



AKCEPTUJĘ

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

**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: 2018-2023**

**Podstawa prawna:** art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434)

**Opracowanie Programu:**  
Departament Ochrony Zdrowia  
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego  
w Zielonej Górze

**Miejsce i data opracowania:**  
Zielona Góra, luty 2018

## 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	13
3.	Opis obecnego postępowania	25
4.	Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	26
II.	CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI	29
1.	Cel główny	29
2.	Cele szczegółowe	29
3.	Oczekiwane efekty	30
4.	Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	32
III.	CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	33
1.	Populacja docelowa	33
2.	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	37
3.	Planowane interwencje	39
4.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	44
5.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	46

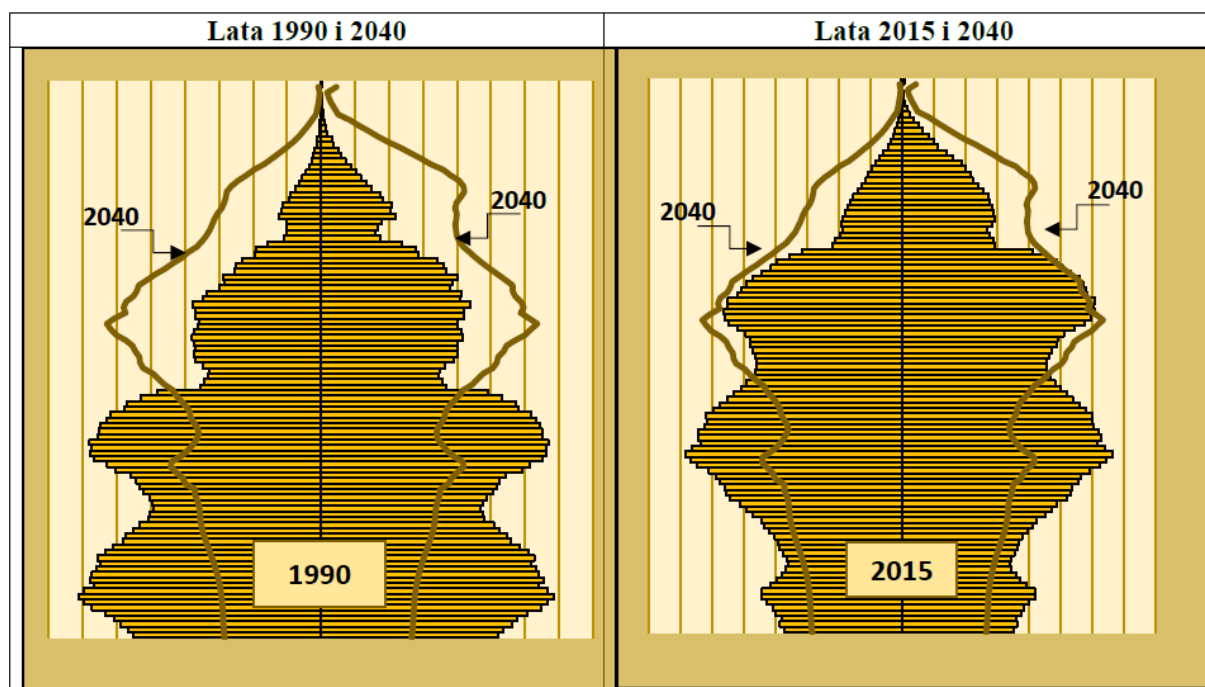
IV.	ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	47
1.	Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	48
2.	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	56
V.	SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	58
1.	Monitorowanie	58
2.	Ewaluacja	59
VI.	BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	61
1.	Koszty jednostkowe	61
2.	Koszty całkowite	64
3.	Źródła finansowania	64
VII.	BIBLIOGRAFIA	65
VIII.	SPIS TABEL	68
IX.	SPIS RYCIN	68
X.	ZAŁĄCZNIKI	69

## I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

### 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 osób w wieku aktywności zawodowej<sup>1</sup> jest szczególnie istotny w kontekście obserwowanych trendów demograficznych w tej populacji.

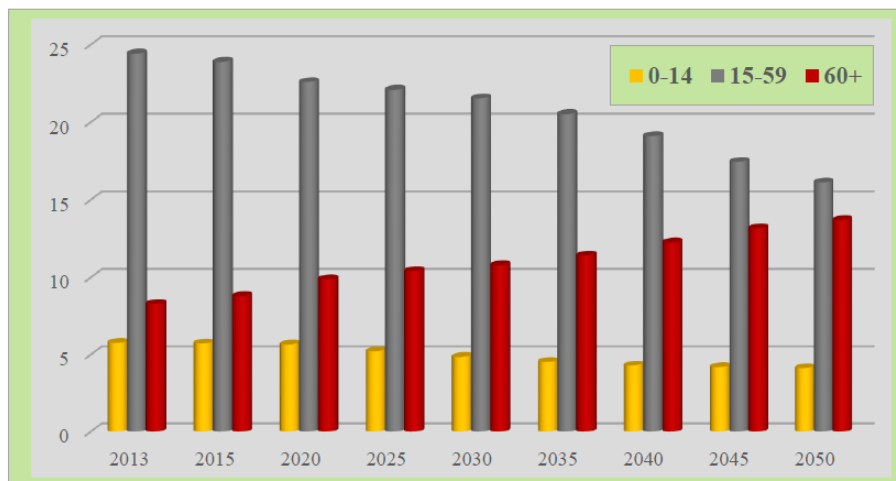
Obserwowane w ostatnim ćwierćwieczu w Polsce trendy demograficzne wskazują na postępujące starzenie się ludności. Konsekwencje społeczno-zdrowotne tych zmian, związane z nimi szanse i wyzwania rozwoju regionalnego w kontekście zmian demograficznych Europy są przedmiotem szczególnej uwagi w wielu państwach 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]. Zwraca uwagę fakt, iż według prognoz trend do starzenia się społeczeństwa polskiego (zwięźanie podstawy piramidy wieku na rzecz poszerzania w zakresie starszych grup wiekowych) obserwowany wyraźnie w przeciągu ostatnich 25 lat (tu analiza za okres 1990-2015), będzie kontynuowany w kolejnych 25 latach, zaznaczającą się w grupie wiekowej 50+ przewagą kobiet nad mężczyznami (Ryc. 1).



Ryc.1. Piramidy wieku ludności dla lat 1990, 2015 i 2040 (źródło: GUS [1])

<sup>1</sup> Osoba w wieku aktywności zawodowej – aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej; zgodnie z metodologią stosowaną w ramach przeprowadzanego przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem. O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia.

Zgodnie z prognozą demograficzną GUS, do 2050 r. nastąpi znaczne zmniejszenie liczby osób w wieku 15-59 lat, a jednocześnie zwiększenie liczby osób w wieku 60+ [2,3] (Ryc. 2). Do końca okresu prognozy spodziewany jest przyrost odsetka ludności w wieku 60+ o prawie 19 %. Tym samym udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski zwiększy się z 21,5% w 2013 r. (8,3 mln) do 40,4% (13,7 mln) w roku 2050.



