leczenia zabiegowego i farmakologicznego. Rehabilitacja medyczna stanowi ważne uzupełnienie innych metod leczenia (farmakologicznego, czy operacyjnego) lub może być samodzielną formą postępowania. W porównaniu z metodami innymi ewidentne stają się jej zalety: jest postępowaniem nieinwazyjnym (bezpieczeństwo) i koncentruje się na efekcie funkcjonalnym (poprawa sprawności, ewentualnie adaptacja do niepełnosprawności) [36,37,38,39]. Rehabilitacja jest jednak procesem złożonym i wieloaspektowym (łączenie różnych form terapii: kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, zaopatrzenia ortopedycznego), wymagającym nierzadko współpracy wielu specjalistów (fizjoterapeuci, lekarze, psychologowie, specjaliści ortotyki, terapeuci zajęciowi i inni). Uzyskanie dobrych efektów leczenia rehabilitacyjnego warunkowane jest często aktywnym udziałem samego pacjenta w procesie usprawniania (ćwiczenia lecznicze). W ten sposób jednak można jednocześnie wpływać na kształtowanie pozytywnych nawyków ruchowych pacjenta (np. promowanie aktywności fizycznej) i łączyć

je z innymi formami edukacji zdrowotnej (np. dotyczącej zdrowego żywienia – zapobiegania otyłości).

Należy zauważyć, że rehabilitacja medyczna stanowi obecnie dziedzinę medycyną o bardzo szerokim zakresie zastosowania (rehabilitacja chorób układu ruchu, neurologiczna, kardiologiczna, pulmonologiczna, onkologiczna, wieku rozwojowego...), a jednocześnie dysponującą obszernym zestawem metod oddziaływania (kinezyterapia, łącznie z metodami autorskimi, jak np. met. McKenzie, PNF i wiele innych; różne formy fizykoterapii; różne formy masażu leczniczego, od klasycznego, przez limfatyczny po różne formy specjalne, jak np. techniki mięśniowo-powięziowe). Taka rozległość zagadnień powoduje, że trudno przedstawić uniwersalne dowody jej skuteczności (poza faktem, że od lat i w sposób nieprzerwany rehabilitacja medyczna rozwija się i zyskuje na znaczeniu, a zapotrzebowanie społeczne na nią ciągle rośnie). W dziedzinie rehabilitacji, niepełnosprawności, czy profilaktyki zdrowotnej odczuwalny jest niedobór badań skuteczności podobnych interwencji – ze względu na skąpą liczbę badań o odpowiedniej wiarygodności, czy trudność porównania interwencji, które wykazują w istocie znaczne różnice co do poruszanego problemu zdrowotnego, metod działania, czy doboru populacji docelowej. W tej sytuacji jasnym jest, że naukowych dowodów skuteczności rehabilitacji medycznej należy szukać w odniesieniu do konkretnych metod postępowania, w konkretnych sytuacjach klinicznych.

Za przykład posłużyć może analiza dowodów na skuteczność interwencji zachowawczych w przypadku powszechnie występujących zespołów bólowych kręgosłupa, opracowana w ramach europejskiego Programu COST (European Cooperation in Science and Technology) - cel B13. Cel taki wyznaczono w 1999 r. dla opracowania strategii opartych na dowodach naukowych (evidence-based guidelines). W tym ogólnoeuropejskim projekcie wzięło udział 48 specjalistów z 14 krajów. Analizie poddano ponad 70 wytycznych klinicznych i 800 przeglądów systematycznych. Efektem pracy 4 grup roboczych były opublikowane w 2004 r. dokumenty, zawierające zalecenia dotyczące leczenia ostrego i przewlekłego bólu dolnego odcinka kręgosłupa, leczenia bólów połączenia krzyżowo-biodrowego a także zapobiegania bólom dolnego odcinka kręgosłupa. Wzięto pod uwagę różne stosowane dotychczas metody i oceniono ich skuteczność na podstawie mocy dowodów naukowych, stosując czterostopniową skalę (A-D; najwyżej oceniane były dowody oparte na licznych badaniach randomizowanych z grupą kontrolną - randomised controlled trials – poziom dowodowy A). Dla poszczególnych metod przedstawiono istotne założenia i stosowne rekomendacje. Oceniono celowość ich zastosowania w trzech grupach populacyjnych: w populacji ogólnej, wśród ludności pracującej oraz w wieku szkolnym. Analizując szczegółowe rekomendacje, zwraca uwagę w zasadzie brak jednoznacznych dowodów naukowych na skuteczność poszczególnych działań. Mimo że stosowane interwencje opierają się o znane schematy terapeutyczne, to brak jest często jednoznacznych, dobrze przeprowadzonych badań (w standardzie RCT), które potwierdzałyby w sposób pewny ich przydatność. W odniesieniu do pojedynczych metod, nawet te, które zostały dobrze udokumentowane, miały najczęściej ograniczoną skuteczność (przy dość niskim poziomie dowodowym większości badań – z reguły poziom C, czasem D). Niektóre metody zostały natomiast opisane jako nierekomendowane (np. diatermia), ze względu na brak skuteczności. W opracowaniu brak było natomiast doniesień o poważnych skutkach ubocznych analizowanych form terapii zachowawczej. Powodem ograniczonej skuteczności niektórych form terapii może być ich schematyczne stosowanie, niewystarczająco zindywidualizowane pod kątem problemu pacjenta (zespoły bólowe kręgosłupa są bardzo niejednorodną grupą schorzeń – pod względem lokalizacji uszkodzenia, jego mechanizmu, czy stopnia zaawansowania). Dość dobrą ocenę uzyskały w niektórych badaniach (w tym w standardzie RCT – poziom dowodowy A) ćwiczenia lecznicze, jako skuteczniejsze od leczenia

w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie redukcji bólu i niepełnosprawności oraz powrotów do pracy w ciągu 3-6 miesięcy. W konkluzji słusznie stwierdzono, iż w związku z wielowymiarową naturą zbk i ich wieloczynnikową etiologią, żadna metoda stosowana w sposób izolowany nie może być w pełni efektywna.

Aby rehabilitacja była efektywna, zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile jest konieczne do uzyskania optymalnego efektu (skuteczność), a jednocześnie tyle, ile tolerują (bezpieczeństwo). Skuteczność działań rehabilitacyjnych można zwiększyć poprzez ich kompleksowy charakter oraz włączenie do świadczeń interdyscyplinarnego zespołu fachowców. Jest to zgodne z koncepcją polskiego modelu rehabilitacji, według którego należy dążyć, aby rehabilitacja była: wczesna, powszechna, kompleksowa i ciągła. Dobór metod rehabilitacji powinien uwzględniać nie tylko jej maksymalną skuteczność, ale również jej bezpieczeństwo – z uwzględnieniem możliwych przeciwwskazań do poszczególnych form interwencji, jak i z indywidualnym dostosowaniem intensywności zabiegów i ćwiczeń usprawniających. Indywidualny musi być dobór metod rehabilitacji. Nawet pacjenci cierpiący z powodu tego samego schorzenia (jeśli chodzi o rozpoznanie kliniczne), mogą wymagać odmiennego postępowania, zależnie od stopnia zaawansowania schorzenia, dokładnej lokalizacji dolegliwości, obecności powikłań choroby, schorzeń i stanów współistniejących (np. padaczka, arytmia, ciąża), dotychczasowej historii chorobowej (przewlekłość schorzenia, przebyte urazy i operacje, obecność implantów metalowych lub rozrusznika serca), czy indywidualnej tolerancji pacjenta. Dlatego nie jest celowe ani możliwe wskazywanie z góry określonych zestawów zabiegowych, zwłaszcza przy tak szerokim panelu schorzeń, jakie kwalifikują do udziału w programie. Właściwy dobór form rehabilitacji ma być zagwarantowany przez udział specjalisty rehabilitacji w procesie kwalifikacji i nadzoru nad procesem usprawniania. Warto jednak zauważyć, że integralnym elementem świadczeń rehabilitacyjnych powinny być ćwiczenia usprawniające, ukierunkowane zarówno na poprawę funkcji zaburzonych w przebiegu choroby, jak i na ćwiczenia ogólnorozwojowe (zwiększanie potencjału wydolnościowego, siły, sprawności ogólnej).

Świadczenia rehabilitacyjne zasadniczo wchodzą w zakres katalogu świadczeń gwarantowanych, jednak w formie przewidzianej w programie sprzężone zostały ściśle z ofertą edukacyjną i poradnictwem medycznym, medyczno-zawodowym (w tym medycyna pracy, na co dzień niepowiązana w żaden sposób ze świadczeniami finansowanymi ze środków ubezpieczenia zdrowotnego). Kompleksowa rehabilitacja oferowana w programie wykracza zatem poza zakres dostępny w ramach świadczeń gwarantowanych.

Ad 2 i 3)

Edukacja oraz porada lekarska (z zakresu medycyny pracy lub rehabilitacji medycznej) lub fizjoterapeutyczna mają służyć budowaniu i wzmacnianiu indywidualnego efektu profilaktycznego, i to w oparciu o kształtowanie w tym zakresie własnych umiejętności uczestnika programu, a tym samym jego samodzielności i niezależności. Edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy ma także wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, EU-OSHA 2016). Wiele schorzeń z grupy patologii zawodowych ma charakter przeciążeniowy, a przebieg często nawrotowy – chodzi więc o zapobieganie dalszemu rozwojowi schorzenia poprzez uzbrojenie uczestników w niezbędną wiedzę i umiejętności, tak aby mogli aktywnie i samodzielnie unikać przeciążeń i sytuacji ryzykownych (w miejscu pracy i także poza nią – podczas czynności domowych i rekreacyjnych). Jest to cel zbieżny także z celem rehabilitacji medycznej, jako głównego elementu interwencji. Rehabilitacja ma

bowiem za zadanie przywrócić utraconą sprawność. Działania prewencyjne mają natomiast pomóc tę sprawność utrzymać. Wiadomym jest, że najbardziej właściwe (choć z pewnością nie najłatwiejsze) w medycynie jest postępowanie przyczynowe, a temu służą działania edukacyjne – nie powinno ich więc zabraknąć w kompleksowym programie RPZ. Z punktu widzenia trwałości efektów programu opisana edukacja oraz porada profilaktyczna lekarza rehabilitacji medycznej, medycyny pracy, czy fizjoterapeuty również mają zasadnicze znaczenie, gdyż mają poprawić świadomość zdrowotną uczestnika, wzmocnić jego samodzielność w podejmowaniu w przyszłości właściwych decyzji prozdrowotnych i poprawić własne, często niekorzystne nawyki.

Są to działania nieinwazyjne, nie niosące za sobą ryzyka zdrowotnego dla uczestnika. Ich skuteczność zależy do właściwego doboru przekazywanych treści (stąd konieczny udział fachowców medycznych o odpowiednich kompetencjach – z zakresu rehabilitacji medycznej, czy medycyny pracy), umiejętnego ich przekazania (przydatne doświadczenie z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia), a także od aktywnego uczestnictwa samego świadczeniobiorcy w realizacji przekazanych zaleceń (motywacja własna). Zarówno działania edukacyjne, jak i poradnictwo w zakresie uwzględnionym w programie nie wchodzi w zakres katalogu świadczeń gwarantowanych.

Podobnie porada dietetyka należy do działań edukacyjno-profilaktycznych obarczonych nikłym ryzykiem dla pacjenta. Warunkiem jest stosowanie się do sprawdzonych i aktualnych wytycznych (np. propagowanych przez Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, działające przy Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH, <https://ncez.pzh.gov.pl/>), a także dostosowanie zaleceń dietetycznych do indywidualnych potrzeb danej osoby (poprzedzone dokładnym badaniem, obejmującym m.in. szczegółowy wywiad żywieniowy, ocenę stanu odżywienia, analizę dokumentacji medycznej). Aktualnie zawód doradcy dietetycznego nie jest w Polsce zawodem regulowanym (jak zawód lekarza, pielęgniarki, psychologa, czy fizjoterapeuty). Dietetyk działający na zlecenie realizatora RPZ powinien posiadać udokumentowane kompetencje i stosowne doświadczenie w tym zakresie.

Ad 4)

Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy, są obecnie postrzegane jako coraz poważniejsze zagrożenie dla osób pracujących, także jako jeden z istotnych czynników ryzyka rozwoju schorzeń mięśniowo-szkieletowych (obok czynnika biomechanicznego, związanego z fizycznym obciążeniem)[16]. Związane są one z elementami projektowania pracy i zarządzaniem, i mogą mieć niezależny, lub interakcyjny wpływ na rozwój dolegliwości mięśniowo-szkieletowych [17]. Według danych Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA, 2016) czynniki psychologiczne (niepokój, depresja, pesymizm, kłopoty z radzeniem sobie, negatywne postrzeganie swojego ogólnego stanu zdrowia oraz możliwości powrotu do pracy) należą do równie ważnych czynników ryzyka niezdolności do pracy jak czynniki biologiczne (rodzaj i zaawansowanie schorzenia), czy demograficzne (wiek powyżej 55. r.ż., zawód, status zatrudnienia). Uzasadnia to potrzebę włączenia elementów o charakterze wsparcia psychologicznego do działań profilaktycznych i leczniczych (rehabilitacyjnych) kierowanych do tej grupy narażonych, co ma sprzyjać uzyskaniu najlepszego możliwego efektu.

Udział psychologów może być istotny dla kształtowania motywacji uczestników do zaangażowanego, aktywnego udziału w procesie odzyskiwania sprawności i modyfikacji ustalonych czynników etiologicznych. Wsparcie tego rodzaju okazuje się szczególnie ważne dla ograniczania negatywnego wpływu czynników psychospołecznych na proces chorobowy

w przypadku schorzeń przewlekłych (możliwe dołączanie komponenty depresyjnej), schorzeń skutkujących znacznym ograniczeniem sprawności (dyskomfort związany z niemożnością swobodnego wypełniania ról społecznych, zawodowych i rodzinnych), czy wypadków przy pracy (lęk przed powrotem na miejsce zdarzenia). Zgodnie z rekomendacjami Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (2013) kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać szkolenie w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem. Takie założenie uwzględniono choćby w Programie Polityki Zdrowotnej „Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów” (2016-2020) [91]. Taka możliwość przewidziana została również w niniejszym programie.

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

Program realizowany będzie przez podmioty wybrane w drodze otwartego konkursu. Realizatorami programu mogą zostać podmioty lecznicze lub organizacje posiadające w swojej strukturze zakład rehabilitacji dysponujący odpowiednią kadram i wyposażeniem, współpracujące z lekarzami/ami medycyny pracy, psychologiem/ami, ewentualnie także z doradcą dietetycznym. W części IV. 2. opisane zostały warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Świadczenia powinny być udzielane we wszystkie dni robocze (gwarantując realizację świadczeń w sposób ciągły), w godzinach zarówno przed- jak i popołudniowych.

Po przeprowadzeniu konkursu w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Województwa Lubuskiego (FEWL 2021-2027), w każdej jednostce realizującej Program zostanie mianowany koordynator, który będzie odpowiedzialny za przygotowanie personelu do przeprowadzenia kolejnych interwencji zgodnie z przedstawionymi w projekcie zasadami, z wykorzystaniem zaproponowanych materiałów edukacyjnych oraz za przebieg realizacji projektu, sprawozdawczość i wszelkie sprawy formalne. Koordynatorem powinna być osoba posiadająca odpowiednie kompetencje (kierownik ośrodka Realizatora, bądź wyznaczona przez niego osoba z personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego). Koordynator dba o zachowanie zasadniczych założeń dla udzielania świadczeń zdrowotnych w programie. Założenia te są następujące:

- Wszystkie interwencje zaplanowane do realizowania w ramach Programu będą udzielane uczestnikom nieodpłatnie. Dotyczy to również zapewnienia materiałów higienicznych niezbędnych do wykonania niektórych zabiegów (podkłady, ręczniki jednorazowe itp.).
- Świadczenia medyczne w ramach Programu nie mogą być kwalifikowane do rozliczeń z innymi płatnikami (np. NFZ, ZUS, KRUS). Należy zapewnić mechanizm wewnętrzny zapobiegający takiej sytuacji (Oświadczenie uczestnika we wniosku – Załącznik 1 oraz kontrola wewnętrzna).
- Świadczenia rehabilitacyjne będą udzielane bezpośrednio w siedzibie realizatora. Świadczenia dodatkowe (konsultacja lek. spec. medycyny pracy, psychologa, dietetyka) mogą być, w razie braku innej możliwości, wykonywane poza jednostką realizatora, przy zagwarantowaniu łatwego dostępu.
- Ankiety przeprowadzane w trakcie Programu, konieczne formularze, materiały informacyjno-edukacyjne, będą drukowane przez realizatorów. Koszty pokrywane będą z funduszy Programu.
- Szkolenia fizjoterapeutyczne (indywidualne lub grupowe) będą przeprowadzone na terenie jednostki realizującej Program lub w razie potrzeby w wynajętym pomieszczeniu poza ośrodkiem zgodnie z podanym w planie projektu harmonogramem (koszty wynajmu będą pokryte z funduszy Programu).
- Na potrzeby informacji i koordynacji Programu zostanie udostępniony co najmniej jeden telefoniczny numer kontaktowy ze wskazaniem osoby odpowiedzialnej za kontakt.
- Udzielane świadczenia medyczne muszą opierać się na standardach i wytycznych medycznych popartych badaniami naukowymi (EBM, m.in. zalecenia KRF), muszą zapewniać uczestnikom maksymalne bezpieczeństwo i być udzielane przez personel dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami.

Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy stanowi uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych. Ma on stworzyć dodatkową możliwość korzystania z rehabilitacji dla osób w wieku aktywności zawodowej, ze schorzeniami związanymi ze sposobem wykonywania pracy, a jednocześnie odczuwających ograniczenie w wykonywaniu codziennych, w tym zawodowych czynności. Jego celem jest ułatwienie i przyspieszenie powrotów do pracy takich osób, a przez to ograniczenie zjawiska wykluczenia zawodowego z powodów zdrowotnych. Oczekuje się jednocześnie, że włączenie do oferowanych interwencji także działań ponadstandardowych (edukacja zdrowotna, konsultacja lek. medycyny pracy, psychologa, dietetyka) wzmocni efekt oddziaływania. Świadczenia rehabilitacyjne dostępne aktualnie ze środków publicznych, ze względu na swoją ograniczoną dostępność (długi czas oczekiwania) i zakres (brak elementów edukacyjnych, poradnictwa medyczno-zawodowego, czy wsparcia psychologicznego) wydają się być ofertą mniej atrakcyjną. Wykluczenia wymaga natomiast podwójne finansowanie wykonywanych świadczeń. Dopilnowanie tego warunku należy do obowiązków realizatora.

Powiązanie świadczeń oferowanych w Programie z innymi, finansowanymi ze środków publicznych może natomiast mieć miejsce w związku z:

- Diagnostyką i leczeniem schorzeń uczestnika w ramach POZ lub AOS finansowanych ze środków NFZ – informacje o ustalonym rozpoznaniu i dotychczasowym leczeniu będą istotne przy kwalifikacji uczestnika do udziału w Programie, a także przy ustalaniu wskazań i przeciwwskazań do rehabilitacji w ramach Programu;
- Kierowaniem pacjentów do udziału w Programie przez lekarzy POZ lub AOS – wymaga to udzielenia porady poza Programem, finansowanej ze środków NFZ;
- Kierowaniem pacjentów do udziału w Programie przez lekarzy Poradni Chorób Zawodowych w ramach postępowania z tytułu podejrzenia choroby zawodowej – zgodnie z art. 21. ust.1 pkt 1) ustawy o służbie medycyny pracy prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej finansuje się ze środków budżetu samorządu województwa;
- Kontynuacją rehabilitacji rozpoczętej w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ lub ZUS (prewencja rentowa) z zastrzeżeniem zachowania minimalnego odstępu czasowego, opisanego już w 7. kryterium wyłączenia (część IV.2 niniejszego programu).

Zgodnie z tym kryterium z udziału w programie nie mogą wziąć udziału osoby, które w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz w trakcie uczestnictwa w programie korzystały(ją) z powodu tego samego rozpoznania ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych, np. w ramach ubezpieczenia NFZ, ZUS, KRUS, w ramach wsparcia PFRON.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w Programie może nastąpić na skutek: decyzji zespołu rehabilitującego (uzyskanie oczekiwanej poprawy; brak dalszych możliwości terapii – np. brak współpracy, wyczerpanie stosowanych metod; wystąpienie niepożądanych odczynów wymagających odstąpienia od rehabilitacji; zakończenie okresu trwania Programu) lub decyzji samego uczestnika. Udział w Programie jest dobrowolny. Każdy uczestnik Programu ma możliwość zakończenia udziału na każdym etapie jego przebiegu.

Na zakończenie swojego udziału w Programie uczestnik otrzymuje informację o odbytej rehabilitacji, ustalonych dalszych zaleceniach profilaktycznych (na podstawie uwag lek. spec. rehabilitacji, fizjoterapeuty, lek. spec. medycyny pracy, psychologa) – Załącznik 14. Może kontynuować dalsze leczenie w ramach świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych – jako świadczenia gwarantowane NFZ, czy prewencja rentowa ZUS. Uzyskane w trakcie Programu zalecenia dotyczące potrzebnych modyfikacji warunków pracy, celem dostosowania ich do aktualnych możliwości funkcjonalnych uczestnika, mogą być dalej wykorzystane w ramach profilaktycznej opieki medycyny pracy nad pracownikiem.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Prawidłowy tryb organizacji działań w zakresie Programów prozdrowotnych wymaga ich starannego przygotowania i zaplanowania. W przypadku niniejszego RPZ projekt Programu ma służyć jako zestaw wytycznych dla przyszłych realizatorów wyłonionych w drodze konkursu. Zakres oferowanych przez nich świadczeń dla uczestników RPZ nie może być skromniejszy niż zaplanowany w Programie. Prócz starannego opracowania Programu RPZ niemniej ważne dla jego powodzenia są również:

- trafny wybór realizatorów Programu, gwarantujący rzetelne, kompleksowe i skuteczne przeprowadzenie właściwej interwencji medycznej;
- właściwa inicjacja działań, połączona z szeroko przeprowadzoną i jasną w odbiorze kampanią informacyjną promującą Program w regionie;
- wdrożenie Programu przy dobrej akceptacji społecznej oferowanych działań (ważne jest więc dopasowanie oferty do faktycznych potrzeb potencjalnych odbiorców);
- bieżąca kontrola i wsparcie dla realizatorów Programu, zwłaszcza w zakresie działań informacyjnych, bieżącej oceny efektów i reagowania na pojawiające się trudności;
- okresowa ewaluacja i monitorowanie Programu, zwłaszcza w zakresie liczby udzielanych świadczeń, ich skuteczności, łatwości dostępu, wykorzystania środków.

Program został przygotowany po przeprowadzeniu analizy problemu rozpowszechnienia schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, zagrożenia niepełnosprawnością i utratą zdolności do wykonywania pracy oraz potrzeb w zakresie rehabilitacji medycznej w województwie lubuskim na podstawie zgromadzonych danych regionalnych i porównawczo danych krajowych.

Program zakłada realizację świadczeń rehabilitacyjnych uzupełnionych o edukację zdrowotną oraz poradnictwo medyczno-zawodowe (elementy ponadstandardowe w stosunku do świadczeń dostępnych w ramach NFZ, dające także szansę na utrwalenie efektu Programu poprzez modyfikację nawyków zdrowotnych i stylu życia w kierunku bardziej korzystnym), z możliwością dodatkowego wsparcia psychologicznego i wynikającej ze wskazań medycznych porady dietetycznej. Zgodnie z rekomendacjami polskimi oraz światowymi Program zakłada, że oferowane świadczenia rehabilitacyjne będą: kompleksowe (interwencja rehabilitacyjna oparta o różne formy kinezyterapii, fizykoterapii, czy masażu leczniczego – w kombinacjach właściwych dla indywidualnego problemu zdrowotnego, w połączeniu z poradą specjalistyczną lekarską, fizjoterapeutyczną, czy psychologiczną), powszechnie dostępne (wskazana dywersyfikacja realizatorów pod względem lokalizacji regionalnej), wcześnie rozpoczęte (jak najszybciej po ujawnieniu problemu zdrowotnego) i realizowane w sposób ciągły (możliwość kontynuacji zależnie od potrzeb i rokowania – informacja o dalszych zaleceniach na zakończenie udziału w programie).

Okres realizacji Programu przypada na lata 2024-2027.

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

Każdy etap praktycznej realizacji Programu zawiera odpowiednie interwencje układające się w zwarty szereg działań. Etap I obejmuje działania poprzedzające zasadniczą interwencję medyczną. Interwencje etapów II-IV są kierowane bezpośrednio do każdego uczestnika Programu i zawierają właściwe działania medyczne. W etapie I i V działania mają charakter ogólny, choć niektóre interwencje mogą być jednostkowo adresowane (np. zaproszenie indywidualne do udziału w Programie). Przebieg interwencji został przedstawiony schematycznie na Ryc.20.

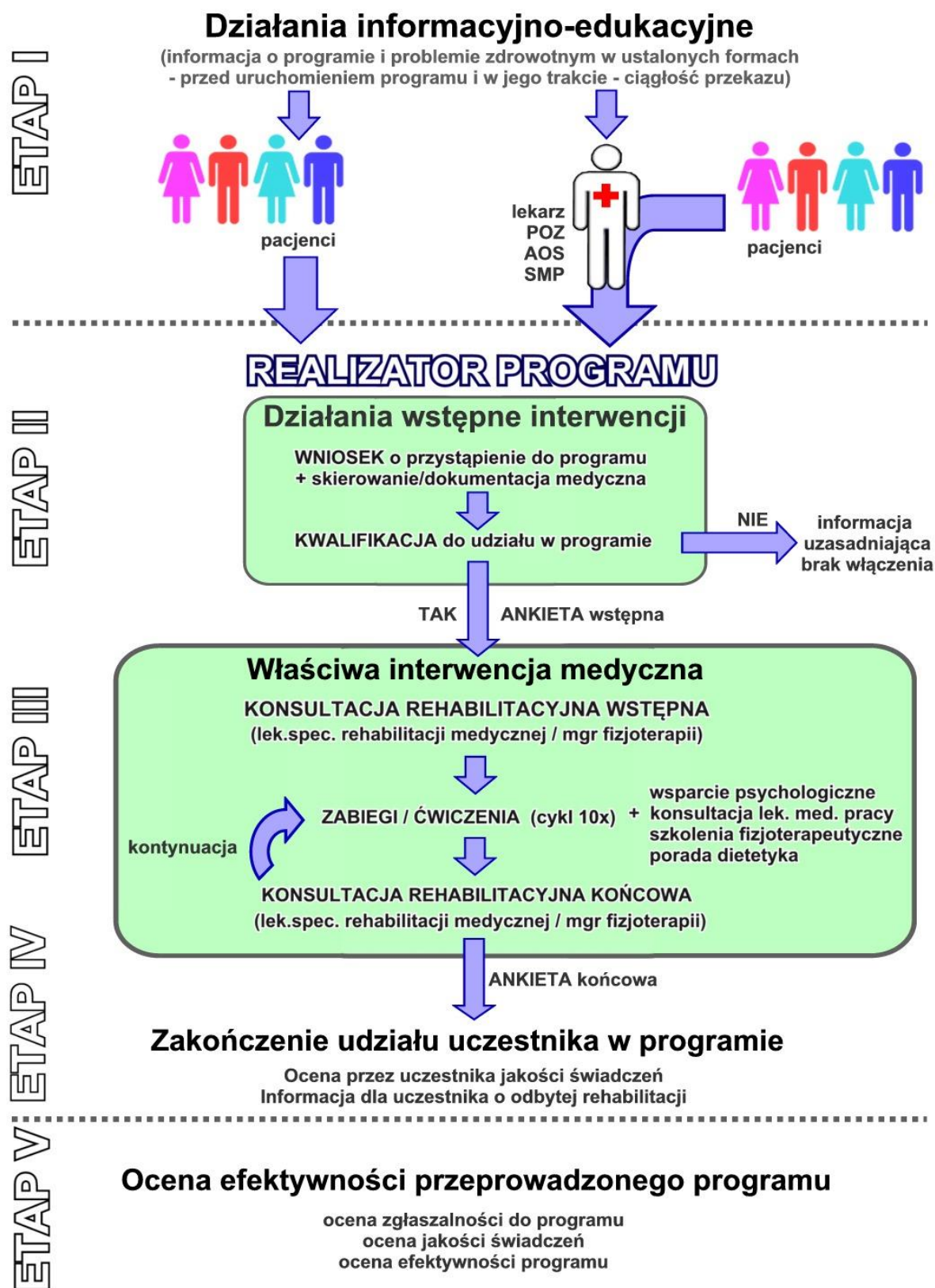
W każdej jednostce realizującej Program zostanie mianowany koordynator, który będzie odpowiedzialny za prawidłowy przebiegu programu w obrębie swojej jednostki, a w szczególności za:

- właściwy przekaz informacji o programie,
- przygotowanie personelu do przeprowadzenia kolejnych etapów interwencji zgodnie z przedstawionymi w projekcie zasadami, z wykorzystaniem zaproponowanych materiałów edukacyjnych,
- nadzór nad właściwą kwalifikacją uczestników do udziału w programie,
- bieżący nadzór nad przebiegiem realizacji projektu w obrębie swojej jednostki, przyjmowanie i rozpatrywanie ewentualnych uwag, czy skarg uczestników,
- prowadzenie okresowej ewaluacji, sprawozdawczość i wszelkie sprawy formalne.

Koordynatorem powinna być osoba posiadająca odpowiednie kompetencje (kierownik ośrodka Realizatora, bądź wyznaczona przez niego osoba z personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego). Koordynator dba o zachowanie zasadniczych założeń dla udzielania świadczeń zdrowotnych w programie.

Niezbędne jest wskazanie osoby odpowiedzialnej za przebieg Programu (koordynatora) nie tylko z ramienia danego realizatora, ale również z ramienia jednostki samorządowej organizującej RPZ. Koordynator ten dbałby o skuteczną promocję RPZ, całościowy nadzór nad przebiegiem RPZ, jego monitorowanie i ewaluację, kontakty z realizatorami.

Uczestnicy mogą być kierowani do Programu przez lekarzy POZ, lekarzy leczących AOS, lekarzy służby medycyny pracy – SMP (zalecane wykorzystanie skierowania w formie jak w Załączniku 2). Bezpośrednie zgłaszanie się uczestników do Programu może mieć również charakter spontaniczny, w związku z uzyskaniem informacji o Programie. Dodatkowo dopuszczalne są indywidualne zaproszenia przekazywane w obrębie jednostek samorządu terytorialnego, przedsiębiorstw, szkół o profilu zawodowym, urzędów pracy, czy parafii (dotyczy w szczególności obszarów wiejskich) itp.



Ryc.20. Schemat Programu z podziałem na etapy

Etap 1. Działania informacyjno-edukacyjne

Przewiduje się szerokie rozpropagowanie informacji o Programie oraz o problemach zdrowotnych objętych interwencją poprzez media oraz bezpośredni dostęp do instytucji i grup społecznych zainteresowanych realizacją Programu:

- przeprowadzenie kampanii informacyjnej w mediach lokalnych (telewizja regionalna, rozgłośnie radiowe, prasa),
- rozpropagowanie informacji o Programie w portalach społecznościowych (Facebook, platforma „X”), na stronach internetowych instytucji zarządzającej i realizatorów, e-mailing,
- przekazanie informacji o Programie do jednostek samorządu terytorialnego, urzędów pracy, przedsiębiorstw, szkół o profilu zawodowym itp.
- przekazanie informacji o założeniach programu oraz o problemach zdrowotnych objętych interwencją, a także współpraca w zakresie propagowania Programu z oddziałami regionalnymi Polskiego Towarzystwa Lekarzy Rodzinnych i Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy,
- umieszczenie informacji w placówkach realizujących Program, placówkach POZ, jednostkach medycyny pracy,
- inne formy mające wpływ na zgłaszalność do Programu (np. plakaty, ulotki informacyjne, przekazywanie informacji o Programie na lokalnych konferencjach, sympozjach, zwłaszcza powiązanych tematycznie z Programem).

Za promocję Programu i przekazywanie informacji o problemach zdrowotnych objętych interwencją odpowiedzialni są jego realizatorzy (na etapie realizacji), a na etapie inicjacji Programu jednostka samorządowa organizująca RPZ. Przekazywane informacje, prócz informacji o zasadach uczestnictwa w programie, powinny zawierać zwięzłe i jasne treści na temat schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, ich przyczyn, metod zapobiegania i leczenia z wykorzystaniem rehabilitacji medycznej. Bardzo ważny w rozpowszechnianiu informacji o Programie jest udział przedstawicieli POZ i służb medycyny pracy (SMP). Konieczne jest jasne przedstawienie zasad dostępu do Programu (sposób kierowania, warunki uczestnictwa, zasady rejestracji), warunków korzystania z oferowanych w Programie świadczeń, ich zakresu, dokładnych danych adresowych realizatorów Programu oraz godzin, w których udzielane są świadczenia, sposób przygotowania się do nich (np. do kwalifikacji - udostępnienie wyników badań, w tym badań obrazowych i konsultacji specjalistycznych pozwalających sprecyzować problem i ustalić wskazania oraz przeciwwskazania do określonych form rehabilitacji; odpowiedni strój do ćwiczeń itp.).