Ryc.2. Prognozowana liczba ludności według wybranych grup wieku (w mln) (źródło: GUS [2])

**Istotnym skutkiem tych zmian będzie również starzenie się populacji osób aktywnych zawodowo.** Wobec niskiej liczby narodzin w ostatnich latach (mimo zauważalnego w 2010 wyżu, ale jednak znacznie mniejszego niż w poprzednich generacjach) wsparcie populacji pracującej osobami młodymi będzie niewystarczające [1]. Według prognoz zmiany w strukturze ludności w wieku produkcyjnym będą polegać na zwiększeniu liczby osób w wieku niemobilnym<sup>2</sup>, co spowoduje w przyszłości zmniejszenie się zasobów pracy, a w konsekwencji pogorszenie podaży siły roboczej na rynku pracy w Polsce [4].

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 chorób przewlekłych – w grupie 40-49 lat na jednego Polaka/Polkę przypada średnio 1,4 schorzenia przewlekłe, w grupie 50-59 lat średnio 2,3, a w grupie 60-69 lat już średnio 3,1 chorób przewlekłych [2,5]. Wymagają one 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. Rehabilitacja medyczna przynosi szczególnie korzystne efekty w przypadku schorzeń układu ruchu, których częstość wzrasta z wiekiem, a które dominują wyraźnie w starszej populacji (w grupie 60+ 40% skarży się na bóle pleców, 40% – bóle stawów, 29% – bóle karku) [2]. 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.

<sup>2</sup> 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 nie są już chętne do zmiany miejsca pracy, doksztalcania lub przekwalifikowania się w celu zmiany stanowiska.

Dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego są zresztą najczęstszymi problemami zdrowotnymi osób dorosłych. Wśród tych problemów na pierwszym miejscu wymienia się bóle dolnej partii pleców (co czwarta dorosła kobieta i co piąty mężczyzna), a w następnej kolejności, tuż po nadciśnieniu tętniczym, zgłaszane są bóle szyi lub środkowej partii pleców (u co 6 osoby) oraz choroba zwyrodnieniowa stawów (15%). Schorzenia narządu ruchu są najczęstszym problemem zdrowotnym w grupie dorosłych osób niesprawnych biologicznie (występują u 59%; dane dla Polski z 2014 r.) [5]. 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%) [3]. Województwo lubuskie należy do grupy 4 województw z największym odsetkiem niepełnosprawności biologicznej według kryterium unijnego – 23% [5]. Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wyraźnie wraz z wiekiem, począwszy od 30 r.ż., a szczególnie dynamicznie po ukończeniu 50 roku życia. 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 [6].

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 unijnego<sup>3</sup> [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, karty parkingowej, lepszej pracy...).

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 organizmu” [7]. Niestety bowiem standardowa praca zarobkowa nie pozwala na jej

---

<sup>3</sup> rekomendowany standard europejski zakłada przy badaniu niepełnosprawności jednolite unijne pytanie: „Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan/i ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy?”. Oczekiwany jest wybór 1 z 3 odpowiedzi:

- Tak, poważnie ograniczoną
- Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie
- Nie, nie miałem/łam żadnych ograniczeń.



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)[8]. Związane są one z elementami projektowania pracy i zarządzaniem, i mogą mieć niezależny, lub interakcyjny wpływ na rozwój dolegliwości mięśniowo-szkieletowych [9]. Uzasadnia to potrzebę włączenia elementów o charakterze wsparcia psychologicznego do działań profilaktycznych i leczniczych (rehabilitacyjnych) kierowanych do tej grupy narażonych, 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 [9,10]. 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 długotrwanie 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 (długotrwanie 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) [11,12].

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.235<sup>1</sup> Kodeksu pracy [13], a zasady zgłaszania podejrzeń i rozpoznawania chorób zawodowych wraz z obowiązującymi wzorami druków określone zostały w odrębnych przepisach [14,15].

Aktualnie obowiązujący wykaz chorób zawodowych, będący załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych [14] 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. 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.

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

Tab.1. Punkty wykazu chorób zawodowych zawierające schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego [14]

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 [16]. Schorzenia te, dla odróżnienia od ścisłego pojęcia medyczno-prawnego, bywają określane pojęciem chorób parazawodowych [17]. 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 [18]. Pojęcia stosowane w literaturze anglojęzycznej: *repetitiv strain injury* (RSI; uszkodzenie z powtarzanego przeciążenia) [19,20], czy *cumulative trauma disorders* (zaburzenia związane ze skumulowanym urazem) [21], oddają natomiast najczęstszy mechanizm powstawania zmian patologicznych: 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.

Lp.	Nazwa patologii zawodowej
1.	zapalenie ścięgna i jego pochewki *), np. 1) zapalenie ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego 2) zapalenie ze zwłóknieniem wspólnej pochewki ścięgien długiego odwodziciela i prostownika krótkiego kciuka (choroba de Quervain'a) 3) zapalenie pochewek ścięgien zginaczy i prostowników nadgarstka 4) palec trzaskający (najczęściej jako skutek zapalenia zginacza długiego kciuka lub zginacza powierzchownego palców ręki)
2.	zapalenie kaletki maziowej *) (najczęściej dotyczy kaletek okolicy stawu kolanowego, łokciowego, czy barkowego)
3.	uszkodzenie łąkotki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej *)
4.	zapalenie okołostawowe barku (zespół bolesnego barku) *)
5.	zapalenie nadkłykcia kości ramiennej (łokieć tenisisty lub łokieć golfisty) *)
6.	zmęczeniowe złamanie kości *) (głównie w obrębie kości kończyn dolnych – w kości piszczelowej, kościach śródstopia, trzonie kości udowej, kości strzałkowej)
7.	Mononeuropatie obwodowe z ucisku *): 1) uszkodzenie nerwu pośrodkowego (zespół cieśni w obrębie nadgarstka) 2) uszkodzenie nerwu łokciowego (zespół rowka nerwu łokciowego lub zespół kanału de Guyona) 3) uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej 4) uszkodzenie nerwu piszczelowego w zespole kanału skokowego i inne neuropatie obwodowe z ucisku nie mieszczące się w wykazie chorób zawodowych
8.	zespół wibracyjny: postać naczyniowo-nerwowa, kostno-stawowa lub mieszana *)
9.	choroba dekompresyjna (wywołana pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego) - w postaci przewlekłej, z martwicą jałową kości *)
10.	Choroby zakaźne z objawami kostno-stawowymi (postać późna boreliozy, brucelloza) *)
11.	Zespoły bólowe kręgosłupa **) (w odcinku szyjnym, piersiowym lub lędźwiowo-krzyżowym)
12.	Zapalenie mięśni lub przyczepów ścięgnistych ***)
13.	Przewlekłe uszkodzenie torebki stawowej (np. w formie torbieli Bakera, barku zamrożonego; najczęściej towarzyszy innym patologiom zaw.)
14.	Martwica kości nadgarstka (najczęściej dotyczy kości księżycowatej - choroba Kienböcka, rzadziej kości łódeczkowatej - choroba Preisera, czy innych kości nadgarstka)
15.	Skutki wypadków przy pracy, a także w drodze do lub z pracy (a więc również związane z zatrudnieniem)

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

\*) w formie przewlekłej może być podstawą rozpoznania choroby zawodowej – po wykazaniu istotnego narażenia zawodowego

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

\*\*\*) taki charakter ma także „łokieć tenisisty” lub „łokieć golfisty”, jednak ze względu na specyficzne objawy te entezopatie zostały wymienione osobno

Należy zauważyć, iż w pojęciu „schorzenia spowodowane sposobem wykonywania pracy” mieści się szczególne 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 [17,22]. 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.

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) oraz 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).

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 opóźnienia tego procesu (5,5%) [24]. 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” [25]. Ich wsparcie wobec osób z problemem zdrowotnym wymagającym usprawnienia jest jednak mocno ograniczone.

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) [26]. Rehabilitacja medyczna jest natomiast postępowaniem nieinwazyjnym (bezpieczeństwo) i koncentruje się na efekcie funkcjonalnym (poprawa sprawności, ewentualnie adaptacja do niepełnosprawności) [26,27,28,29]. 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. 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 podoстрыm przebiegu, gdzie każda zwłoka czasowa w podjęciu usprawnienia 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 stricte 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.

## 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 [30,31,32]. Zgodnie z ostatnim, szóstym już Europejskim Badaniem Warunków Pracy [32] 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. 3).



Ryc.3. Problemy zdrowotne wg grup zawodowych w krajach Unii Europejskiej EU28 (źródło: EWCS [32])

Badanie to ujawnia 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).



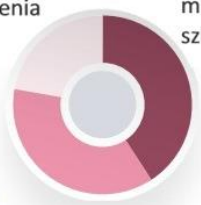
Opracowania dotyczące problemów zdrowotnych populacji pracującej na terenie Wielkiej Brytanii również wskazują na dominującą rolę zaburzeń mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą (*Work-related Musculoskeletal Disorders, WRMSDs*). Zależnie od przyjętej metody badania zaburzenia z tej grupy stanowiły 41% (wg metodyki LFS) / 50% (wg metodyki THOR-GP) ogółu problemów zdrowotnych – dane za 2015/2016 (Ryc.4) [33]. 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 [34]. 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 zmiennie wzrasta wraz z wiekiem pracowników (Ryc.5).

#### przypadki nowe

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

**22%**

inne  
schorzenia



**37%**

stres, depresja  
zaburzenia lękowe

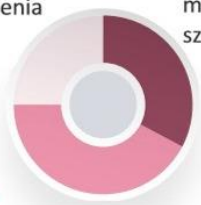
**41%**

zaburzenia  
mięśniowo-  
szkieletowe

przypadki nowe:  
raportowanie własne  
2015/16 (LFS)

**25%**

inne  
schorzenia



**42%**

stres, depresja  
zaburzenia lękowe

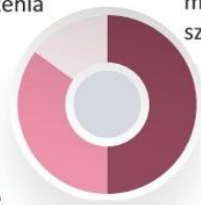
**33%**

zaburzenia  
mięśniowo-  
szkieletowe

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

**15%**

inne  
schorzenia



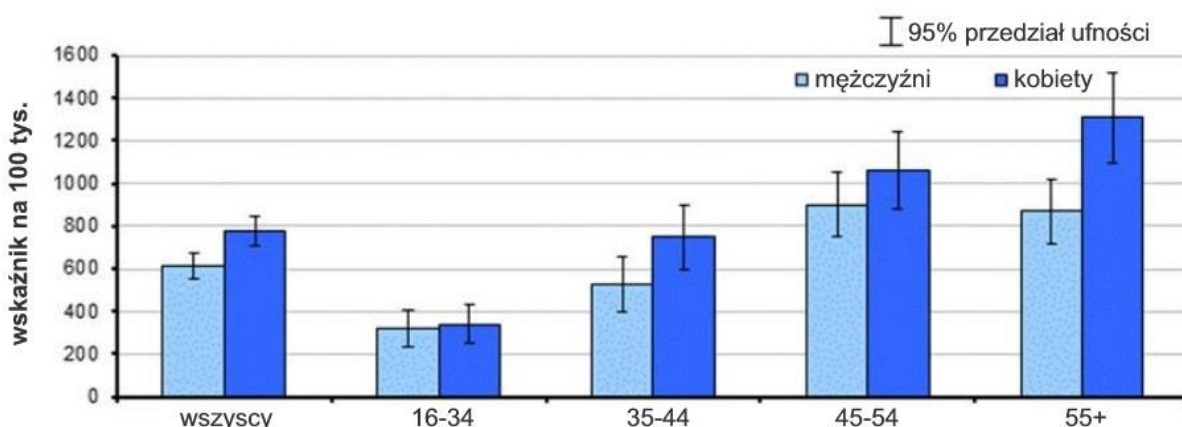
**35%**

stres, depresja  
zaburzenia lękowe

**50%**

zaburzenia  
mięśniowo-  
szkieletowe

Ryc.4. Rodzaje problemów zdrowotnych związanych z pracą - Wielka Brytania 2015/16 (źródło: HSE [33])

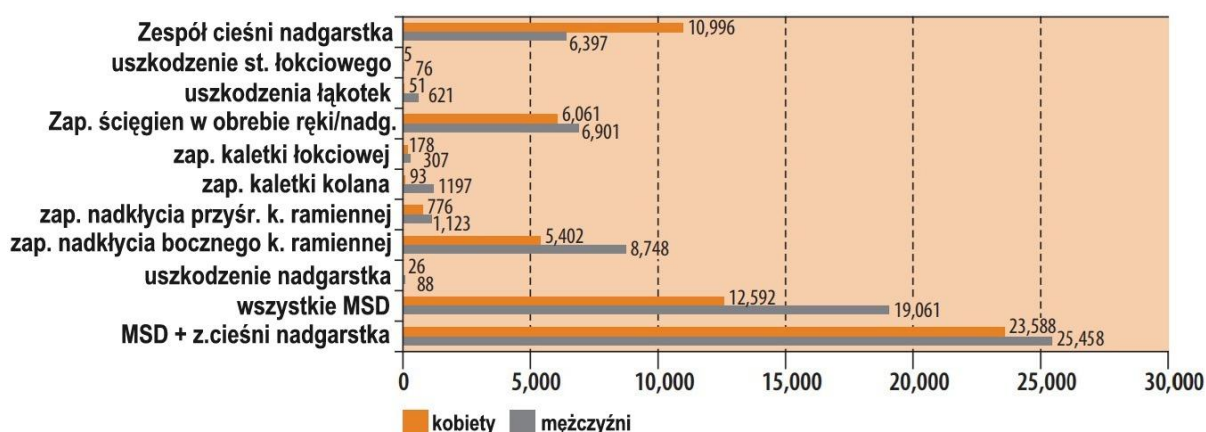


Ryc.5. Zgłaszalność własna zaburzeń mięśniowo-szkieletowych o etiologii głównie zawodowej zależnie od płci i wieku, u osób zatrudnionych co najmniej przez 12 miesięcy - Wielka Brytania, wartości uśrednione 2013/14-2015/16 (źródło: HSE [34])



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 [35]. Opracowania australijskie za 5-letni okres obserwacji (2009/10 – 2013/14) wykazały zgłaszalność poważnych problemów mięśniowo-szkieletowych u pracowników na poziomie 360 tys. [36]. 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 [37] 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) [38]. Jego częstość jest około dwukrotnie większa u kobiet i rośnie z wiekiem [39]. Według danych europejskich natomiast zespół cieśni nadgarstka jest relatywnie częstym problemem osób pracujących, szczególnie kobiet (niemal dwukrotnie częściej, Ryc.6 – uwaga: zestawienie to nie obejmuje zespołów bólowych kręgosłupa) i obserwuje się tendencję wzrostową w jego zapadalności [40].