Informacje dotyczące Programu oraz możliwości uczestnictwa w nim powinny znajdować się w siedzibie realizatora, na stronie internetowej realizatora oraz wszystkich miejscach, gdzie Program jest realizowany (w tym zwłaszcza w podmiotach leczniczych), także w obrębie jednostek samorządu terytorialnego, przedsiębiorstw, szkół o profilu zawodowym, urzędów pracy, czy parafii (dotyczy w szczególności obszarów wiejskich) itp.

Rozpowszechnianie tych informacji leży zarówno po stronie jednostki samorządowej jako organizatora Programu, jak i po stronie realizatorów. Ważne jest włączenie do przekazu informacji także placówek POZ, AOS oraz jednostek medycyny pracy, które mają bezpośredni kontakt z populacją docelową Programu. W takim przypadku celowe jest przygotowanie wzoru skierowania uczestnika do realizatora Programu w formie zaproszenia do uczestnictwa w Programie (Załącznik 2).

Etap 2. Działania wstępne interwencji

Etap ten obejmuje indywidualną kwalifikację do udziału w Programie (z zebraniem i analizą przez realizatora dokumentacji potencjalnego uczestnika Programu) oraz przeprowadzenie oceny wstępnej uczestnika.

1. **Kwalifikacja do udziału w Programie** - identyfikacja osób z grupy docelowej na podstawie danych z wywiadu chorobowego i zawodowego, udostępnionych wyników badań dodatkowych, obrazowych i konsultacji lekarskich, a także oświadczeń uczestnika (np. deklaracja gotowości do podjęcia zatrudnienia przez osobę bezrobotną).

Wymagane dokumenty:

- skierowanie/wniosek własny o włączenie do Programu;
- dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie schorzenia kwalifikującego do udziału w Programie (wymienionego w Tabeli 2);
- potwierdzenie zamieszkania w województwie lubuskim;
- potwierdzenie zatrudnienia lub gotowości podjęcia pracy (oświadczenie uczestnika);
- oświadczenie, że uczestnik nie korzysta w danej placówce z podobnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych (dla uniknięcia mechanizmu podwójnego finansowania);
- oświadczenie uczestnika, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz w trakcie uczestnictwa w programie nie korzysta(ł) z powodu tego samego rozpoznania ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych, np. w ramach ubezpieczenia NFZ, ZUS, KRUS, w ramach wsparcia PFRON, czy w ramach innego programu finansowanego ze środków EFS+.

Wymienione oświadczenia są zawarte we wniosku o włączenie do Programu (Załącznik 1), który jest wypełniany przez uczestnika na tym etapie.

Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie opisane zostały w części III. 2. (*Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej*).

Kwalifikacji do udziału w programie dokonuje koordynator Programu oceniając, czy spełnione zostały ustalone kryteria. i podejmuje decyzję o włączeniu do Programu. Na tej podstawie podejmowana jest przez realizatora decyzja o włączeniu uczestnika do Programu lub o odmowie włączenia (decyzje odmowne wymagają pisemnego uzasadnienia - Załącznik 3). Do kwalifikacji pozytywnej konieczne jest spełnienie wymogów formalnych (status osoby aktywnej zawodowo, zamieszkanie na terenie województwa lubuskiego) i medycznych (problem zdrowotny kwalifikujący do rehabilitacji, odpowiadający kierunkowi programu – ten element weryfikuje pracownik medyczny z zachowaniem zasad ochrony danych medycznych). Do kwalifikacji nie jest konieczne posiadanie prawnego statusu osoby

niepełnosprawnej (orzeczenia o niepełnosprawności). Istotne jest, czy problem zdrowotny skutkuje ograniczeniem sprawności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu (w pracy i w domu), a tym samym, czy celowe jest w takim przypadku zastosowanie metod rehabilitacji dla przywrócenia tej sprawności (rehabilitacja: re-habilitas, tzn. 'ponownie sprawny'). Takie ustalenie odbywa się w trakcie kwalifikacji medycznej. Opiera się na badaniu medycznym (wywiad, badanie fizykalne, ocena badań dodatkowych, przedstawionej dokumentacji z leczenia), badaniu ankietowym, diagnozie funkcjonalnej i wiąże się z ustaleniem rokowania co do poprawy, celu rehabilitacji oraz indywidualnym doбором jej określonych form.

2. Przeprowadzenie oceny wstępnej

Uczestnik otrzymuje do wypełnienia **ankietę wstępną** (Załącznik 10a). Ankieta wstępna służy analizie: rodzaju problemu zdrowotnego uczestnika, stopnia jego zaawansowania, stopnia zaburzeń funkcjonalnych i niepełnosprawności, dotychczasowej aktywności zawodowej i ograniczeń w jej kontynuacji wynikających z problemu zdrowotnego, wykorzystywanej dotychczas pomocy medycznej i jej efektów, zachowań i nawyków zdrowotnych uczestnika. Jej celem jest ustalenie problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (istotne pod kątem planowania właściwej rehabilitacji i dodatkowych form wsparcia), jak i określenie stanu wejściowego uczestnika (do analizy porównawczej na zakończenie udziału w programie).

Po wypełnieniu ankiety uczestnik kierowany jest na konsultację wstępną przez lekarza rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii.

Etap 3. Właściwa interwencja medyczna

Na tym etapie interwencje mają charakter typowo medyczny (dokumentowany zgodnie z przepisami o dokumentacji medycznej) i obejmują:

- 1) **Konsultacja wstępna lek. specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii:** badanie (podmiotowe, przedmiotowe, analiza dostarczonej dokumentacji z POZ/AOS, badań dodatkowych, w tym obrazowych) z ustaleniem diagnozy medycznej; ustalenie stanu początkowego (diagnoza funkcjonalna, główne problemy). Na tej podstawie ustalane są wskazania do rehabilitacji medycznej (dobór metod rehabilitacji, ewentualnie uwzględnienie zaleceń lekarza leczącego/kierującego np. ortopedy - po weryfikacji pod względem ich aktualności i ewentualnej modyfikacji, z uwzględnieniem także potencjalnych przeciwwskazań) oraz innych form wsparcia (psycholog, dietetyk).
- 2) **Właściwe świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej.**
Oczekiwane jest szybkie włączenie uczestnika do kompleksowej rehabilitacji medycznej (maksymalny czas oczekiwania: 4 tygodnie; w przypadku stanów po niedawnych wypadkach przy pracy zakłada się maksymalny czas oczekiwania: 2 tygodnie od zgłoszenia się).

Ze względu na niejednorodny charakter grupy docelowej (biorąc pod uwagę zróżnicowanie indywidualnych problemów i potrzeb zdrowotnych oraz uwarunkowań zawodowych) nie jest dopuszczalne ogólnie limitowanie liczby i rodzaju zabiegów lub ćwiczeń - jedynym kryterium doboru powinny być wskazania i przeciwwskazania medyczne.

Dobór form postępowania usprawniającego musi być zindywidualizowany, stąd wybór metod terapeutycznych u realizatora musi być odpowiednio szeroki. Możliwy wybór tych metod powinien obejmować:

- zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu: elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, hydroterapii, krioterapii, ultradźwięki, ewentualnie inne o udokumentowanym skutecznym działaniu (fala uderzeniowa);
- ćwiczenia lecznicze (kinezyterapia); włączanie kinezyterapii w program indywidualnego usprawniania jest wysoce pożądane i należy je rozważyć w każdym przypadku. Zaleca się ćwiczenia o zindywidualizowanym charakterze. Można je z powodzeniem łączyć (zależnie od potrzeb) z kinesiotapingiem, czy wybranymi technikami manualnymi.
- masaż leczniczy (przy czym nie należy traktować tej formy terapii jako podstawowej i jedynej).

Wzór skierowania na zabiegi stanowi Załącznik 5. Zabiegi zalecane są w cyklach po 10, po których następuje kontrola (konsultacja rehabilitacyjna - etap 3.5).

W razie potrzeby kontynuacji rehabilitacji (jeśli dotychczasowe działania nie przyniosły wystarczającego rezultatu, a w ocenie osoby kwalifikującej, czy realizującej usprawnianie rokowanie co do poprawy jest pozytywne) uczestnik otrzymuje odpowiednie zalecenia w ramach Informacji o odbytej rehabilitacji (Załącznik 14).

3) Dodatkowe formy wsparcia dla uczestnika Programu:

- **Konsultacja lek. medycyny pracy** w celu określenia aktualnych szans zawodowych (kwalifikacja zdrowotna) i prognoz dotyczących dalszej aktywności zawodowej. Celem jest poradnictwo w zakresie możliwości przekwalifikowania zawodowego uwzględniając stan zdrowia uczestnika – wskazanie możliwych kierunków oraz ewentualnie określenie problemów dyskwalifikujących do określonych form zatrudnienia; ewentualne wskazanie warunków dla dalszego zatrudnienia przy aktualnym stanie zdrowia uczestnika (np. potrzeba modyfikacji stanowiska pracy); lek. specjalista medycyny pracy pomaga również określić przyczyny problemu zdrowotnego uczestnika (zwłaszcza jeśli mają one związek z warunkami pracy) i przekazuje niezbędne wskazówki o charakterze profilaktycznym.

W ocenie lekarza medycyny pracy wykorzystać należy informacje zespołu usprawniającego na temat aktualnego stanu funkcjonalnego uczestnika i efektów rehabilitacji. Świadczenie to jest odrębnie dokumentowane: zaświadczenie o potrzebie (lub jej braku) przekwalifikowania zawodowego, modyfikacji stanowiska pracy. Opinia konsultacyjna w formie jak w Załączniku 9.

Konsultacja ta powinna mieć miejsce zawsze na zakończenie rehabilitacji, a w razie

potrzeby (sugestia zespołu prowadzącego usprawnianie, przy akceptacji uczestnika) można ją wykorzystać także w trakcie rehabilitacji, w celu optymalizacji kierunku usprawniania pod kątem potencjalnych szans zawodowych.

- **Konsultacja psychologiczna** – wsparcie opcjonalne, na podstawie zaleceń wynikających z konsultacji rehabilitacyjnej, oceny zespołu prowadzącego usprawnianie, wyłącznie przy akceptacji uczestnika, także na jego życzenie (pytanie w ankiecie wstępnej). Konsultacja ta może być ważnym uzupełnieniem świadczeń rehabilitacyjnych w razie potrzeby wzmocnienia motywacji własnej w procesie odzyskiwania sprawności. Szczególną korzyść może dać u osób obciążonych stresem, obniżonym nastrojem z powodu niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przebytego urazu, czy ograniczeniem możliwości wykonywania dotychczasowej pracy. Przewidywany udział nie więcej niż 10 % uczestników.

Konsultacja psychologiczna ma z zasady charakter indywidualny. Może służyć udzieleniu doraźnej pomocy indywidualnej, ale również może prowadzić do kwalifikacji do ewentualnej sesji grupowej: treningi motywacyjne, treningi radzenia sobie ze stresem. Liczebność grup w sesjach grupowych powinna mieścić się w przedziale 5-15 osób. Czas trwania treningu - 45 min. Realizatorzy – psycholodzy, najlepiej z doświadczeniem z zakresu psychologii klinicznej, lub doświadczeniem w prowadzeniu treningów motywacyjnych, antystresowych.

Skierowanie na konsultację w formie jak w Załączniku 7a, opinia konsultacyjna – jak w Załączniku 7b.

- **Porada dietetyczna** – wsparcie opcjonalne (udział dobrowolny), przeznaczone dla (łącznie warunki skierowania):
 - osób z co najmniej I stopniem otyłości ($BMI \geq 30$, zgodnie z klasyfikacją podawaną za Narodowym Instytutem Kardiologii, <https://www.ikard.pl/badanie-bmi.html>), a jednocześnie
 - zagrożonych przeciążeniem i zwyrodnieniem stawów kończyn dolnych (zwłaszcza stawów kolanowych).

Sens takiej porady w ramach niniejszego programu wynika z popartych badaniami zaleceń medycznych, dotyczących konkretnych stanów chorobowych, ale ma ona także walor ogólnoprofilaktyczny (patrz I.1. Opis problemu zdrowotnego).

Program przewiduje 1-razową, indywidualną poradę (jako świadczenie dodatkowe, nie podstawowe w tym programie). Prócz tego elementy edukacji dietetycznej winny być włączone w szkolenie fizjoterapeutyczne pozostałych uczestników.

Każda porada dietetyczna musi składać się z:

- analizy dokumentacji medycznej,
- szczegółowego wywiadu żywieniowego,
- oceny stanu odżywienia,
- obliczenia zapotrzebowania na poszczególne makro- i mikroskładniki diety,
- wyboru zaleceń dietetycznych,
- wydania zrozumiałych dla pacjenta zaleceń, wpisu w dokumentację medyczną uczestnika.

Skierowanie na poradę jak w Załączniku 8a, opinia z porady – Załącznik 8b.

- 4) **Szkolenia dla uczestników Programu** o tematyce związanej z problemem zdrowotnym ujętym w Programie, ukierunkowane szczególnie na profilaktykę zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowanie zdrowego stylu życia.

W trakcie rehabilitacji uczestnicy biorą udział w 2 spotkaniach edukacyjnych – każde po 45 min., w grupach o liczebności do 15 osób. W okresach sezonowych wzrostów infekcji przeziębieniowych (także grypowych i COVID-19) konieczne zachowanie właściwego reżimu higienicznego (odstępny, wietrzenie itp.). Dopuszczalne jest też przeprowadzenie spotkania szkoleniowego dla pojedynczych uczestników.

Tematyka 1. spotkania ma mieścić się w zakresie: ergonomii i profilaktyki zagrożeń w środowisku pracy, prawidłowego sposobu wykonywania pracy, z uwzględnieniem prawidłowej postawy stojącej/siedzącej, nauki oszczędzających technik dźwigania, informacji o obciążeniach stanowiących główne zagrożenie dla układu ruchu (pozycje wymuszone, ruchy powtarzalne i monotypowe) wraz ze wskazaniem możliwości redukcji ryzyka z nimi związanego (właściwa organizacja pracy, przestrzeganie limitów obciążeń, używanie pomocy transportowych, prawidłowe ukształtowanie stanowiska komputerowego i in.).

Tematyka 2. spotkania ma być ukierunkowana na kształtowanie zdrowego stylu życia, szczególnie poprzez promowanie zdrowej aktywności fizycznej w czasie wolnym, ale także kontroli masy ciała i elementów zdrowego odżywiania. W tym celu wskazane jest omówienie różnych form aktywności ze wskazaniem ich zalet i ograniczeń, przedstawienie zasad optymalnego treningu prozdrowotnego (częstość, czas trwania, uwzględnienie elementów kształtujących wytrzymałość, siłę, gibkość i koordynację), omówienie ewentualnych przeciwwskazań do niektórych form aktywności, omówienie dostosowanej do wysiłku potrzeby uzupełniania wody i kalorii.

Dokumentacja szkolenia jak w Załączniku 11a (Lista uczestników szkolenia).

Celem tego działania jest zwiększenie wiedzy prozdrowotnej uczestnika, jego świadomości i umiejętności w dbaniu o swoje zdrowie. W ankiecie końcowej uczestnik może określić, czy jego wiedza uległa pogłębieniu (deklaracja własna), wskazując jednocześnie, który element interwencji temu najbardziej posłużył (informacja zwrotna dla zespołu realizującego). Poziom tej wiedzy, stopień jej zwiększenia należy jednak obiektywnie ocenić. W tym celu realizator przygotowuje test wiedzy/ankietę, który w tej samej formie należy przeprowadzić przed szkoleniem i po nim (najpóźniej w dniu zakończenia rehabilitacji). Wskazówki do sporządzenia testu i reguły jego oceny opisano w Załączniku 11b (Lista kontrolna oceny wiedzy).

Realizatorzy: lek. rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuci, lek. medycyny pracy, zwłaszcza z doświadczeniem w prowadzeniu promocji zdrowia, w zakresie zgodnym z posiadanymi kompetencjami własnymi.

- 5) **Konsultacja końcowa lek. specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii po zakończonym cyklu rehabilitacji:** ocena efektów (porównanie z oceną wcześniejszą - według tego samego schematu), decyzja o zakończeniu rehabilitacji lub potrzebie jej kontynuacji (powrót do etapu 3.2).

Dokumentacja indywidualnego przebiegu rehabilitacji obejmuje m.in. Zestawienie zabiegów i interwencji uczestnika (Załącznik 6) oraz Kartę uczestnika Programu (Załącznik 13), stanowiące podsumowanie wykonanych procedur oraz efektów rehabilitacji. Dokumentacja z badania lekarskiego i fizjoterapeutycznego musi być zgodna z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

Etap 4. Zakończenie udziału uczestnika w Programie

Zakończenie udziału w Programie może nastąpić na skutek: decyzji zespołu rehabilitującego (uzyskanie oczekiwanej poprawy; brak dalszych możliwości terapii - np. brak współpracy, wyczerpanie stosowanych metod; wystąpienie niepożądanych odczynów wymagających odstąpienia od rehabilitacji; zakończenie okresu trwania Programu) lub decyzji samego uczestnika.