Ryc.6. Całkowita liczba zaburzeń mięśniowo-szkieletowych (MSD) i zespołów cieśni nadgarstka. EU15, oprócz Niemiec, Grecji i Irlandii, 2005 (źródło: EODS [40])

## b) Dane epidemiologiczne: Polska

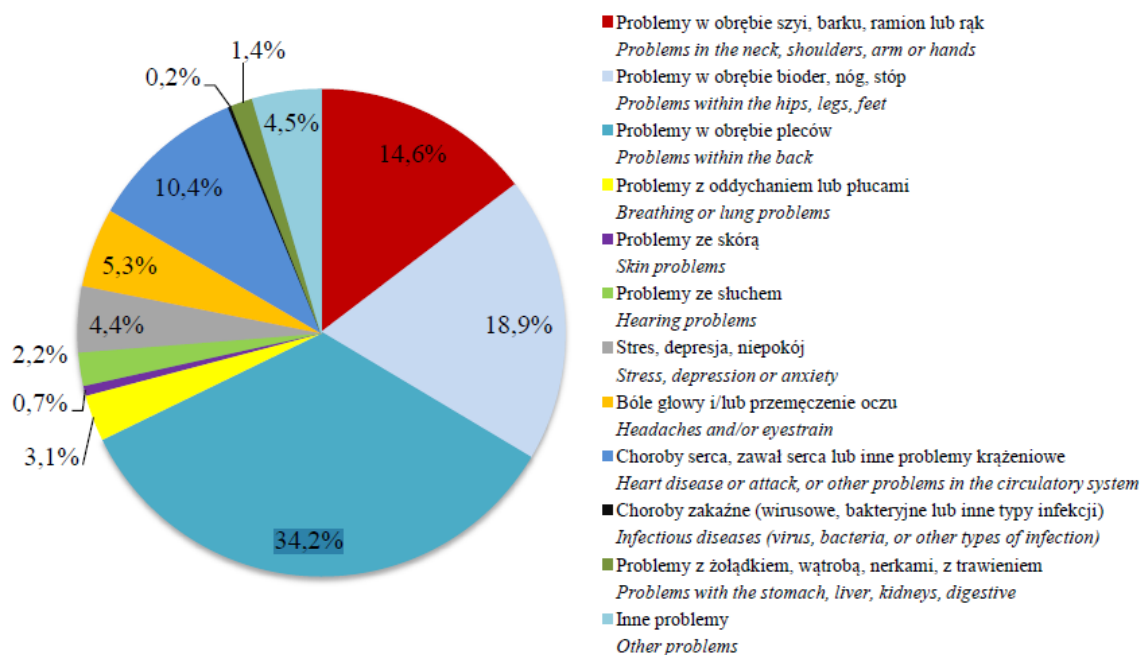
W populacji polskiej dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego są najczęstszymi problemami zdrowotnymi osób dorosłych, co przekłada się w dużym stopniu również na charakterystykę chorobową populacji pracującej. Wśród tych problemów na pierwszym miejscu wymienia się bóle dolnej partii pleców (co czwarta dorosła kobieta i co piąty mężczyzna), a w następnej kolejności, tuż po nadciśnieniu tętniczym, zgłaszane są bóle szyi lub środkowej partii pleców (u co 6 osoby) oraz choroba zwyrodnieniowa stawów (15%) [5]. Częstość dolegliwości według lokalizacji w obrębie narządu ruchu wykazuje przy tym wyraźne różnice zależnie od płci (Tabela 3.). Częstość schorzeń układu ruchu wzrasta z wiekiem i dominują one wyraźnie w starszej populacji (w grupie 60+ 40% skarży się na bóle pleców, 40% – bóle stawów, 29% – bóle karku) [2]. Schorzenia narządu ruchu są najczęstszym problemem zdrowotnym w grupie dorosłych osób niesprawnych biologicznie (występują u 59%; dane dla Polski z 2014 r.) [5]. Niepełnosprawność biologiczna nie jest jednak tylko domeną osób starszych. Niepełnosprawni do 60 r.ż. stanowili w 2011 r. ponad 59% całej tej grupy [3]. Częstość występowania niepełnosprawności również wyraźnie rośnie wraz z wiekiem, począwszy od 30 r.ż., a szczególnie dynamicznie po ukończeniu 50 roku życia. Poziom niepełnosprawności biologicznej w Polsce w końcu 2014 r. w odniesieniu do populacji osób w wieku 15 lat i więcej wyniósł 23% i wykazuje nieznaczną tendencję spadkową. Jest to ciągle mniej niż średnia unijna (27%). Z drugiej strony choroba lub niesprawność jest jednym z głównych powodów bierności zawodowej (poza emeryturą, kontynuowaniem nauki, czy sprawowaniem obowiązków rodzinnych) wśród osób w wieku aktywności zawodowej. W 2014 r. niepełnosprawni stanowili 6% ogółu bezrobotnych (w lubuskim odsetek ten wyniósł 9,1%) [6].

<b>Mężczyźni</b>	<b>w %</b>	<b>Kobiety</b>	<b>w %</b>
<b>Bóle dolnej partii pleców</b>	21,2	<b>Bóle dolnej partii pleców</b>	28,4
Wysokie ciśnienie krwi	20,7	Wysokie ciśnienie krwi	25,2
<b>Bóle lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)</b>	13,0	<b>Bóle lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)</b>	21,0
<b>Bóle środkowej partii pleców</b>	12,9	<b>Choroba zwyrodnieniowa stawów</b>	19,6
<b>Choroba zwyrodnieniowa stawów</b>	10,3	<b>Bóle środkowej partii pleców</b>	19,0
Choroba wieńcowa	8,0	Silne bóle głowy (migrena)	13,2
Alergia	6,7	Choroby tarczycy	12,1
Cukrzyca	6,4	Alergia	10,4
Choroby prostaty	6,0	Choroba wieńcowa	9,8
Silne bóle głowy (migrena)	4,6	Cukrzyca	6,9

Tab.3. Dziesięć najczęściej występujących schorzeń przewlekłych u osób dorosłych (źródło: GUS [5])

Znaczna część dolegliwości układu ruchu wymienionych jako istotne problemy dorosłej populacji Polski w Tabeli 3. jest przyczynowo związana z wykonywaną pracą. W ramach analizy za 2013 r. [41] podano, iż 15,7% osób (pracujących obecnie lub w przeszłości) odczuwało dolegliwości związane z wykonywaną pracą, przy czym aż  $\frac{3}{4}$  tej grupy odczuwało ograniczenie w wykonywaniu codziennych czynności (odsetki te zwiększały się wraz

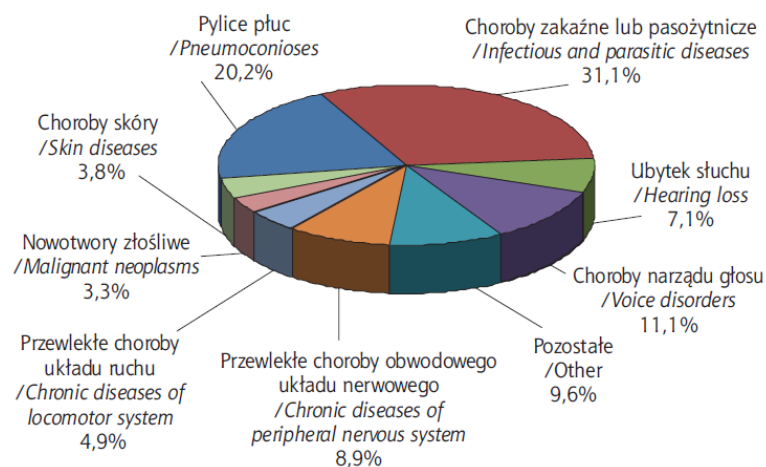
z podwyższaniem się kategorii wiekowej grupy). Do najczęściej podawanych dolegliwości związanych przyczynowo z wykonywaną pracą należały problemy układu kostno-stawowego: bóle pleców (34,2%), kończyn dolnych (18,9%) oraz szyi i kończyn górnych (14,6%). Pełne zestawienie problemów zdrowotnych przedstawiono na Ryc.7.



Ryc.7. Występowanie problemów zdrowotnych związanych z pracą według rodzajów najpoważniejszych problemów (źródło: GUS [41])

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), 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 2015 r. były to łącznie 2094 przypadki [43] a rok wcześniej 2351 przypadków [44]). Ich skutkiem jest często utrata możliwości kontynuacji pracy o dotychczasowym charakterze, a nierzadko również daleko sięgające ograniczenia w wykonywaniu innych prac. Osoby te wymagają szczególnego, kompleksowego wsparcia (koniecznie z fachowym poradnictwem medyczno-zawodowym ze strony medycyny pracy), jeśli rozważa się ich powrót do aktywności zawodowej. 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 2014 r. stwierdzono w liczbie 265 (11,3% wszystkich chorób zawodowych), a w 2015 r. już 289 (13,8% ogółu; zaznacza się więc tendencja wzrostowa jeżeli chodzi o udział tej grupy chorób zawodowych w rocznej całkowitej zgłaszalności). Na Ryc.8 przedstawiono procentowy rozkład chorób zawodowych w Polsce w 2015 r. według grup rozpoznai. W Tabelach 4 i 5 przedstawiono natomiast przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy (punkt 19 wykazu chorób zawodowych) oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy (punkt 20) w Polsce w 2015 r. z podziałem na jednostki chorobowe oraz specyfikacją według płci.

Ogółem: 2094 przypadków  
Total: 2094 cases



Ryc.8. Struktura chorób zawodowych w Polsce w 2015 r. (źródło: IMP w Łodzi [43])

Choroby układu ruchu /Diseases of locomotor system	Liczba przypadków /Number of cases			%		
	ogółem /total	mężczyźni /males	kobiety /females	ogółem /total	mężczyźni /males	kobiety /females
Ogółem /Total	103	44	59	100,0	100,0	100,0
Przewlekłe zapalenie ścięgna i pochewki /Tendovaginitis	21	5	16	20,4	11,4	27,1
Przewlekłe zapalenie kaletki maziowej /Bursitis	1	1	–	1,0	2,3	0
Przewlekłe uszkodzenie łąkotki /Lesion of meniscus	7	6	1	6,8	13,6	1,7
Przewlekłe zapalenie okołostawowe barku /Periarticular inflammation of shoulder joint	41	17	24	39,8	38,6	40,7
Przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej /Epicondylitis of shoulder bone	31	15	16	30,1	34,1	27,1
Zmęczeniowe złamanie kości /Fatigue-induced bone fracture	2	–	2	1,9	0	3,4

Tab.4. Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy w Polsce w 2015 r. (źródło: IMP w Łodzi [43])

Choroby obwodowego układu nerwowego /Diseases of peripheral nervous system	Liczba przypadków /Number of cases			%		
	ogółem /total	mężczyźni /males	kobiety /females	ogółem /total	mężczyźni /males	kobiety /females
Ogółem /Total	186	43	143	100,0	100,0	100,0
Zespół cieśni w obrębie nadgarstka /Carpal tunnel syndrome	179	41	138	96,2	95,3	96,5
Zespół rowka nerwu łokciowego /Groove of ulnar nerve syndrome	6	2	4	3,2	4,7	2,8
Zespół kanału de Guyona /Guyoni tunnel syndrome	1	–	1	0,6	0	0,7

Tab.5. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w Polsce w 2015 r. (źródło: IMP w Łodzi [43])

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 [45,46].



Ważną przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej są także skutki zdrowotne wypadków przy pracy. Według danych za 2013 r. na 139 tys. wypadków w pracy aż 65 tys. (46,8%) wiązała się z długotrwałą (ponad 1 miesiąc), lecz rokującą poprawę niezdolnością do pracy [41]. Około  $\frac{3}{4}$  wypadków leżało po stronie pracownika, co wskazuje na silną potrzebę edukacji prewencyjnej w tej grupie. Należy przy tym zauważyć, że 84% skutków urazów miało swoje umiejscowienie w układzie ruchu [42].

### 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 2013 r., województwo lubuskie należało do tych z największym rozpowszechnieniem dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą w stosunku do liczby badanych osób osiągając 22,4% (tylko w lubelskim odsetek ten był wyższy - 26,3%, przy czym w większości województw odsetek ten mieścił się najczęściej pomiędzy 11,4% a 15,0%) [41]. Według tej analizy, w przypadku województwa lubuskiego, na 728 tys. osób, które pracują, lub kiedykolwiek pracowały aż 163 tys. osób (22,4%) odczuwało dolegliwości związane z wykonywaną pracą (w skali kraju odsetek ten wynosił 15,7%). Z tej grupy 130 tys. osób (t.j. 4/5) odczuwało ograniczenie w wykonywaniu codziennych czynności (w skali kraju proporcja ta wynosiła 3/4), przy czym u 31 tys. było to ograniczenie znaczne. Na te 163 tys. Lubuszan, którzy odczuwali problemy zdrowotne spowodowane pracą, liczba dni niezdolności do pracy z powodu najpoważniejszej dolegliwości przekroczyła 2 tygodnie u 16 tys. osób (132 tys., osób mimo dolegliwości, obyło się w ciągu roku bez dnia zwolnienia chorobowego). Warto zauważyć, że 5 tys. osób przebywało na zwolnieniu co najmniej jeden miesiąc ale mniej niż trzy miesiące, a kolejne 5 tys. – ponad trzy miesiące.