W tym etapie interwencja sprowadza się do następujących działań:

- 1) **Końcowa konsultacja lek. spec. rehabilitacji lub mgr fizjoterapii** (badanie lekarskie/fizjoterapeutyczne, także odniesienie do uwag zespołu prowadzącego usprawnianie);
- 2) wypełnienie przez uczestnika **ankiety końcowej** (tu własna ocena dotycząca aktualnego stanu zdrowia z uwzględnieniem zmian) – wg Załącznika 10b;
- 3) **Ocena przez uczestnika jakości świadczeń** (Załącznik 12 - Opinia na temat programu);
- 4) Uzupełnienie konsultacji lekarza medycyny pracy (jeśli wcześniej nie miała miejsca), wraz z ustaleniem zaleceń medyczno-zawodowych (dotyczących dalszego zatrudnienia);
- 5) Wydanie uczestnikowi **informacji o odbytej rehabilitacji**, wraz z ustalonymi dalszymi zaleceniami leczniczymi i profilaktycznymi (na podstawie uwag lek. spec. rehabilitacji, fizjoterapeuty, lek. spec. medycyny pracy, psychologa) – według wzoru jak w Załączniku 14.

Przypadku rezygnacji własnej przez uczestnika z kontynuacji rehabilitacji w Programie wskazane wypełnienie oświadczenia według wzoru jak w Załączniku 4.

Etap 5. Ocena efektywności i monitorowanie przebiegu Programu

Monitorowanie przebiegu programu powinno odbywać się na bieżąco poprzez ciągły nadzór nad prawidłowością działań (zgodnością z przyjętymi założeniami) przez koordynatora programu. Zestawienie danych liczbowych na temat uczestnictwa w programie odbywa się w oparciu o:

- Zestawienie zabiegów i interwencji uczestnika (Załącznik 6);
- Listę uczestników szkolenia (Załącznik 11a);
- Rejestr osób, które zgłosiły się do udziału w Programie (Załącznik 15).

Dane zbiorcze powinny być przekazywane do organizatora RPZ nie rzadziej niż w odstępach półrocznych. Koordynator winien również na bieżąco analizować ocenę jakości świadczeń, wdrażając w miarę potrzeby odpowiednie korekty w realizacji programu.

Bieżąca ocena efektywności działań Programu winna odnosić się przede wszystkim do skuteczności jednostkowych działań rehabilitacyjnych, po których oczekuje się poprawy zdrowia i sprawności uczestników. Ma ona służyć dalszej optymalizacji rehabilitacji, a także analizie i ustaleniu ewentualnych problemów w procesie usprawniania.

Skuteczność działań na poziomie jednostkowym będzie oceniana na podstawie porównania wyników oceny wstępnej oraz oceny końcowej każdego uczestnika. Na ocenę wstępną składają się dane z wstępnego badania ankietowego oraz z wstępnej konsultacji lek. specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii. Na ocenę końcową składają się dane z końcowego badania ankietowego oraz z końcowej konsultacji lek. specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii. Przydatne mogą być również wszelkie informacje o przebiegu rehabilitacji przekazane przez zespół rehabilitacyjny, konsultującego lekarza medycyny pracy, czy psychologa. Następuje porównanie wyniku oceny kontrolnej/końcowej z informacjami uzyskanymi w ocenie wstępnej, zwłaszcza dotyczącymi: nasilenia dolegliwości uczestnika (ból w skali VAS), stopnia zaawansowania zaburzeń funkcjonalnych związanych z problemem zdrowotnym uczestnika (tu mierzonych z wykorzystaniem kwestionariusza HAQ-DI), zachowań i nawyków zdrowotnych uczestnika (zwiększenie aktywności fizycznej). Z danych uzyskanych w ramach konsultacji lek. specjalisty medycyny pracy mogą wynikać dodatkowe informacje dotyczące uczestników wymagających przekwalifikowania zawodowego, czy potrzeby zmiany warunków pracy.

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

W procedurze konkursowej, która ma na celu wyłonienie realizatorów Programu, należy uwzględnić konieczność spełnienia minimalnych warunków odnośnie: zatrudnienia fachowej kadry, dostępności do świadczeń medycznych, możliwości wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń usprawniających i masażu w szerokim zakresie, a także odpowiednich warunków lokalowych:

a) kwalifikacje i stan zatrudnienia personelu medycznego

Realizator Programu zapewni zatrudnienie co najmniej:

- 1 lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii – do przeprowadzania kwalifikacji uczestników,
- 1 magistra fizjoterapii – kierującego procesem usprawniania,
- 3 fizjoterapeutów aktywnie uczestniczących w procesie rehabilitacji (wliczając w to również wymienionego wcześniej magistra fizjoterapii),
- dostęp do konsultacji lekarza specjalisty medycyny pracy,
- ponadto realizator zapewni dostęp do konsultacji psychologa (preferowany psycholog kliniczny, lub psycholog mający doświadczenie w prowadzeniu treningów motywacyjnych, antystresowych) oraz doradcy dietetycznego - zależnie od potrzeb wynikających z zaleceń osoby prowadzącej rehabilitację i woli uczestnika.

b) dostępność do świadczeń medycznych realizowanych w Programie

Realizator zapewni:

- dostępność do świadczeń w dni robocze, 5 razy w tygodniu (poza tygodniami przerywanymi przez dni świąteczne wolne od pracy), zarówno w godzinach przed- jak i popołudniowych (dostępność nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy).
- możliwość rejestracji telefonicznej.

c) wybór świadczeń rehabilitacyjnych w Programie

Realizator zapewni:

- wyposażenie zakładu rehabilitacji w urządzenia pozwalające na prowadzenie różnych form fizjoterapii, pozwalających na zastosowanie różnych form oddziaływania leczniczego: elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, krioterapii, ultradźwięków i innych; sprzęt musi być w dobrym stanie technicznym (gwarantującym bezpieczne prowadzenie terapii) i posiadać aktualny przegląd techniczny,
- możliwość prowadzenia kinezyterapii (ćwiczeń leczniczych) w szerokim zakresie (stół rehabilitacyjny i inne urządzenia, np. maty, rotory, UGUL lub podobny system, zapewniające możliwość prowadzenia ćwiczeń kończyn górnych i dolnych, ćwiczeń kręgosłupa, ćwiczeń lokomocyjnych),
- możliwość prowadzenia masażu leczniczego,

d) pomieszczenia, w których będzie realizowany Program

Realizator Programu zapewni:

- przestrzeń zabiegową odpowiadającą wymogom sanitarnym oraz BHP określonym w odrębnych przepisach (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, t.j. Dz.U. 2022 poz. 402) oraz dostosowanie obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- warunki pozwalające zachować odpowiednią intymność podczas terapii, w tym zapewnienie miejsca do przebrania się, przechowania odzieży i węzeł sanitarny do zaspokojenia podstawowych potrzeb fizjologicznych (dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych),
- gabinet konsultacyjny, w którym przeprowadzane są konsultacje i badanie lekarza spec. rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii,
- pomieszczenia do przeprowadzania szkoleń grupowych (dopuszczalna lokalizacja również poza siedzibą Realizatora).

Realizator zadba o przeszkolenie personelu realizującego działania w ramach programu polityki zdrowotnej w celu zapewnienia wysokiej jakości prowadzonych interwencji oraz ich zbieżności z celami programu.

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Osoba koordynująca Program z ramienia realizatora zbiera, przechowuje i przetwarza dane dotyczące realizacji świadczeń. Przetworzone przez realizatora dane przekazywane są do jednostki samorządu terytorialnego, która dokonuje ich dalszej analizy (tu również konieczne jest ustalenie koordynatora programu, zbierającego i analizującego dane na tym szczeblu).

V.1. Monitorowanie

Założenia monitorowania i ewaluacji Programu uwzględniają wymogi *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Monitorowanie przebiegu RPZ powinno być prowadzone na bieżąco. Raporty okresowe powinny być sporządzane nie rzadziej niż co pół roku. Monitorowanie programu kończy się wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy powinien być przekazany przez Beneficjentów do Instytucji Zarządzającej w terminie 30 dni od zakończenia Programu.

Monitorowanie składa się z oceny zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej oraz z oceny jakości świadczeń.

1) Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena ta obejmuje następujące wskaźniki zgłaszalności:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie;
- liczba osób, które zostały / nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie (w przypadku braku kwalifikacji - z określeniem przyczyny);
- liczba osób, które zostały skierowane na rehabilitację w ramach Programu, z uwzględnieniem rozpoznania i wieku;
- liczba osób, które nie przystąpiły do działań oferowanych w Programie;
- liczba osób, które odbyły cykl rehabilitacji;
- liczba osób, które nie zakończyły rehabilitacji;
- liczba przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych (z podziałem na zabiegi fizykoterapeutyczne, ćwiczenia lecznicze - kinezyterapia, masaż);
- liczba osób, które skorzystały porady lekarza medycyny pracy, psychologa lub dietetyka;
- liczba szkoleń wraz z liczbą ich uczestników.

Zestawienie danych liczbowych na temat uczestnictwa w programie odbywa się w oparciu o:

- Zestawienie zabiegów i interwencji uczestnika (Załącznik 6);
- Listę uczestników szkolenia (Załącznik 11a);
- Rejestr osób, które zgłosiły się do udziału w Programie (Załącznik 15).

2) Ocena jakości świadczeń

Jakość świadczeń oceniona zostanie na podstawie zebranych Ankiet oceny jakości wypełnianych przez uczestników na zakończenie udziału w Programie. Pod uwagę będą brane

również wszelkie uwagi przekazywane realizatorom w trakcie korzystania ze świadczeń.

Samorząd Województwa Lubuskiego może dokonać oceny jakości świadczeń także na podstawie informacji uzyskiwanych bezpośrednio od uczestników Programu, a także w efekcie własnych kontroli przeprowadzanych u realizatorów.

W odniesieniu do podjętych w programie działań oczekuje się, iż nastąpi:

- zwiększenie liczby Lubuszan (z grupy docelowej RPZ), którzy w okresie działania Programu skorzystali z rehabilitacji leczniczej; jako element odniesienia przyjmuje się liczbę uczestników, którzy w ramach Programu zostali włączeni do rehabilitacji po raz pierwszy od 6 miesięcy – oczekuje się, że takich osób będzie co najmniej 30%;
- skrócenie czasu oczekiwania na podjęcie rehabilitacji – nie więcej niż 4 tygodnie od zgłoszenia; oczekiwane u 95% uczestników;

Do monitorowania zwiększenia udziału w kompleksowych świadczeniach rehabilitacyjnych służyć będą wymienione niżej dane:

- a) liczba uczestników, którzy w ramach Programu zostali włączeni do rehabilitacji po raz pierwszy od 6 miesięcy,
- b) liczba uczestników, którzy oczekiwali na podjęcie rehabilitacji w ramach Programu nie więcej niż 4 tygodnie od zgłoszenia.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja niniejszego Programu będzie odbywać się z uwzględnieniem wymogów: Założenia monitorowania i ewaluacji Programu uwzględniają wymogi *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej* oraz zaleceń AOTMiT.

Ewaluacja RPZ polega na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem określonych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. Ewaluację prowadzi się po zakończeniu realizacji RPZ w oparciu o dane przekazane przez realizatorów/Beneficjentów.

Ocena efektywności działań Programu odnosi się do elementów natury organizacyjnej (zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych), ale przede wszystkim jednak do skuteczności jednostkowych działań rehabilitacyjnych, od których oczekuje się poprawy zdrowia uczestników.

Ocena efektywności działań Programu w odniesieniu do skuteczności procesu usprawniania będzie oceniana na podstawie porównania wyników oceny wstępnej oraz oceny końcowej każdego uczestnika. Na ocenę wstępną składają się dane z wstępnego badania ankietowego oraz z wstępnej konsultacji lek. specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii. Na ocenę końcową składają się dane z końcowego badania ankietowego oraz z końcowej konsultacji lek. specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii. Przydatne mogą być również wszelkie informacje o przebiegu rehabilitacji przekazane przez zespół rehabilitacyjny, konsultującego lekarza medycyny pracy, czy psychologa. Porównaniu podlega wynik oceny kontrolnej/końcowej z informacjami uzyskanymi w ocenie wstępnej,

zwłaszcza dotyczącymi: nasilenia dolegliwości bólowych, stopnia zaburzeń funkcjonalnych związanych ze schorzeniem będącym przedmiotem rehabilitacji, zachowań i nawyków zdrowotnych uczestnika. Z danych uzyskanych w ramach konsultacji lek. specjalisty medycyny pracy mogą wynikać dodatkowe informacje nt. liczby uczestników wymagających przekwalifikowania zawodowego, czy potrzeby zmiany warunków pracy.

Do mierników efektywności przyjętych w Programie należą:

Mierniki poprawy stanu zdrowia i sprawności osób objętych Programem:

- 1) liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały zmniejszenie dolegliwości bólowych (VAS) związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego w odniesieniu do schorzenia będącego wskazaniem do rehabilitacji,
- 2) liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały poprawę sprawności funkcjonalnej (mierzone kwestionariuszem HAQ-DI).

Analizie podlegać powinny ustalone objawy wskaźnikowe (przede wszystkim ból – z uwzględnieniem jego lokalizacji i nasilenia w skali VAS, w indywidualnych przypadkach także inne dolegliwości – np. objawy neurologiczne, zakres ruchomości, czy zdolność wykonania określonych czynności) oraz informacje podane przez uczestnika w ankiecie wstępnej oraz końcowej. Ankiety zawierają m.in. pytania o subiektywne odczuwanie bólu (z odniesieniem do skali VAS), pytania o zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu (zgodne z Health Assessment Questionnaire (HAQ) Disability Index (DI)), pytania o aktualne leczenie (zwłaszcza potrzebę brania leków), poczucie subiektywnej poprawy (wynikające np. z poczucia pacjenta, że po rehabilitacji łatwiej mu wykonać pewne czynności, odczuwa mniejsze ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, rzadziej nawracają dolegliwości, lub krócej trwają...), czy o aktywność fizyczną.

W przypadku określanych liczbowo wskaźników VAS i HAQ-DI jako poprawę/pogorszenie należy rozumieć odpowiednio korzystną/niekorzystną różnicę między wynikiem badania końcowego a wynikiem badania wstępnego, która jest nie mniejsza niż przyjęta dla danego testu minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*). W przypadku użycia skali **VAS** do oceny intensywności bólu jako wartość MCID można przyjąć już różnicę **2,0cm** (Smuck, ocena bólu dolnego odcinka kręgosłupa [92]; w innym badaniu – ocena skuteczności leków przeciwbólowych przyjęto natomiast próg 3,0cm [93]). W odniesieniu do skali **HAQ-DI** najczęściej stosowaną wartością MCID jest **0,22** [94, 95].

- 3) miernik zwiększenia dzięki oferowanym świadczeniom powrotów do pracy u osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (przebywających na długotrwałym zwolnieniu chorobowym, niepełnosprawnych, bezrobotnych): liczba uczestników, którzy po opuszczeniu Programu w przeciągu roku podjęły pracę;
- 4) miernik wzmocnienia wiedzy uczestników w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom objętym interwencją (poznanie mechanizmów przyczynowych dla patologii zawodowych układu ruchu i obwodowego układu krążenia, poznanie zasad profilaktyki tych zagrożeń, a w oparciu o tą wiedzę poprawa zachowań i nawyków, z uwzględnieniem znajomości rozwiązań bezpiecznych i ergonomicznych): liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten daje się potwierdzić w badaniu ankietowym (test wiedzy przed szkoleniem i po - na koniec rehabilitacji);

- 5) miernik zwiększenia prozdrowotnej rekreacyjnej aktywności fizycznej u uczestników Programu: liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten daje się potwierdzić w badaniu ankietowym (fakt regularnego uprawiania sportu rekreacyjnie, częstość i poświęcany na to przeciętny czas).

Przetworzenie danych zebranych w trakcie udzielania świadczeń, musi odbywać się z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych i wrażliwych. Dane dotyczące realizacji świadczeń zbiera, przechowuje i przetwarza na tym etapie osoba koordynująca Program z ramienia realizatora. Zestawienie parametrów pozwalających na ocenę efektywności Programu stanowi Załącznik 16: „Zbiorcza ocena efektów rehabilitacji w Programie”. Zebrane dane przekazywane są do jednostki samorządu terytorialnego, gdzie podlegają dalszej ocenie ewaluacyjnej.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

VI.1. Koszty jednostkowe

Niniejszy Program będzie realizowany przez Beneficjentów wyłonionych w ramach konkursu ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą programem regionalnym FEWL 2021-2027. Podane poniżej koszty, to koszty szacunkowe, na podstawie których Realizator/Beneficjent będzie mógł określić we Wniosku o dofinansowanie szczegółowy budżet dla określonej przez siebie liczby pacjentów – według własnych możliwości lokalowych, kadrowych i logistycznych. Zakłada się, że realizatorów Programu będzie więcej niż jeden. Przy czym należy podkreślić, że autorzy Programu nie będą jednocześnie realizatorami świadczeń wskazanych w niniejszym dokumencie.