Również w regionie lubuskim, podobnie jak w kraju, do najczęściej zgłaszanych dolegliwości związanych przyczynowo z wykonywaną pracą należały problemy z kośćmi, stawami lub mięśniami, osiągając następujące odsetki w stosunku do ogółu zgłaszanych problemów: bóle pleców 30,1% (49 tys. osób) wobec 34,2% w kraju; dolegliwości kończyn dolnych 20,9% (34 tys.) wobec 18,9% w kraju; dolegliwości szyi i kończyn górnych 14,1% (23 tys.) wobec 14,6% w kraju [41]. Dla porównania problemy krążeniowe związane z pracą zgłaszało w Lubuskim „jedyń” 19 tys. osób (11,6%), a problemy funkcjonowania psychicznego mające swój związek z pracą 8 tys. osób (4,9%).

Wynikająca w dużej mierze z tych problemów zdrowotnych niepełnosprawność biologiczna w grupie osób do 60 r.ż. według danych z 2011 r. osiągnęła w województwie lubuskim najwyższy w skali kraju odsetek: blisko 65% tej grupy wiekowej (średnia krajowa to 59%) [3]. Województwo lubuskie należy również do grupy 4 województw z największym odsetkiem niepełnosprawności biologicznej wg kryterium unijnego - 23% [5].

Odsetki osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych są 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%). Odnosząc te odsetki do danych dotyczących stanu ludności województwa lubuskiego wg grup wieku (dane z Banku Danych Lokalnych GUS, tu

również za 2014 r.) [60], można by wyliczyć wielkość populacji osób niepełnosprawnych w Lubuskim: było to 10 727 osób niepełnosprawnych na 198 644 osoby w przedziale wiekowym 15-29 lat, 26 410 osób niepełnosprawnych na 300 112 osoby w wieku 30-49 lat, 83 624 osoby niepełnosprawne na 276 902 ogółem w przedziale 50-69 lat oraz 46 117 osób na 89 897 osób ogółem w wieku 70 lat i więcej. W ten sposób można oszacować, że w 2014 r. w lubuskiej populacji osób w wieku aktywności zawodowej aż 166 878 osób miało cechy niepełnosprawności. Należy jednak podkreślić, że przytoczone w tym akapicie odsetki dotyczą niepełnosprawności według kryterium statystycznego, a więc obejmują zarówno wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak i osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna). Populacja osób niepełnosprawnych w Polsce liczona według takiego kryterium z końcem 2014 r. liczyła 4,9 mln osób, przy czym częściej niż co piąta osoba niepełnosprawna nie posiadała orzeczenia, a więc nie miała prawnego statusu osoby niepełnosprawnej [5]. Blisko 2/3 ogółu niepełnosprawnych prawnie uważało natomiast, że nie ma ograniczonej zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (a więc nie spełniała kryterium niepełnosprawności według rekomendowanego standardu europejskiego!), bądź uważało, że stopień ich ograniczeń jest niezbyt poważny. 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: 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 [6]. Dane powyższe, dotyczące osób niepełnosprawnych, a więc zagrożonych w istotnym stopniu wykluczeniem zawodowym, mogą wskazywać na szczególne potrzeby regionalne.

Liczba potwierdzonych administracyjnie chorób zawodowych z punktów 10 („Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy”) i 20 („Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy”) w Lubuskim nie jest duża w liczbach bezwzględnych. Należy jednak pamiętać, że są to przypadki o szczególnie ciężkim przebiegu, gdzie doszło do znacznego upośledzenia zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy. Niemniej jednak w przeciągu ostatnich lat obserwowana jest w tym zakresie tendencja wzrostowa i według danych za 2014 i 2015 r. schorzenia te stanowią 15-20% wszystkich chorób zawodowych (w skali kraju było to 11-14%) [43,44]. Porównawcze zestawienie rozpoznanych chorób zawodowych w województwie lubuskim i innych województwach w 2015 r. przedstawiono w Tabeli 6. Faktem jest, że wśród pozostałych chorób zawodowych w Lubuskim stwierdzono ponadto 1 przypadek zespołu wibracyjnego oraz 11 przypadków boreliozy (większość ze stwierdzonych chorób zakaźnych), które również mają swoją manifestację objawową w obrębie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego. Łącznie z punktami 19 i 20 stanowiły one zatem blisko 3/4 wszystkich chorób zawodowych w regionie (18 przypadków; w 2014 r. było to 59 przypadków, głównie za sprawą 46 zgłoszeń boreliozy).



Jednostka chorobowa /Nosologic unit	Województwo /Voivodship																	
	Polska /Poland	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	Zakłady poza granicami Polski
Ogółem /Total	2094	189	82	125	29	58	225	193	14	60	94	115	437	86	120	198	67	2
Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa /Acute and chronic intoxications and their sequels	4	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gorączka metaliczna /Metallic fever	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pylice płuc /Pneumoconioses	422	36	2	6	-	4	22	22	1	1	-	3	276	23	1	23	-	2
Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu /Diseases of pleura or pericardium induced by asbestos dust	54	6	-	-	-	5	5	-	-	-	-	10	1	2	-	25	-	-
Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli /Chronic obstructive bronchitis	7	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	1	-	-
Astma oskrzelowa /Bronchial asthma	47	6	1	2	2	6	10	2	-	1	1	3	3	4	-	4	2	-
Zewnętrzno pochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych /Extrinsic allergic alveolitis	19	-	-	2	1	2	2	3	1	-	5	-	-	-	3	-	-	-
Ostre uogólnione reakcje alergiczne /Acute general allergic reactions	4	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Byssinoza /Byssinosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beryloza /Berylliosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Choroby płuc wywołane pyłem metali twardych /Lung diseases induced by hard metals dust	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Alergiczny nieżyt nosa /Allergic rhinitis	27	2	-	2	-	2	5	2	1	1	1	-	8	2	1	-	-	-
Zapalenie obrzękowe krtań /Oedematous laryngitis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Przedziurawienie przegrody nosa /Nasal septum perforation	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Przewlekłe choroby narządu głosu /Chronic voice disorders	232	11	20	25	3	6	25	13	5	6	2	4	17	5	3	80	7	-
Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego /Diseases caused by ionizing radiation	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nowotwory złośliwe /Malignant neoplasms	68	9	2	4	1	-	15	9	1	-	1	4	9	2	-	9	2	-
Choroby skóry /Skin diseases	79	6	2	3	3	10	7	5	-	2	1	3	6	15	4	9	3	-
Przewlekłe choroby układu ruchu /Chronic diseases of locomotor system	103	12	3	8	2	3	20	11	-	6	1	3	17	2	1	6	8	-
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego /Chronic diseases of peripheral nervous system	186	38	7	5	4	7	23	22	2	2	3	10	30	4	16	6	7	-
Obustronny trwały ubytek słuchu /Bilateral permanent noise-induced hearing loss of cochlear type	148	11	12	5	-	2	12	6	1	7	1	34	28	7	3	15	4	-
Zespół wibracyjny /Vibration syndrome	28	1	-	-	1	3	2	3	-	3	-	3	6	2	1	2	1	-
Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego /Diseases induced by work under increased atmospheric pressure	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur otoczenia /Diseases induced by high or low temperature of environment	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Choroby układu wzrokowego /Diseases of visual system	11	3	1	-	-	2	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-
Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa /Infectious and parasitic diseases and their sequels	652	44	32	62	12	10	75	88	2	31	77	37	32	14	87	17	32	-