Proponuje się rozliczanie świadczeń na podstawie przyjętych dla nich wartości uśrednionych. Ich kalkulacja została oparta o analizę realnych kosztów zabiegów fizykoterapeutycznych, ćwiczeń leczniczych, masażu i konsultacji specjalistycznych, ustalonych na podstawie analizy cenników dużych lubuskich placówek świadczących usługi z zakresu rehabilitacji (Tabela 8). Zawarta w tabeli stawka stanowi przyjęty w Programie koszt jednostkowy dla poszczególnych świadczeń.

Koszty związane z udziałem uczestnika w Programie wynikają z przemnożenia liczby wykorzystanych przez niego świadczeń (zabiegi rehabilitacyjne, ćwiczenia, masaże, konsultacje) przez wartość (koszt jednostkowy) każdego z tych świadczeń. Osobno mają być rozliczane koszty szkoleń edukacyjnych i ewentualnych treningów psychologicznych.

Przykładowy koszt pełnego cyklu rehabilitacyjnego jednej osoby, przyjmując jego standardowy przebieg, z przeciętną liczbą procedur terapeutycznych, przedstawiono poniżej. Standardowy cykl obejmuje 10 sesji terapeutycznych. Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że w jednej sesji rehabilitacyjnej wykonywane jest zazwyczaj 3 do 5 procedur, w tym 1 w formie kinezyterapii (ćwiczenia). Tu przykładowa kalkulacja zakłada wykorzystanie 3 zabiegów fizykoterapeutycznych, 1 ćwiczeń leczniczych, wstępną i końcową konsultację lekarza rehabilitacji medycznej, a także konsultację lekarza medycyny pracy.

Przykładowe wyliczenie kosztu cyklu rehabilitacyjnego:	liczba	koszt 1 procedury	koszt łączny
- konsultacja wstępna (lekarz reh. med. / fizjoterapeuta)	1	100 zł	śr.100 zł
- konsultacja końcowa (lekarz reh. med. / fizjoterapeuta/)	1	50 zł	50 zł
- konsultacja lekarza specjalisty medycyny pracy	1	100 zł	100 zł
- ćwiczenia lecznicze	10	60 zł	600 zł
- zabieg 1	10	15 zł	150 zł
- zabieg 2	10	15 zł	150 zł
- zabieg 3	10	15 zł	150 zł
- szkolenie z fizjoterapeutą (ergonomia, zdrowy styl życia)	1	70 zł	70 zł
Razem:			1370 zł
- indywidualna konsultacja psychologiczna (opcjonalnie)			135 zł
- indywidualna porada dietetyka (opcjonalnie)			100 zł

Jest to kalkulacja przykładowa. Koszty udziału jednego uczestnika będą faktycznie zależeć od rodzaju i liczby wykorzystanych przez niego świadczeń w ciągu całej rehabilitacji w programie. Zgodnie z aktualnymi przepisami kwalifikacji do rehabilitacji medycznej łącznie z przeprowadzeniem badania wstępnego może dokonać zarówno lekarz specj. rehabilitacji medycznej, jak i mgr fizjoterapii (pełne lekarskie - w przypadku konsultacji przez lek. specj. rehabilitacji medycznej, lub wywiad i diagnostyka funkcjonalna – w przypadku mgr fizjoterapii). Stawki za te badania zostały zrównane dla uproszczenia wyliczeń, przy niedużej różnicy w zakresie badania (nakład pracy podobny). W wybranych przypadkach uczestnik może być skierowany na konsultację psychologiczną lub poradę u dietetyka – świadczenia opcjonalne, zakłada się, że do 20% osób skorzysta z tych dodatkowych świadczeń.

Szkolenia (ergonomia, zdrowy styl życia) mogą być realizowane zarówno w formie indywidualnej (koszt jak porada fizjoterapeutyczna) lub grupowej (grupy do 10 osób). W tym drugim przypadku należałoby określić stawkę ryczałtową za szkolenie grupowe, tj. **200 zł/45 minut**. Realizatorzy/Beneficjenci przybliżone koszty szkoleń mogą ustalić na etapie określenia liczby uczestników Programu w momencie opracowywania Wniosku o dofinansowanie do postępowania konkursowego, do którego załącznikiem będzie niniejszy Program polityki zdrowotnej.

Zakładając, że różny może być zestaw zabiegów rehabilitacyjnych, różna organizacja szkolenia fizjoterapeutycznego, a w wybranych przypadkach zasadna może być również konsultacja psychologiczna lub porada dietetyka, przeciętny koszt cyklu będzie się wahać w granicach około **1 370,00-1 605,00 zł**.

Koszty administracyjne – dotyczące m.in. kosztów wynagrodzeń osób nieujętych w kosztach merytorycznych, koszty wynajmu pomieszczeń, materiały biurowe, koszty działań promocyjnych, itp. – stanowią tzw. **koszty pośrednie** (10% kosztów bezpośrednich – wskazanych w dokumentacji konkursowej). Szczegółowy katalog kosztów pośrednich określa właściwa Instytucja Zarządzająca na podstawie *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków na lata 2024-2027*.

Zabieg / Konsultacja	Postęp	Szp. Na Wyspie	Merkury GW	ORL N. Sól	LORO	Elżbietanki	Olimp	Batorego	WOMP GW	WOMP ZG	średnia	stawka proponowana
Pole magnetyczne	20	25		14	20	12	12	15	15	12	16,11 zł	15 zł
Terapuls	20	25		17	20	13		15		13	17,57 zł	15 zł
Fala uderzeniowa	60	65		50	75		80	80		60	67,14 zł	70 zł
Diadynamik	20	25	15	17	20	11		12	15	12	16,33 zł	15 zł
Interdyn	20	25	15	17	20	11	12	12	15	12	15,90 zł	15 zł
TENS	20	25	15	17	20	11	12	12	15	12	15,90 zł	15 zł
Galwanizacja	20	25	15	17	20	11	12	12		12	16,00 zł	15 zł
Elektrostymulacja	20	25	15	18	20	11	12	18	15	13	16,70 zł	15 zł
Jonoforeza	20	25	15	17	20	11	12	12	15	12	15,90 zł	15 zł
Laser	20	30	15	14	20	11	12	12	15	13	16,20 zł	15 zł
Sollux	20	20	15	14	20	12	12	12	10	10	14,50 zł	15 zł
Krioterapia – 3min.	25	35	20	20	25	12	12	22	20	15	20,60 zł	20 zł
Ultradźwięki	20	30	15	17	20	12	12	19	15	13	17,30 zł	20 zł
Masaż suchy częściowy 20-30min.	80	75	45	70	75	70	120	80		50	73,89 zł	70 zł
Masaż wirowy kończyn dolnych/górných	35	40		30	20	20	20	19		20	25,50 zł	25 zł
Gimnastyka lecznicza indywidualna 30 min.	100	45	15	70	100	70	100	70	35	50	65,50 zł	60 zł
Kinesiology taping	35	50	30	48	30	40		50	35	40	39,78 zł	40 zł
Konsultacja fizjoterapeutyczna	70	55	50	55	150	40	120	70	40	50	70,00 zł	100 zł
Kons. Lek. spec. Reh. Med.										100	100,00 zł	100 zł
Kons. Lek. spec. Med. Pracy									70	80	75,00 zł	100 zł
Kons. psychologiczna									150	120	135,00 zł	135 zł

Tab. 8. Zestawienie cen zabiegów, ćwiczeń, masażu i konsultacji w lubuskich placówkach (na podstawie cenników dostępnych w Internecie), z propozycją stawek uśrednionych

VI.2. Koszty całkowite RPZ

	minimalna planowana liczba uczestników: 5 695 osób – grupa docelowa RPZ	
świadczenia rehabilitacyjne i konsultacje specjalistyczne (rehabilitacyjna, medycyny pracy, psychologiczna)	min. koszt jednostkowy:	max. koszt jednostkowy:
	1 370,00zł	1 605,00 zł
	7 802 150,00 zł	9 140 475,00 zł
szkolenia / grupowy trening psychologiczny	15-osobowe grupy szkoleniowe	5-osobowe grupy szkoleniowe
	380 szkoleń (200 zł – koszt szkolenia)	1139 szkoleń (200 zł – koszt szkolenia)
	76 000,00 zł	227 800,00 zł
suma	7 878 150,00 zł	9 368 275,00 zł
suma + około 10% kosztów pośrednich*, tj. administracyjnych (na podstawie konkursów z zakresu profilaktyki ogłaszanych przez IZ FEWL 2021-2027)	8 594 345,45 zł	10 219 936,36 zł

* **Koszty** pośrednie (m.in. administracyjne) – zgodnie z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027* stanowiąc będą 10% kosztów bezpośrednich (merytorycznych).

Alokacja na realizację Programu w ramach Działania FELB.06.03 Zdrowy, aktywny i kompetentny pracownik, Typ projektu VII Zapobieganie chorobom zawodowym pracowników i wsparcie powrotu do zdrowia osób aktywnych zawodowo oraz VIII Działania wspierające rehabilitację, umożliwiającą powrót do pracy (Szczegółowy Opis Priorytetów programu FEWL 2021-2027) to: **10 227 058,82 zł** (wkład UE 85% - 8 693 000,00 zł i wkład krajowy (BP) 5% - 511 352,94 zł oraz wkład własny 10% - 1 022 705,88 zł.

VI.3. Źródła finansowania

1. Program współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 .
2. Wkład własny Beneficjenta stanowi 10% wartości kosztów kwalifikowalnych.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Terytorialne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności Polski w latach 1990-2015 oraz w perspektywie do 2040 roku, J. Stańczak, D. Szałtys, GUS, Referat zaprezentowany na „V Zielonogórskich Spotkaniach z Demografią” Szanse i wyzwania rozwoju regionalnego w kontekście zmian demograficznych Europy (Zielona Góra, 22-23 listopada 2016 r.)
2. Rocznik Demograficzny, GUS 2023, Warszawa
3. Prognoza ludności na lata 2023-2060, GUS 2023, Warszawa
4. Osoby powyżej 50 roku życia na rynku pracy w 2021 r., GUS – oprac. merytor. Urząd Statystyczny w Bydgoszczy, inform. sygnałna opubl. 27.04.2023
5. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., GUS Departament Badań Społecznych, Warszawa 2021
6. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, pod red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022
7. Otyłość a choroba zwyrodnieniowa stawów, A. Jasik, M. Tałałaj, Borgis - Postępy Nauk Medycznych 5b/2013
8. Effects of weight change on knee and hip radiographic measurements and pain over 4 years: data from the Osteoarthritis Initiative, G. Joseph i wsp., Osteoarthritis and Cartilage Vol.30, Supl.1, kwiecień 2022, s.46-47
9. Risk factors for low back pain and sciatica, Heliövaara M., Ann Med. 1989 Aug;21(4):257-64
10. Risk factors of sciatic pain: a prospective study among middle-aged employees, Kääriä S. I i wsp., Eur J Pain. 2011;15(6):584-90
11. Neck and Back Pain: The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment, Nachemson A.L., Jonsson E., Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000
12. Recommendations for weight management in osteoarthritis: a systematic review of clinical practice guidelines, Y. Lim i wsp., Osteoarthritis and Cartilage Vol.30, Supl.1, kwiecień 2022, s.75-76
13. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy z udziałem Departamentu Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2014
14. Rocznik statystyczny pracy 2015, GUS, Warszawa 2016
15. Ochrona zdrowia pracujących, L. T. Dawydzik, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003
16. Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy i ich wpływ na zdrowie, S. Leka A. Jain (tłum. K. Orlak), Stowarzyszenie Zdrowa Praca Warszawa, 2013
17. Choroby zawodowe, red. K. Marek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001
18. Nowe formy pracy – ich charakterystyka oraz związki z dobrostanem osób pracujących, Z. Mockało, P. Barańska, Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka, 2022/9 (CIOP, DOI: 10.54215/BP.2022.09.22.Mockallo)
19. Medycyna pracy w praktyce lekarskiej, red. Z. Byczkowska L. Dawydzik, Oficyna Wydawnicza IMP w Łodzi, 1999
20. Zespół przedwczesnego zużycia chrząstki stawowej, A. Dziak, Berlin-Chemie, Warszawa 2008
21. Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w kontekście psychospołecznych aspektów pracy, J. Bugajska, D. Żołnierczyk-Zreda, K. Hildt-Ciupińska, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2011, 4 (475)
22. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, t.j. Dz.U. 2023 poz. 1465
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, t.j. Dz.U. 2022 poz. 1836

24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób, t.j. Dz.U. 2013 poz. 1379 ze zm.
25. Praca zawodowa a choroby reumatyczne, A.Jędryka-Góral, E.Łastowiecka, Bezpieczeństwo pracy, 2002/nr 3
26. Zapobieganie rozwojowi dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w populacji pracowników starszych, D. Roman-Liu, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2015, 4(523)
27. Specyfika chorób reumatycznych w praktyce lekarza medycyny pracy, J. Bugajska A. Jędryka-Góral, Reumatologia 2006; 44, 6
28. Repetitive strain injury, M. van Tulder, A. Malmivaara, B. Koes, Lancet. 369 (9575): Maj 2007
29. Welcome to the RSI Awareness Website, strona internetowa <http://rsi.org.uk>
30. Cumulative Trauma Disorders in the Workplace. U.S. CDC-NIOSH Publication 95-119. 1995
31. Jak zapobiegać chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanym sposobem wykonywania pracy. Poradnik dla specjalistów BHP, pracodawców i pracowników, red. P. Krawczyk-Szulc, E. Wągrowiska-Koski, Oficyna Wydawnicza IMP w Łodzi, 2011
32. Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne, Z. Kubińska, K. Zaworski, Fizjoterapia Polska 1/2016 (16)
33. Wylecz swoje plecy (Treat Your Own Back), R.McKenzie (przekł. T. Stengert), Med-Media 2010
34. Ocena działań ukierunkowanych na utrzymanie zatrudnienia przez starszych pracowników w Polsce, J. Bugajska, K. Hildt-Ciupińska, Medycyna Pracy, 2012, 63, 4, s. 453-462
35. Przykłady dobrych praktyk na rzecz zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+, K. Hildt-Ciupińska, J. Bugajska, E. Łastowiecka-Moras, M. Malińska, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2012, 3 (486)
36. Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, red. W. Marciniak, A. Szulca, PZWL Warszawa 2003
37. Rehabilitacja medyczna, red. J. Kiwerski, PZWL Warszawa 2007
38. Rehabilitacja medyczna. Tom I, red. A. Kwolek, Urban&Partner, Wrocław 2003
39. Rehabilitacja ortopedyczna. Tom II, K. Wilk, Urban and Partner, Wrocław 2007
40. EU-OSHA (2004). Report on the priorities for occupational safety and health research in EU25. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
41. EuroFound (2007). The Fourth Working Conditions Survey. Dublin: Office for Official Publications of the European Communities.
42. Eurofound (2016), Sixth European Working Conditions Survey – Overview report, Publications Office of the European Union, Luxembourg
43. Health and safety at work. Summary statistics for Great Britain 2016, Health and Safety Executive, listopad 2016 (dokument dostępny pod adresem: <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh1516.pdf?pdf=hssh1516>)
44. Work-related Musculoskeletal Disorder (WRMSDs) Statistics, Great Britain 2016, Health and Safety Executive, 2016 (dokument dostępny pod adresem: <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/musculoskeletal/msd.pdf?pdf=msd>)
45. Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work, 2015 (USDL-16-2130), BLS listopad 2016 (dokument dostępny pod adresem: <https://www.bls.gov/news.release/osh2.nr0.htm>)
46. Statistics on work-related musculoskeletal disorders, Safe Work Australia 2016 (dokument dostępny pod adresem: <https://www.safeworkaustralia.gov.au/doc/statistics-work-related-musculoskeletal-disorders>)
47. Work-related Musculoskeletal Disorders: A Lesson From the Past, F. Giuliano, Epidemiology 2010; 21(4)

48. Prevalence and incidence of carpal tunnel syndrome in US working populations: pooled analysis of six prospective studies, A. M. Dale, C. Harris-Adamson, Scand J Work Environ Health. 2013 Sep 1;39(5)
49. QuickStats: Percentage of Employed Adults Aged 18–64 Years Who Had Carpal Tunnel Syndrome in the Past 12 Months, by Sex and Age Group — National Health Interview Survey, 2010; Weekly 60(49), 16 grudzień 2011 (materiał dostępny pod adresem: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6049a4.htm>)
50. OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU — Facts and figures, European Agency for Safety and Health at Work, 2010 (dokument dostępny pod adresem: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TERO09009ENC>)
51. Working conditions in the time of COVID-19: Implications for the future, European Working Conditions Telephone Survey 2021, Eurofound, Luksemburg 2022
52. To work, or not to work, that is the question – Recent trends and avenues for research on presenteeism, Ruhle S.A.i wsp., European Journal of Work and Organizational Psychology, 2020, Vol. 29, Nr 3, s. 344 – 363
53. Rocznik statystyczny pracy 2021, GUS, Warszawa 2021
54. Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski na lata 2022-2026, obwieszczonej w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia Warszawa z dnia 30 sierpnia 2021 r., poz. 69 (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/>, dostęp 5.12.2023)
55. Analiza struktury problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY (wartości bezwzględne w 2019 r.) dla populacji kobiet i mężczyzn w Polsce, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>, dostęp 5.12.2023
56. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, GUS, Warszawa, Gdańsk 2021
57. Choroby zawodowe w Polsce w 2022 roku, B. Świątkowska, W. Hanke, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera - Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2023
58. Choroby zawodowe w Polsce w 2021 roku, B. Świątkowska, W. Hanke, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera - Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2022
59. Udział czynników zawodowych i pozazawodowych w etiopatogenezie zespołu cieśni nadgarstka, J. Biernawska, A. Niemczyk, K. Pierzchała, Med. Pr. 2005;56(2)
60. Aktywność zawodowa osób 50+ w Polsce w aspekcie stanu ich zdrowia, E. Łastowiecka-Moras, J. Bugajska, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2015, 9
61. Wypadki przy pracy w 2021 r., GUS, Gdańsk 2022
62. Osoby niepełnosprawne w 2021 r., informacje sygnałne 01.12.2022 r., GUS
63. Bank Danych Lokalnych. Stan Ludności – województwo lubuskie, 2021. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/teryt/tablica>, dostęp 5.12.2023.
64. Bank Danych Lokalnych. Rynek Pracy - Warunki Pracy - Poszkodowani w wypadkach przy pracy (lubuskie, Polska), 2022. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/teryt/tablica>, dostęp 5.12.2023.
65. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020-2034 dla obszaru: województwo lubuskie, problem zdrowotny: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/prognoza-epidemiologiczna/>, dostęp 5.12.2023
66. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w 2022 r. - choroby układu mięśniowo-szkieletowego, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp 5.12.2023

67. Rehabilitacja ambulatoryjna ogólna - lubuskie, 2022 r. (dane NFZ), <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/>, dostęp 5.12.2023
68. Informacje o pozostałych świadczeniach - Rehabilitacja lecznicza, <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/informacje-o-pozostalych-swiadczeniach/>, dostęp 10.12.2023
69. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, t.j. Dz.U. 2023 poz. 1230
70. Rozporządzenie 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, t.j. Dz.U. 2019 poz. 277
71. Rehabilitacja lecznicza ZUS, informacje na stronie ZUS: <https://www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus>, dostęp 10.12.2023
72. Wykaz ośrodków rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS w podziale na profile schorzeń w kolejności wg miejscowości rehabilitacji zgodnie ze stanem na 01.11.2023 r., Platforma ZUS: https://www.zus.pl/documents/10182/167791/Wykaz_O%C5%9Brodk%C3%B3w_20231101.pdf, dostęp 10.12.2023
73. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, t.j. Dz.U. 2023 poz. 208
74. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 grudnia 2022 r. w sprawie rehabilitacji leczniczej i turnusów regeneracyjnych, Dz.U. 2022 poz. 2757
75. Rehabilitacja lecznicza / turnusy regeneracyjne, strona KRUS: <https://www.gov.pl/web/krus/rehabilitacja-lecznicza--turnusy-regeneracyjne>, dostęp 10.12.2023
76. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, t.j. Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.
77. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1694 ze zm.
78. Turnusy rehabilitacyjne, strona PFRON: <https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/rehabilitacja/turnusy-rehabilitacyjne/>
79. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, t.j. Dz.U. 2022 poz. 437
80. Wybrane aspekty rynku pracy w Polsce, GUS, Warszawa 2023
81. Rocznik statystyczny pracy 2023, GUS, Warszawa 2023
82. Bezrobocie rejestrowane 1 – 4 kwartał 2022 r., GUS, Warszawa 2023
83. Dziedziczne Bazy Wiedzy (Społeczeństwo/Rynek pracy), wyszukiwarka GUS: <https://dbw.stat.gov.pl/pl/baza-danych>, dostęp: 15.12.2023
84. Prognoza ludności (opracowana w 2014 r.) - ludność według płci i wieku w latach 2014-2050; filtr: woj. lubuskie, GUS, http://swaid.stat.gov.pl/Demografia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_DEM_18.aspx, dostęp: 15.12.2023
85. Rehabilitacja i powrót do pracy: Raport z analizy dotyczący polityki, strategii i programów realizowanych na szczeblu UE i na szczeblu państw członkowskich – Broszura informacyjna, EU-OSHA 2016, pobrane z: <https://osha.europa.eu/pl/tools-and-publications/publications/research-review-rehabilitation-and-return-work-info-sheet/view>, dostęp 01.12.2017

86. Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 31 sierpnia 2018r. w sprawie ustalenia Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego na lata 2019-2021,
https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/wojewoda/zarzadzenia_wojewody/1924, dostęp 10.12.2023
87. Podstawy zarządzania projektami. Metody i przykłady, Walczak R., Difin, Warszawa 2014
88. Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej, uchwała Krajowej Rady Fizjoterapeutów nr 142/I KRFz dnia 1 marca 2018 r.
89. Fizjoterapia a rehabilitacja medyczna – problemy semantyczne z nazewnictwem w fizjoterapii, E. Mikołajewska, Fizjoterapia 2011, 19, 4, 54-64
90. Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku, M. Lubecki, Hygeia Public Health 2011, 46(2): 249-255
91. Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów (2016-2020); pobrane z (dostęp 25.01.2018):
https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/30938/Zalacznik_18_Program_profilaktyczny.pdf
92. Prospective, randomized, multicenter study of intraosseous basivertebral nerve ablation for the treatment of chronic low back pain: 12-month results, M. Smuck i wsp., Reg Anesth Pain Med 2021;46:683 – 693
93. Clinically important change in the visual analog scale after adequate pain control, JS. Lee, E. Hobden, IG Stiell, GA Wells, Acad Emerg Med, 2003 Oct;10(10):1128-30
94. Functional impairment measurement in psoriatic arthritis: Importance and challenges, P. Mease, V. Strand, D. Gladman, Seminars in Arthritis and Rheumatism, Volume 48 (2018)
95. Use of a „critical difference” statistical criterion improves the predictive utility of the Health Assessment Questionnaire-Disability Index score in patients with rheumatoid arthritis , F. Behrens i wsp., BMC Rheumatology, vol.3, nr 51 (2019)

VIII. Spis Tabel

	Str.
Tab. 1. Punkty wykazu chorób zawodowych zawierające schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego [23]	12
Tab. 2. Zestawienie patologii zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego	14
Tab. 3. Odsetki wskazań chorób i dolegliwości przewlekłych układu ruchu według grup wiekowych i płci (O = ogółem, K = kobiety, M = mężczyźni) w 2019 r., z porównaniem do wysokiego ciśnienia krwi i choroby wieńcowej	22
Tab. 4. Choroby zawodowe w Polsce w 2022 r. według województw i jednostek chorobowych (źródło: IMP [57])	29
Tab. 5. Lubuskie - podstawowe statystyki dla zrealizowanych świadczeń rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym. Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ	33
Tab. 6. Liczba bezrobotnych i stopa bezrobocia rejestrowanego w lubuskim wg Rocznika statystycznego pracy 2021 i 2023 (GUS) [53, 81]	40
Tab. 7. Prognoza dla woj. lubuskiego do 2050 r. (wyliczenie z 2014 r.) dotycząca ludności aktywnej zawodowo (w wieku 15-89 lat): liczebność i wiek średni, GUS [84]...	41
Tab. 8. Zestawienie cen zabiegów, ćwiczeń, masaży i konsultacji w lubuskich placówkach (na podstawie cenników dostępnych w Internecie), z propozycją stawek uśrednionych	82

IX. Spis Rycin

	Str.
Ryc. 1. Ludność według płci i wieku w 2021 r. (stan w dniu 31 grudnia) [2]	5
Ryc. 2. Liczba osób (w mln) w wieku 65 lat i więcej według trzech scenariuszy w latach 2000–2060 [3]	6
Ryc. 3. Piramida wieku ludności (w tys.) w 2022 r. (empiryczna) i w 2060 r. według prognozowanych trzech scenariuszy [3]	6
Ryc. 4. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej według grup wieku w 2019 roku [5]	8
Ryc. 5. Problemy zdrowotne wg grup zawodowych w krajach Unii Europejskiej EU28 (źródło: EWCS [42])	18
Ryc. 6. Rodzaje problemów zdrowotnych związanych z pracą - Wielka Brytania 2015/16 (źródło:HSE [43])	19
Ryc. 7. Zgłaszalność własna zaburzeń mięśniowo-szkieletowych o etiologii głównie zawodowej zależnie od płci i wieku, u osób zatrudnionych co najmniej przez 12 miesięcy - Wielka Brytania, wartości uśrednione 2013/14- 2015/16 (źródło: HSE [44])	19
Ryc. 8. Całkowita liczba zaburzeń mięśniowo-szkieletowych (MSD) i zespołów cieśni nadgarstka. EU15, oprócz Niemiec, Grecji i Irlandii, 2005 (źródło: EODS [50])	20
Ryc. 9. Problemy zdrowotne zgłaszane w okresie 12 miesięcy przed badaniem 12 (częstość w % badanej grupy); EU27, EWCTS 2021 [51]	21
Ryc. 10. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności dla pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej z wartościami dla najlepszego kraju w UE i wartościami dla UE w 2019 r. (Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME)	23
Ryc. 11. Osoby, które kiedykolwiek pracowały według płci oraz typów dolegliwości związanych z pracą odczuwanych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (GUS 2021) [56]	24
Ryc. 12. Struktura chorób zawodowych w Polsce w 2022 r. [57]	25
Ryc. 13. Pracujący w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie poszkodowani w wypadkach przy pracy według okresu niezdolności do pracy (GUS 2021) [56]	26
Ryc. 14. Wskaźnik chorobowości na 100 tys. ludności standaryzowany do wieku dla bólów dolnego odcinka kręgosłupa w podziale na województwa, rok 2019. Źródło: Opracowanie DAiS Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych GBD IHME [55]	30
Ryc. 15. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020-2034 dla województwa lubuskiego - problem zdrowotny: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (wartości wskaźników na 100 tys. ludności). Źródło:Opracowanie DAiS Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS[65]...	31
Ryc. 16. Liczba porad specjalistycznych na tys. mieszkańców z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego w 2022 r. - podział na województwa. Źródło: Opracowanie DAiS Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS [66]	31
Ryc. 17. Lubuskie, 2022. Struktura pacjentów wg chorób (10 najczęstszych) w rehabilitacji ambulatoryjnej. Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ [67]	32
Ryc. 18. Lubuskie, 2022, rehabilitacja ogólna: Liczba pacjentów na 100 tys. ludności – w podziale na powiaty. Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ [67]	32
Ryc. 19. Rozmieszczenie ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej ogólnej w woj. lubuskim, 2022. Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ [67]	33
Ryc. 20. Schemat Programu z podziałem na etapy	66

X. ZAŁĄCZNIKI:

	Str.
Załącznik 1. Wniosek o włączenie do Programu wraz ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych i oświadczeniem dotyczącym statusu zatrudnienia	92
Załącznik 2. Zaproszenie do Programu połączone ze skierowaniem lekarskim	93
Załącznik 3. Informacja o braku podstaw do włączenia do Programu z uzasadnieniem	94
Załącznik 4. Oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie	95
Załącznik 5. Skierowanie na zabiegi	96
Załącznik 6. Zestawienie zabiegów i interwencji uczestnika	97
Załącznik 7a. Skierowanie na konsultację psychologiczną	99
Załącznik 7b. Opinia konsultacyjna psychologa	100
Załącznik 8a. Skierowanie na poradę dietetyczną	101
Załącznik 8b. Opinia z porady dietetycznej	102
Załącznik 9. Opinia konsultacyjna lekarza medycyny pracy	103
Załącznik 10a. Ankieta wstępna uczestnika Programu	104
Załącznik 10b. Ankieta końcowa uczestnika Programu	106
Załącznik 11a. Lista uczestników szkolenia	108
Załącznik 11b. Lista kontrolna do oceny wiedzy prozdrowotnej uczestnika	109
Załącznik 12. Opinia na temat Programu z oceną jakości	112
Załącznik 13. Karta uczestnika Programu	114
Załącznik 14. Informacja o odbytej rehabilitacji	115
Załącznik 15. Rejestr osób, które zgłosiły się do udziału w Programie	116
Załącznik 16. Zbiorcza ocena efektów rehabilitacji w Programie	118

Wniosek o włączenie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Proszę o zakwalifikowanie mnie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

Do wniosku załączam do wglądu dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie u mnie schorzenia kwalifikującego do udziału w Programie.

- ☐ Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w Programie polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r., poz.2135). Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.
- ☐ Oświadczam, że nie korzystam aktualnie z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w ośrodku, do którego składałem niniejszy wniosek, ani nie posiadam aktualnego skierowania na rehabilitację do tego ośrodka od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- ☐ oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz w trakcie uczestnictwa w programie nie korzystałem/em z powodu tego samego rozpoznania ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych, np. w ramach ubezpieczenia NFZ, ZUS, KRUS, w ramach wsparcia PFRON, czy w ramach innego programu finansowanego ze środków EFS+.

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej

Oświadczam również, że *):

☐

Jestem osobą pracującą.

Moje miejsce pracy to:

☐

Jestem osobą bezrobotną poszukującą pracy.

Jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy w

Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia.

Deklaruję również, że poinformuję realizatora Programu, jeśli w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji w Programie podejmę pracę (jeśli będzie to związane z poprawą mojego zdrowia).

☐

Jestem uczniem w trakcie praktycznej nauki zawodu.

Uczę się w szkole:

*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej

Załącznik 2

ZAPROSZENIE

**do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego
skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie
rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego
związanych ze sposobem wykonywania pracy**

W związku z ofertą świadczeń rehabilitacyjnych dostępną w ramach powyższego Programu, przekazuję zaproszenie do uczestnictwa w nim Pani/Panu:

imię i nazwisko: PESEL

adres zamieszkania:

oraz kieruję na rehabilitację leczniczą w trybie określonym w Programie.

Diagnoza i sugestie dotyczące rehabilitacji:

.....

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

Informacja o braku podstaw do włączenia do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Po przeprowadzeniu analizy zgłoszenia do Programu Pani/Pana:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

stwierdzam brak podstaw do włączenia do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Uzasadnienie *):

☐

1. Brak miejsca zamieszkania na terenie województwa lubuskiego.

☐

2. Brak statusu osoby zatrudnionej, lub bezrobotnej poszukującej pracy, deklarującej gotowość podjęcia zatrudnienia.

☐

3. Brak schorzenia kwalifikującego do udziału w Programie.

☐

4. Korzystanie z powodu tego samego rozpoznania w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu lub w trakcie uczestnictwa w programie ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych.

☐

5. Inny powód:

.....
podpis koordynatora Programu

*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

Załącznik 4

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE REZYGNACJI

Z udziału w Programie polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanym do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Niniejszym rezygnuję z udziału w Programie polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Powód mojej rezygnacji jest następujący:

.....

.....

.....
czytelny podpis uczestnika Programu

lub

☐

Brak danych

SKIEROWANIE NA ZABIEGI

w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Imię i nazwisko uczestnika:

PESEL Adres zamieszkania:

Rozpoznanie *):

Aktualny cel usprawniania:

	1)	2)	3)	4)	5)
<i>Rodzaj zabiegów /ćwiczeń:</i>					
<i>liczba powtórzeń /czas zabiegu:</i>					
<i>Parametry:</i>					
<i>Okolica ciała:</i>					

.....
data skierowania

.....
podpis i pieczęć osoby kierującej

*) Zgodne z wykazem schorzeń kwalifikujących do Programu

ZESTAWIENIE ZABIEGÓW I INTERWENCJI UCZESTNIKA

wykonanych w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

(uczestnik potwierdza skorzystanie z zabiegu, konsultacji, czy szkolenia własnym podpisem)

Imię i nazwisko uczestnika:

PESEL Adres zamieszkania:

Rozpoznanie *):

Lp.	Data	konsultacja rehabilitacyjna	Zabieg 1:	Zabieg 2:	Zabieg 3:	Zabieg 4:	Zabieg 5:	konsultacja psychologiczna	konsultacja lek. medycyny pracy	udział w szkoleniu	porada dietetyczna
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

*) Zgodne z wykazem schorzeń
kwalifikujących do Programu

.....
podpis i pieczęć koordynatora Programu

(uczestnik potwierdza skorzystanie z zabiegu, konsultacji, czy szkolenia własnym podpisem)

Lp.	Data	konsultacja rehabilitacyjna	Zabieg 1:	Zabieg 2:	Zabieg 3:	Zabieg 4:	Zabieg 5:	konsultacja psychologiczna	konsultacja lek. medycyny pracy	udział w szkoleniu	porada dietetyczna
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											
26.											
27.											
28.											
29.											
30.											