Tab.6. Choroby zawodowe w Polsce w 2015 r. według województw i jednostek chorobowych (źródło: IMP [43])

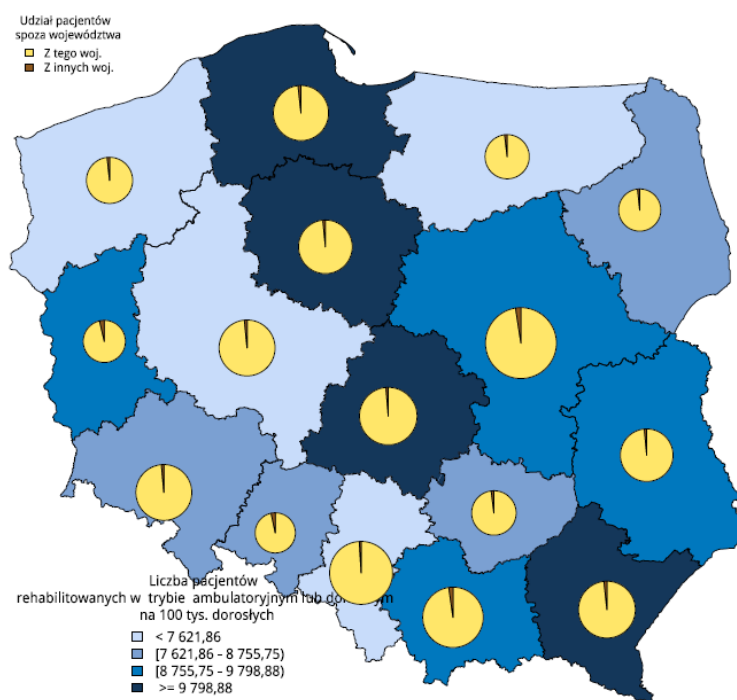
Oprócz chorób zawodowych do poważnych niepożądanych następstw wykonywanej pracy należą wypadki w pracy. Skutki tych wypadków należą do patologii zawodowych ujętych w niniejszym Programie. Według danych za 2013 r. na 447 tys. pracujących w województwie lubuskim, poszkodowanych było około 5 tys. osób, co daje około 1118 osób poszkodowanych na 100 tys. pracujących, przy analogicznym wskaźniku 827 dla całej Polski. Według danych z 2016 r. na jednego poszkodowanego z tytułu wypadku w pracy w województwie lubuskim przypadało 33,3 dni niezdolności do pracy, a wskaźnik wypadkowości 8,1 był wyraźnie wyższy niż średnia krajowa [42].

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). Dane dla województwa lubuskiego zostaną przedstawione w kontekście danych ogólnokrajowych. Jak wynika z MPZ, choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, z których wiele ma etiologię przeciążeniową, stanowią znaczące obciążenie systemu opieki zdrowotnej. W 2014 roku, wśród schorzeń układu kostno-mięśniowego najwyższą zapadalność rejestrowana dotyczyła chorób kręgosłupa (605,9 tys. przypadków) [47]. W województwie lubuskim choroby te uzyskały wskaźnik hospitalizacji 238,75, co jest 7. z kolei wartością w kraju. Łącznie odnotowano 1,65 tys. hospitalizacji z tego powodu (17,11% pobytów szpitalnych z powodu chorób układu ruchu). 87,2% tych hospitalizacji miała miejsce na oddziałach: neurochirurgicznym oraz neurologicznym [48]. Ponadprzeciętny był w tych przypadkach udział procedur zabiegowych – 69,1% (w kraju 47,6%), w tym specjalistycznych zabiegowych – 90,9% (w kraju 81,2%) [49], co niewątpliwie wpływa na koszty leczenia tych schorzeń. Uszkodzenie kręgosłupa pod postacią choroby zwyrodnieniowej znalazło się również w grupie chorób układu nerwowego innych niż wieku podeszłego (co wynika z powikłań neurologicznych choroby kręgosłupa). Zgodnie z danymi MPZ także w tej grupie pod względem hospitalizacji dominowało zwyrodnienie kręgosłupa (21,3% hospitalizacji w skali kraju; w Lubuskim odsetek ten był jeszcze wyższy – 29,6%, co odpowiada 2,0 tys. hospitalizacji). Autorzy MPZ podkreślają, że połowę przypadków stanowiły hospitalizacje zachowawcze i wydaje się, że leczenie przynajmniej części z tych przypadków mogłoby odbywać się w trybie ambulatoryjnym (także w formie rehabilitacji). W raporcie zauważa się, że ze względu na duże rozpowszechnienie epidemiologiczne choroby należy zastanowić się nad sposobem kontroli efektywności leczenia, choćby poprzez analizę wpływu leczenia na aktywność zawodową pacjentów. Takie założenie przyświeca niniejszemu projektowi. Częstym powodem hospitalizacji neurologicznych były także mononeuropatie (w tym zespół cieśni nadgarstka) i radikulopatie – 17,2%. Większość z nich miała charakter zabiegowy – 72,1% w Polsce, a w Lubuskim aż 86,3%. Wymienione choroby stanowiły również poważne obciążenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa stanowiły około 10,2% wszystkich porad w poradniach neurologicznych (często kilkakrotnych w ciągu roku) i aż 62,8% wszystkich porad w poradniach neurochirurgicznych. Porady z powodu mononeuropatii i radikulopatii stanowiły natomiast około 29,0% wszystkich porad w poradniach neurologicznych, często kilkakrotnych w ciągu roku. W przypadku chorób stawów wskaźnik hospitalizacji na 100 tys. ludności w województwie lubuskim wyniósł 445,05, co jest jednym z najwyższych wskaźników w kraju.

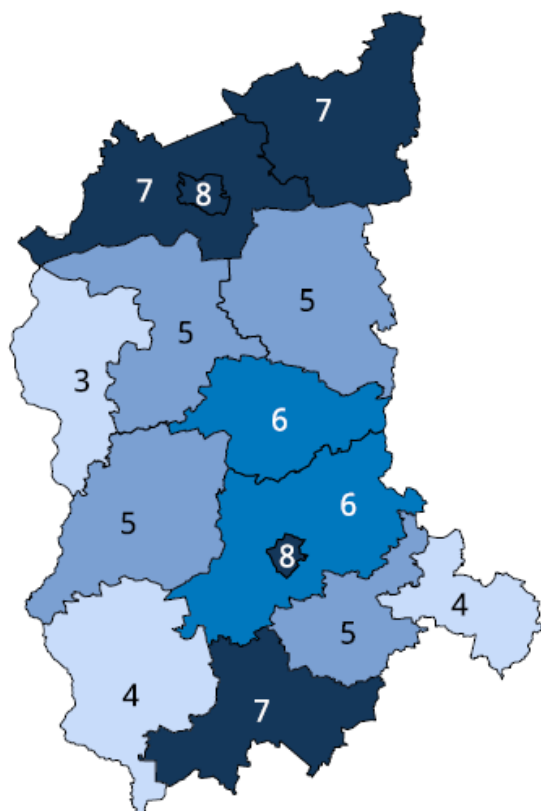
W roku 2014 w województwie lubuskim wykonano 3,9 tys. hospitalizacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej (wskaźnik hospitalizacji 378). W tej kategorii świadczeń rehabilitacyjnych aż 72,2% było związane ze schorzeniami układu kostno-stawowego (w 38,5% jako rozpoznanie główne) [48], a 36,4% dotyczyło chorób układu nerwowego innych niż wieku podeszłego (12,0% jako rozpoznanie główne) [50].