Uwagi zespołu rehabilitacyjnego dotyczące procesu usprawniania:

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

Tematy przeprowadzonych szkoleń:

.....

.....
podpis i pieczęć koordynatora Programu

SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ PSYCHOLOGICZNĄ

w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie *:

Powód i cel skierowania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data skierowania

.....
podpis i pieczęć osoby kierującej

*) Zgodne z wykazem schorzeń kwalifikujących do udziału w Projekcie

OPINIA KONSULTACYJNA PSYCHOLOGICZNA

w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

Opinia dotycząca aktualnych problemów uczestnika (niepokój, depresję, pesymizm, kłopoty z radzeniem sobie, negatywne postrzeganie swojego ogólnego stanu zdrowia oraz możliwości powrotu do pracy) oraz jego potencjału motywacyjnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy jest zalecany udział w treningu radzenia sobie ze stresem/treningu motywacyjnym? **TAK / NIE***

Czy uczestnik wyraził chęć skorzystania z takiego treningu? **TAK / NIE ***

Uwagi dla zespołu rehabilitującego:

.....

.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć psychologa

*) niepotrzebne skreślić

SKIEROWANIE NA PORADĘ DIETETYCZCZĄ

w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie/ *:
Problem zdrowotny

Waga (kg):, wzrost (cm):, BMI =

Powód i cel skierowania:

W związku ze stwierdzonym u ww. osoby schorzeniem podanym w rozpoznaniu oraz współistniejącą otyłością, prosimy o udzielenie uczestnicze/uczestnikowi naszego projektu rehabilitacyjnego porady w zakresie prawidłowego odżywiania, z uwzględnieniem:

- wywiadu żywieniowego i oceny stanu odżywienia,
- obliczenia zapotrzebowania na poszczególne makro- i mikroskładniki diety,
- ustalenia zaleceń dietetycznych.

Jednym z głównych celów jest nabycie przez pacjenta umiejętności kontroli własnej masy ciała, aby zapobiec jej dalszym przyrostom, a w miarę możliwości umożliwić jej stopniową redukcję. Otyłość stanowi w przypadku wymienionego schorzenia znaczący czynnik ryzyka przyspieszonej progresji zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych.

.....
.....

.....
data skierowania

.....
podpis i pieczęć osoby kierującej

*) Zgodne z wykazem schorzeń kwalifikujących do udziału w Projekcie

OPINIA Z PORADY DIETETYCZNEJ

w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

Opinia dotycząca zaleceń dożywieniowych dla uczestniczki/uczestnika projektu rehabilitacyjnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy zalecane jest dalsze wsparcie w poradni dietetycznej? **TAK / NIE***)

Czy zalecane jest rozważenie innych, bardziej radykalnych form leczenia otyłości? **TAK / NIE ***)
(np. chirurgia bariatryczna)

Uwagi dla zespołu rehabilitującego:

.....

.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć doradcy
w dziedzinie dietetyki

*) niepotrzebne skreślić

OPINIA KONSULTACYJNA LEKARZA MEDYCyny PRACY

w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

Opinia dotycząca aktualnego stanu uczestnika z uwzględnieniem jego zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy/wyuczonego zawodu, lub z określeniem rokowania co do odzyskania tej zdolności:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia dotyczące potrzeb modyfikacji stanowiska pracy, informacje o ograniczeniach zawodowych, czy wskazaniach do dalszego zatrudnienia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza medycyny pracy

ANKIETA WSTĘPNA

Załącznik 10a

Prosimy uprzejmie o uważne wypełnienie ankiety wstępnej. Podane informacje będą przydatne przy planowaniu Pani/Pana rehabilitacji, a także przy ocenie jej efektów (porównanie ich z informacjami podanymi na zakończenie Programu). Szczególnie ważne jest ustalenie głównego problemu zdrowotnego, jaki wymaga rehabilitacji oraz związanych z nim dolegliwości i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu.

1. Imię i nazwisko uczestnika: 2a. Wiek

3. Jestem osobą *): 2b. Waga (kg) 2c. Wzrost (cm) / BMI=.....

☐ pracującą (wykonywana praca:)

☐ bezrobotną (jak długo?)

4. Aktualne dolegliwości.

Proszę o podanie miejsca, w którym zlokalizowane są Pani/Pana **główne** dolegliwości, z jakimi zgłosiła się Pani/Pan na rehabilitację w ramach Programu (jeśli jest więcej takich miejsc, proszę zaznaczyć **maksymalnie dwa najważniejsze**).

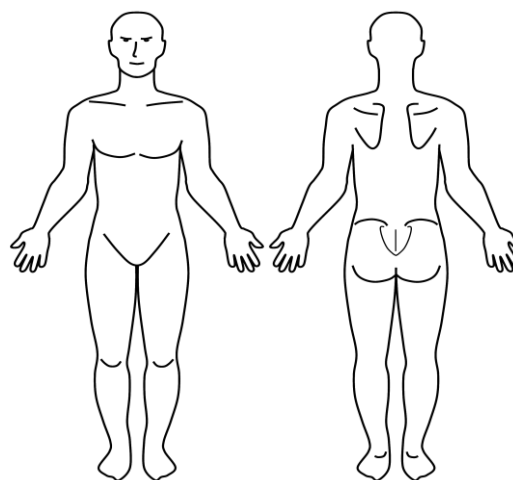
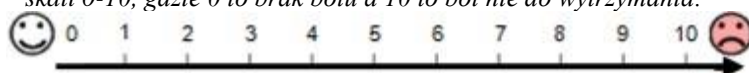
Proszę również zaznaczyć te miejsca na rysunku obok.

Główne miejsce dolegliwości:

Czas trwania dolegliwości: miesięcy/lat *)

Nasilenie dolegliwości.

Proszę zaznaczyć/podać intensywność bólu używając umownej skali 0-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania:



5. Zaburzenia funkcji. Poniższe pytanie pozwolą dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana aktualną sprawność funkcjonowania w życiu codziennym (zgodnie z Pani/Pana odczuciem) - w ciągu ostatniego tygodnia.

	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolna/y do zrobienia	Czy przy danej czynności potrzebna jest pomoc?	
Ubieranie się i dbanie o wygląd					Sprzęt? (np. laska, chodzik)	Innej osoby?
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
umyć samodzielnie włosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wstawanie						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
wstać z krzesła bez poręczy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
położyć się do łóżka i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jedzenie						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
pokroić mięso na talerzu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
podnieść pełną szklankę do ust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otworzyć nowy karton mleka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chodzenie						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wejść po pięciu schodach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolna/y do zrobienia	Czy przy danej czynności potrzebna jest pomoc?	
					Sprzęt? (np. uchwyt)	Innej osoby?
Higiena						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
umyć się i wytrzeć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wykąpać się w wannie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usiąść na sedesie i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sięganie						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
sięgnąć po ok. 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schylić się aby podnieść odzież z podłogi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chwytnie						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
otworzyć drzwi w samochodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
odkręcić i zakręcić kran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czynności różne						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
załatwiać różne sprawy, robić zakupy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wsiąść do samochodu i wysiąść?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wykonywać prace domowe np.: odkurzanie, prace w ogrodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację:

- 1) Aktualnie zażywam **leki**: ☐ przeciwbólowe ☐ rozluźniające ☐ nasenne
☐ inne leki ☐ nie zażywam leków
- 2) Korzystałam/em z **rehabilitacji**: ☐ ostatni raz miesięcy temu ☐ nie korzystałam/em
- 3) Odczuwasz niepokój, jesteś zestresowana/y, masz gorszy nastrój, nie radzisz sobie? ☐ TAK ☐ NIE
Czy chciałabyś/chciałbyś porozmawiać o tym z psychologiem, skorzystać z jego pomocy? ☐ TAK ☐ NIE

7. Aktywność fizyczna

- Czy uprawiasz **regularnie** jakiś sport (rekreacyjnie)? ☐ TAK ☐ NIE
- Jeśli TAK, to jaki?
- Jak często? ☐ razy w tygodniu / miesiącu ☐ rzadziej
- Ile czasu poświęcasz na to za każdym razem? minut / godzin

Dziękujemy za wypełnienie ankiety !

*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

ANKIETA KOŃCOWA

Załącznik 10b

Ponownie prosimy uprzejmie o uważne wypełnienie ankiety – tym razem końcowej. Na tej podstawie będziemy mogli ocenić efekty Pani/Pana rehabilitacji, co pozwoli nam w przyszłości na lepsze dopasowanie postępowania terapeutycznego do potrzeb naszych pacjentów. Prosimy szczególnie odnieść się do aktualnych dolegliwości i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu.

1. Imię i nazwisko uczestnika: 2a. Wiek

2b. Waga (kg) 2c. Wzrost (cm) / BMI=.....

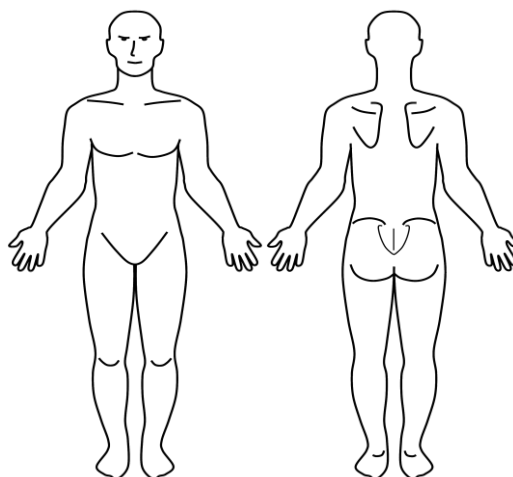
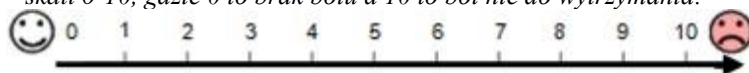
3. Aktualne dolegliwości.

Proszę o podanie miejsca, w którym zlokalizowane są Pani/Pana **główne** dolegliwości, z jakimi zgłosiła się Pani/Pan na rehabilitację w ramach Programu (jeśli jest więcej takich miejsc, proszę zaznaczyć **maksymalnie dwa najważniejsze**).
Proszę również zaznaczyć te miejsca na rysunku obok.

Główne miejsce dolegliwości:

Nasilenie dolegliwości.

Proszę zaznaczyć/podać intensywność bólu używając umownej skali 0-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania:



4. Po rehabilitacji **osobiście czuję się**: ☐ lepiej ☐ gorzej ☐ bez zmian

5. **Zaburzenia funkcji.** Poniższe pytanie pozwoli dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana aktualną sprawność funkcjonowania w życiu codziennym (zgodnie z Pani/Pana odczuciem) - w przeciągu ostatniego tygodnia.

Ubieranie się i dbanie o wygląd

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

- ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików?
- umyć samodzielnie włosy?

Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolna/y do zrobienia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy przy danej czynności potrzebna jest pomoc?

Sprzęt? (np. laska, chodzik)	Innej osoby?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wstawanie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

- wstać z krzesła bez poręczy?
- położyć się do łóżka i wstać?

Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolna/y do zrobienia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprzęt? (np. laska, chodzik)	Innej osoby?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jedzenie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

- pokroić mięso na talerzu?
- podnieść pełną szklankę do ust?
- otworzyć nowy karton mleka?

Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolna/y do zrobienia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprzęt? (np. laska, chodzik)	Innej osoby?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chodzenie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

- chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?
- wejść po pięciu schodach?

Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolna/y do zrobienia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprzęt? (np. laska, chodzik)	Innej osoby?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolna/y do zrobienia	Czy przy danej czynności potrzebna jest pomoc?	
					Sprzęt? (np. uchwyt)	Innej osoby?
Higiena						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
umyć się i wytrzeć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wykąpać się w wannie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usiąść na sedesie i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sięganie						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
sięgnąć po ok. 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schylić się aby podnieść odzież z podłogi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chwytnie						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
otworzyć drzwi w samochodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
odkręcić i zakręcić kran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czynności różne						
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:						
załatwiać różne sprawy, robić zakupy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wsiąść do samochodu i wysiąść?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wykonywać prace domowe np.: odkurzanie, prace w ogrodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Aktualne leczenie (dotyczy problemu zdrowotnego, z którym Pani/Pan zgłosił/a się na rehabilitację)

Zażywam leki: ☐ przeciwbólowe ☐ rozluźniające ☐ nasenne
☐ inne leki ☐ nie zażywam leków
 Dzięki rehabilitacji możliwe było: ☐ odstawienie leków ☐ zmniejszenie leków ☐ bez zmian

7. Aktywność fizyczna

Aktualnie, w porównaniu ze stanem przed rehabilitacją, uprawiam sport rekreacyjny:
☐ częściej ☐ rzadziej (..... razy w tygodniu / miesiącu) ☐ bez zmian

8. Aktywność zawodowa

Udział w Programie rehabilitacji pozwolił mi na: ☐ podjęcie/powrót do pracy ☐ bez zmian

9. Nabyte umiejętności i wiedza w zakresie zapobiegania nawrotom problemu zdrowotnego

Dzięki informacjom uzyskanym w trakcie rehabilitacji nauczyłam/em się jak zapobiegać nawrotom dolegliwości oraz wykonywać pracę i czynności codzienne w sposób ergonomiczny: ☐ TAK ☐ NIE
 Pomocna w tym zakresie była: ☐ porada rehabilitacyjna ☐ porada medycyny pracy ☐ szkolenie

Dziękujemy za wypełnienie ankiety !

*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

Załącznik 11a

LISTA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA/TRENINGU PSYCHOLOGICZNEGO
w dniu

Temat szkolenia:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Podpis

.....
podpis i pieczęć koordynatora Programu

LISTA KONTROLNA DO OCENY WIEDZY PROZDROWOTNEJ UCZESTNIKA

Niniejsza lista kontrolna stanowi ramy dla tworzenia zestawów pytań dla oceny wiedzy uczestnika w wyszczególnionych niżej obszarach. Sugeruje się, aby zestaw pytań zawierał 10-20 pytań zamkniętych – z dopasowanym zestawem 4 odpowiedzi, z których tylko jedna jest poprawna. Poziom trudności pytań musi uwzględniać bardzo zróżnicowany poziom wykształcenia, wiedzy ogólnej, przygotowania zawodowego badanych. Z jednej strony więc nie mogą to być pytania wymagające fachowej wiedzy medycznej, z drugiej jednak strony, prócz celu sprawdzającego, powinny nieść ze sobą przekaz wzbogacający wiedzę prozdrowotną badanej osoby.

Aby ocenić zwiększenie wiedzy w efekcie działań podjętych w programie (prócz szkolenia może temu służyć także konsultacja wstępna, konsultacja lekarza medycyny pracy, czy interakcja podczas prowadzenia właściwej rehabilitacji), należałoby ten sam zestaw pytań zastosować u danej osoby zarówno na początku, jak i na koniec rehabilitacji (pre- i post-test).

Oczekuje się, że wiedza uczestnika osiągnie w ocenianym zakresie wynik co najmniej dobry, tzn. uzyska on co najmniej 70% odpowiedzi poprawnych w badaniu końcowym (warunek 1 dla uznania, że uzyskana została odpowiednio wysoka wiedza zdrowotna). Oczekiwany jest, co prawda progres wiedzy, tzn. poprawa wyniku w post-teście względem pre-testu (warunek 2), nie wydaje się jednak właściwe określanie minimalnego stopnia poprawy (np. poprawa o 40%). Może się bowiem zdarzyć, że osoba przystępująca do programu ma już na wstępie bardzo wysoki poziom wiedzy prozdrowotnej (pracownik medyczny, sportowiec, trener sportowy) i osiąga w pre-teście wynik znacznie powyżej 70%, np. 90%. Wówczas nawet poprawa wyniku o kilka procent ma znaczenie.

Istotne jest ostatecznie, czy uczestnik kończący program rehabilitacyjny dysponuje wiedzą zdrowotną w stopniu co najmniej dobrym ($\geq 70\%$ prawidłowych odpowiedzi w teście końcowym) i czy sam program pomógł tą wiedzę pogłębić (wynik testu końcowego lepszy niż początkowego). Taki rezultat można uznać za odpowiadający celowi szczegółowemu II.2.4).

Test wiedzy powinien uwzględniać następujące obszary problemowe:

- 1) Ogólna wiedza o zdrowiu i jego determinantach.
- 2) Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych.
- 3) Zdrowa aktywność rekreacyjna i zdrowa dieta.
- 4) Schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związane z wykonywaną pracą, w tym ich czynniki ryzyka.
- 5) Ergonomia i profilaktyka zdrowotna w miejscu pracy.

Przykładowy zestaw pytań może wyglądać następująco (podkreślono prawidłowe odpowiedzi):

Imię i nazwisko uczestnika projektu

Data przeprowadzenia testu Test nr 1 / 2

Pyt. 1. Utrzymanie dobrego zdrowia zależy od wielu czynników (zwanych także determinantami zdrowia), zarówno wewnętrznych (jak dziedziczona skłonność do pewnych chorób), jak i zewnętrznych (jak zanieczyszczenie powietrza, nałogi, zły dostęp do opieki zdrowotnej lub jej nieodpowiednia jakość).

Komentarz / źródła

Zdrowie człowieka uwarunkowane jest przez: styl życia – wpływ 53%, środowisko fizyczne - 21%, czynniki genetyczne – 16%, a 10% wpływ ma opieka zdrowotna.

Który spośród 4 głównych obszarów grupujących czynniki ryzyka (determinant zdrowia) ma największy wpływ na nasze zdrowie?

- a) styl życia (m.in. aktywność fizyczna, tryb pracy, odżywianie, związana z tym otyłość, podwyższenie cholesterolu, umiejętność radzenia sobie ze stresem, nałogi: papierosy, alkohol, nadużywanie leków)
- b) czynniki środowiskowe (zanieczyszczenie środowiska, stres, przemoc, zła jakość wody, powietrza, hałas, czynniki szkodliwe w miejscu pracy),
- c) czynniki genetyczne (predyspozycje genetyczne, zaburzenia i wady wrodzone)
- d) opieka medyczna (jej dostępność, jakość).

Pyt. 2. Istotnym czynnikiem obciążającym dla naszego zdrowia jest waga ciała, a w zasadzie jej stosunek do wzrostu – przeliczane często na wskaźnik BMI. Ryzyko chorób rośnie zarówno przy za niskim, jak i przy zbyt wysokim BMI. Ryzyko śmierci zwiększa się natomiast bardzo wyraźnie w otyłości (szacuje się, że w otyłości olbrzymiej życie skraca się o 8-10 lat). Od jakiego poziomu BMI stwierdzamy już otyłość?

- a) od 18,5 wzwyż,
- b) od 25,
- c) od 30,
- d) od 40.

Pyt. 3. Choroby cywilizacyjne, takie jak cukrzyca, otyłość, nadciśnienie, niektóre zaburzenia przewodu pokarmowego (np. choroba wrzodowa) czy funkcjonowania psychicznego (zaburzenia lękowe, nerwicowe) wpływają bardzo znacząco na pogorszenie jakości życia i wzrost śmiertelności. Które połączenie działań najlepiej posłuży, aby zmniejszyć ryzyko chorób cywilizacyjnych?

- a) regularne popijanie alkoholu, dieta wysokobiałkowa, długi sen,
- b) umiarkowana aktywność fizyczna, zbilansowana dieta, łagodzenie stresu,
- c) częste badania medyczne, w tym prześwietlenia płuc, rzucenie palenia, intensywne odchudzanie
- d) wyczynowe uprawianie sportu, dieta ektogeniczna, unikanie leków.

Pyt. 4. Regularna, rekreacyjna aktywność fizyczna wpływa korzystnie na jakość życia i zmniejsza znacznie ryzyko chorób cywilizacyjnych. Aktualne zalecenia mówią, że osoba w wieku 18-64 lat powinna dla optymalnego efektu wykonywać aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności (gimnastyka, rower, długi spacer itp.) przez:

- a) 15-30 minut tygodniowo,
- b) 45-60 minut tygodniowo,
- c) 90-120 minut tygodniowo,
- d) 150-300 minut tygodniowo.

Pyt. 5. Przy wykonywaniu rekreacyjnej aktywności fizycznej ważne jest łączenie elementów ćwiczeń rozciągających, siłowych oraz wytrzymałościowych, a w starszym wieku także ćwiczeń równowagi. Która z podanych niżej wybranych form aktywności rekreacyjnej wydaje się Pani/Panu w tym kontekście optymalna?

- a) pływanie,
- b) sezonowa jazda na nartach,
- c) masaż wodny w jacuzzi,
- d) prace w ogródku.

(pola zdrowia Lalonda;
<http://ipz.org.pl/uwarunkowania-zdrowia/>)

Celowe mogą być pytania o znajomość modyfikowalnych czynników determinujących zdrowie, lub czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych

<https://pulsmedycyny.pl/wysokie-bmi-o-wiele-bardziej-zwieksza-ryzyko-smierci-niz-sadzono-badanie-1179357>

<https://www.mp.pl/pacjent/dieta/odchudzanie/wprowadzenie/115230.konsekwencje-otylosci>

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/choroby-cywilizacyjne>

<https://ncez.pzh.gov.pl/aktywnosc-fizyczna/nowe-zalecenia-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej/>

Można konstruować pytania dotyczące np. zalecanego tętna (intensywności, odczuwanego zmęczenia) przy wysiłku aerobowym, czy przeciwwskazań do aktywności fizycznej (co może być przeciwwskazanie, albo co nim nie jest).

Pyt. 6. Na warunki pracy składa się cały zespół czynników związanych z zagrożeniami biologicznymi, chemicznymi, fizycznymi, a także ze sposobem wykonywania pracy. Poprawą tych warunków zajmuje się obszerna dziedzina wiedzy zwana ergonomią. Które z poniższych określeń najlepiej odpowiada definicji i celowi ergonomii?

- a) Ergonomia to zestaw przepisów określających minimalne wymagania bezpieczeństwa w pracy,
- b) Ergonomia określa jakie są minimalne wymagania zdrowotne do wykonywania określonej pracy,
- c) Ergonomia zajmuje się zasadami konstrukcji maszyn i urządzeń stosowanych w pracy, aby ograniczyć ryzyko ciężkich wypadków,
- d) Ergonomia zajmuje się tworzeniem optymalnych warunków pracy, dostosowanych do możliwości i potrzeb fizjologicznych, psychicznych i społecznych człowieka.

Pyt. 7. Wykonywana praca, jej warunki, są istotne dla ryzyka powstawania chorób przeciążeniowych układu ruchu. Nie wszystkie jednak schorzenia, które kojarzą się nam przyczynowo z pracą, należą do chorób zawodowych określonych w przepisach prawa (lista chorób zawodowych zapisana w formie rozporządzenia). Ma to swoje konsekwencje przy orzekaniu do zdolności do pracy. Która z poniższych chorób, mimo częstego występowania, nie znajduje się na liście chorób zawodowych?

- a) zespół bólowy barku (przewlekłe zapalenie okołostawowe barku),
- b) łokieć tenisisty (przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej),
- c) zespół bólowy kręgosłupa,
- d) zmęczeniowe złamanie kości.

Pyt. 8. Przepisy BHP określają limity dla ręcznych prac transportowych, czyli dźwigania ciężarów - odrębnie dla mężczyzn i kobiet (jeszcze inaczej w ciąży). Jaki jest dopuszczalny ciężar dźwigania przy pracy dorywczej (tj. nie częściej niż 4 razy na godzinę, łącznie do 4 godzin na dobę)?

- a) do 30kg dla kobiet i 60 kg dla mężczyzn,
- b) do 20kg dla kobiet i 50 kg dla mężczyzn,
- c) do 12kg dla kobiet i 30 kg dla mężczyzn,
- d) do 5kg dla kobiet i 10 kg dla mężczyzn.

Pyt. 9. Jaki jest zgodnie z przepisami BHP dopuszczalny ciężar dźwigania przy pracy stałej (tj. częściej niż 4 razy na godz., lub powyżej 4 godz./dobę)?

- a) do 30kg dla kobiet i 60 kg dla mężczyzn,
- b) do 20kg dla kobiet i 50 kg dla mężczyzn,
- c) do 12kg dla kobiet i 30 kg dla mężczyzn,
- d) do 5kg dla kobiet i 10 kg dla mężczyzn.

Pyt. 10. Podczas pracy przy komputerze dominuje tzw. statyczne obciążenie układu ruchu, wynikające z długotrwałego zachowywania pozycji siedzącej, nierzadko z wymuszonym ułożeniem ciała. Czynnikiem czasu ma tu więc, prócz przyjętej pozycji, szczególne znaczenie dla występowania dolegliwości bólowych pleców, karku lub rąk. W związku z tym w przepisach BHP zapisano wymóg stosowania regularnych przerw w pracy przy monitorze. Jak często należy stosować taką przerwę i jak długo powinna trwać?

- a) co 4 godziny przerwa 20 minut,
- b) co 3 godziny przerwa 15 minut,
- c) co 4 godziny przerwa 10 minut,
- d) co godzinę przerwa 5 minut.

Publikacje CIOP, np.

<https://nop.ciop.pl/opracowane/M1-1.htm>

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (t.j. Dz.U. 2022 poz. 1836)

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz innych pracach związanych z wysiłkiem fizycznym (t.j. Dz.U. 2018 poz. 1139)

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz.U. 1998 nr 148 poz. 973), zmienione w 2023 r. (Dz.U. 2023 poz. 2367)

Załącznik 12

OPINIA NA TEMAT PROGRAMU
polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i
powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i
obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta jest **anonimowa** i ma na celu poznanie Pani/Pana opinii na temat *Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy*, w którym brała Pani/Pan udział. Udzielone przez Państwa odpowiedzi i uwagi dostarczą wskazówek służących do jeszcze lepszego przygotowania kolejnych przedsięwzięć dotyczących ochrony zdrowia, skierowanych do mieszkańców województwa lubuskiego i ułatwia wyeliminowanie elementów nieprawidłowych.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X

1. Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ 2. Wiek:
3. Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z przebiegu realizacji Programu?
Tak, bardzo ☐ w zasadzie ☐ Raczej ☐ Zdecydowanie nie ☐ Nie mam ☐
tak nie zdania
Jeżeli nie, to proszę podać z jakiego powodu:
.....
4. Czy uważa Pani/Pan, że niniejszy Program polityki zdrowotnej (bezpłatne świadczenia rehabilitacji medycznej w zakresie schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowane do osób pracujących i powracających do pracy) odpowiada na potrzeby mieszkańców naszego województwa?
Tak, bardzo ☐ w zasadzie ☐ Raczej ☐ Zdecydowanie nie ☐ Nie mam ☐
tak nie zdania
Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie:
.....
5. Czy uważa Pani/Pan, że zakres udzielanych świadczeń był wystarczający?
Tak, z ☐ w zasadzie ☐ Raczej ☐ Zdecydowanie nie ☐ Nie mam ☐
pewnością tak nie zdania
Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie:
.....
6. Czy uważa Pani/Pan, że jakość udzielanych świadczeń był wystarczająca?
Tak, z ☐ w zasadzie ☐ Raczej ☐ Zdecydowanie nie ☐ Nie mam ☐
pewnością tak nie zdania
Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie:
.....

7. Czy uważa Pani/Pan, że dodatkowe świadczenia (konsultacja psychologiczna, lekarza medycyny pracy, szkolenie tematyczne – jeśli Pani/Pan z nich korzystał) były przydatne?
Tak, ☐ w zasadzie ☐ Raczej ☐ Zdecydowanie nie ☐ Nie mam ☐
bardzo tak nie zdania
Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie:
8. Czy wzięłaby/wziąłby Pani/Pan udział w kolejnym Programie polityki zdrowotnej?
Tak, z ☐ To zależy ☐ Raczej ☐ Zdecydowanie nie ☐ Nie mam ☐
pewnością nie zdania
Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie:
9. Czy Poleciałaby /poleciłby Pani/Pan udział w podobnym Programie polityki zdrowotnej innym osobom?
Tak, z ☐ To zależy ☐ Raczej ☐ Zdecydowanie nie ☐ Nie mam ☐
pewnością nie zdania
Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie:
10. Jak dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o Programie?

Uwagi własne uczestnika Programu:

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Załącznik 13

KARTA UCZESTNIKA PROGRAMU

w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Imię i nazwisko uczestnika: wiek

Informacje dotyczące problemu zdrowotnego będącego przedmiotem rehabilitacji:

Rozpoznanie:

Lokalizacja dolegliwości:

Ocena zmian w przebiegu rehabilitacji:

	Ból (w skali VAS)	Potrzeba zażywania leków	Ocena funkcji (punkty HAQ)	Aktywność fizyczna	Wiedza i umiejętności z zakresu profilaktyki	Subiektywna poprawa
Stan początkowy						
Stan końcowy						
Poprawa? (tak / nie / bz)						

Odbyte cykle rehabilitacji:

Czas oczekiwania na pierwszy cykl rehabilitacji: dni/tygodni

Daty rozpoczęcia kolejnych cykli:

Łącznie: cykli.

Była to pierwsza rehabilitacja od roku: TAK / NIE

Inne świadczenia: ☐ porada medycyny pracy ☐ szkolenie ☐ porada psychologiczna ☐ porada dietetyka

Podjęcie pracy (osoby niepracujące przed reh.) w ciągu roku od rozpoczęcia rehabilitacji: TAK / NIE

Uwagi:

.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć koordynatora Programu

Załącznik 14

INFORMACJA O ODBYTEJ REHABILITACJI
w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób
pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu
ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Niniejszym zaświadcza się, że Pani/Pan:

imię i nazwisko: PESEL

adres zamieszkania:

korzystał w okresie ze świadczeń rehabilitacyjnych i uzupełniających w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Uczestnik Programu korzystał z rehabilitacji w związku z rozpoznaniem:

.....

Opinia dotycząca efektu rehabilitacji i dalsze zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia dotyczące potrzeb modyfikacji stanowiska pracy, informacje o ograniczeniach zawodowych, czy wskazaniach do dalszego zatrudnienia:

.....

.....

Prosimy o informację, jeśli w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji w Programie podejmie Pani/Pan pracę.

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza rehabilitacji medycznej

Załącznik 15

REJESTR OSÓB, KTÓRE ZGŁOSIŁY SIĘ DO UDZIAŁU W PROGRAMIE

..... rok trwania Programu – część 1. zestawienia

	liczba uczestników													
	liczba szkoleń													
liczba osób, które skorzystały porady	lekarza med. pracy													
	dietetyka													
	psychologa													
liczba przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych	masaż													
	kinezyterapia													
	fizykoterapia													
	liczba osób, które nie zakończyły rehabilitacji													
	liczba osób, które nie przystąpiły do działań oferowanych w Programie													
liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z powodu:	inny powód													
	reh. ze śr.publ. <6 m-cy temu													
	brak schorz.													
	nietakt. zaw.													
	miejsce zam.													
	liczba osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w Programie													
	liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie													
Kolejny miesiąc trwania Programu		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11	12.	Łącznie:

.....
podpis i pieczęć koordynatora Programu

..... rok trwania Programu – część 2. zestawienia

liczba osób, które zostały skierowane na rehabilitację w ramach Programu z podziałem na grupy wiekowe	60+													
	50-59 lat													
	40-49 lat													
	30-39 lat													
	do 29 rż.													
liczba osób, które zostały skierowane na rehabilitację w ramach Programu z podziałem ze względu na rodzaj schorzenia kwalifikującego do rehabilitacji	1. zap. ścięgien													
	2. uszk. mięśni													
	3. łokieć tenisisty/golfisty													
	4. zap. kaletki													
	5. uszk. łokotki													
	6. zesp. bolesnego barku													
	7. przec. uszk. str. stawowych													
	8. przeciąż. zab. tk. miękkich													
	9. zespoły ból. kręgosłupa													
	10. mononeuropatie z ucisku													
	11. zespół wibracyjny													
	12. Przeciąż. uszk. kości													
	13. choroba dekompresyjna													
	14. ch. zakażne z obj. kostno-st.													
	15. wypadki w zatrudnieniu													
Kolejny miesiąc trwania Programu	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11	12	Łącznie:	

.....
podpis i pieczęć koordynatora Programu

Załącznik 16

ZBIORCZA OCENA EFEKTÓW REHABILITACJI W PROGRAMIE

..... rok trwania Programu

Kolejny miesiąc trwania Programu	liczba osób, które uczestników włączonych do Programu w danym miesiącu	liczba osób, które korzystają z rehabilitacji do raz pierwszy od roku	liczba osób, które oczekiwały na rehabilitację w ramach Programu nie więcej niż 4 tyg.	liczba osób, które w efekcie rehabilitacji doznały poprawy w zakresie				liczba osób, które powróciły do pracy / podjęły pracę w przedziale roku od zakończenia rehabilitacji	liczba osób, które poprawiły swoją wiedzę nt. problemu zdrowotnego	liczba osób, które zwiększyły swoją aktywność fizyczną
				dolegliwości (ból VAS)	funkcji (punkty HAQ)	redukcji leków	subiektywna poprawa			
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
Łącznie:										

.....
podpis i pieczęć koordynatora Programu