W Polsce w 2014 roku 36% pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby o nazwie „Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa” było rehabilitowanych do 90 dni po hospitalizacji (np. po wcześniejszym leczeniu zabiegowym). W województwie lubuskim odsetek ten wynosił 42%. W przypadku grupy schorzeń określonych w MPZ jako „Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie” odsetek rehabilitowanych do 90 dni po hospitalizacji w województwie lubuskim wyniósł 32% (tyle samo co średnia krajowa).

Znacznie częściej schorzenia układu kostno-stawowego były rehabilitowane w trybie ambulatoryjnym. W 2014 r. 80 lubuskich placówek przyjęło ponad 90 tys. dorosłych pacjentów, z czego 64,6% z powodu chorób układu ruchu [48], a 41,8% z powodu chorób układu nerwowego innych niż choroby wieku podeszłego (w zdecydowanej większości jako „choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa”, a w drugiej kolejności jako „mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie” i było to z reguły rozpoznanie dodatkowe; tylko w 3,1% przypadków schorzenie neurologiczne było rozpoznaniem głównym) [50]. W porównaniu z resztą kraju możliwości wykonywania ambulatoryjnych usług rehabilitacyjnych w województwie lubuskim, oceniane na podstawie liczby pacjentów rehabilitowanych na 100 tys. dorosłych mieszkańców, nie wyglądają najgorzej (Ryc.9), osiągając stopień zbliżony do województwa mazowieckiego, czy małopolskiego. 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 (Ryc.10). 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.



Ryc.9. Liczba pacjentów rehabilitowanych w trybie ambulatoryjnym lub domowym na 100 tys. dorosłych oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ [48])



Ryc.10. Liczba świadczeniodawców w poszczególnych powiatach realizujących rehabilitację w trybie ambulatoryjnym lub domowym; łącznie 80 świadczeniodawców w województwie lubuskim  
(źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS [48])

MPZ przedstawiają również prognozy w zakresie zmian zapadalności na poszczególne choroby [49]. Zastosowane modele prognostyczne przewidują, że w okresie 2020-2029 w Lubuskim nastąpi dalszy wzrost zapadalności rejestrowanej na choroby układu kostno-mięśniowego. Największy wzrost zapadalności prognozowany jest dla grupy o nazwie „choroby stawów” (wzrost o 0,63 tys.). Wyraźny będzie także wzrost w grupie „choroby kręgosłupa” (o 0,16 tys.), które pozostaną najczęściej stwierdzanymi schorzeniami w tej grupie. Również w grupie „choroby układu nerwowego (pozostałe)” prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności, a w szczególności w zakresie podgrupy o nazwie „choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa” (wzrost o 0,49 tys.) i „mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie” (o 0,30 tys., przy czym pozostaną najczęściej stwierdzanymi schorzeniami w tej grupie). Z przedstawionych prognoz wynika potrzeba odpowiedniego i wyprzedzającego przygotowania zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia Programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Niniejszy projekt ma służyć temu celowi.



### 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, czy regionalnego Programu kierowanego ściśle na tą problematykę).

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

1) W ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Skierowania na zabiegi rehabilitacyjne wydawane są przez lekarzy POZ lub przez lekarzy specjalistów (najczęściej: specjalistów rehabilitacji medycznej, ortopedii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii). Skierowania nie są natomiast wydawane przez lekarzy medycyny pracy (nie funkcjonują w systemie NFZ), choć ci mają relatywnie często styczność z osobami cierpiącymi z powodu patologii zawodowych kwalifikujących się do rehabilitacji. Opieka rehabilitacyjna nad tymi pacjentami nie ma specyficznego charakteru, nie odnosi się do ewentualnych przyczyn zawodowych leczonych schorzeń. Opieka ta nie ma również w pełni kompleksowego charakteru – 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 (80) i liczby rehabilitowanych rocznie pacjentów (w 2014 r. 90 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.

2) Rehabilitacja lecznicza prowadzona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej [51].

Od 1996 r. ZUS prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. Od początku kierowana ona 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). Przydzielenie miejsca i terminu rehabilitacji odbywa się na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (m.in. na wcześniejszy wniosek lekarza leczącego). Standardowy czas trwania rehabilitacji to 24 dni. 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). Aktualnie (stan na 01.02.2018 r.) [63] w zakresie rehabilitacji chorób układu ruchu ZUS posiada kontrakty z 51 ośrodkami sanatoryjnymi na terenie kraju (w tym 1 ośrodek na terenie województwa lubuskiego: Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy im. Prof. Wiktora Degi w Drezdenku). W trybie ambulatoryjnym natomiast (a więc usługi dostępne z reguły w miejscu zamieszkania) zakontraktowane są usługi tylko w jednym ośrodku lubuskim: Centrum Medyczne „Nowa 5” w Gorzowie Wlkp. (w kraju 35 ośr.). 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). Czas oczekiwania wynosi około 8 tygodni. Do tego należy jednak doliczyć czas postępowania orzeczniczego we właściwej placówce ZUS.

#### 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. W pierwszym kwartale 2017 r. stopa bezrobocia osiągnęła w Lubuskim wartość 3,6, co jest najmniejszym wskaźnikiem w skali kraju (podobna stopa bezrobocia zarejestrowana została w Wielkopolsce, podczas gdy dla całego kraju jest to wartość 5,4) [52]. Jest to również wartość wyraźnie mniejsza niż w analogicznym okresie 2016 r., gdy stopa bezrobocia w regionie osiągnęła wartość 5,3 (w kraju wówczas 7,0) [53]. Dane te świadczą o rosnącym zapotrzebowaniu na pracowników w województwie. Przy tym populacja osób w wieku aktywności zawodowej nieznacznie spada (na początku 2016 r. było to w Lubuskim 806 tys. osób, a na początku 2017 r. już 802 tys.). 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.

Tymczasem wieloletnie dane demograficzne, łącznie z wynikającymi z nich prognozami, wskazują na postępujące starzenie się populacji w wieku aktywności zawodowej. Jednocześnie z wiekiem wzrasta częstość schorzeń układu ruchu i dominują one wyraźnie w starszej populacji (w grupie 60+ 40% skarży się na bóle pleców, 40% - bóle stawów, 29% - bóle karku) [2]. Schorzenia narządu ruchu są najczęstszym problemem zdrowotnym w grupie dorosłych osób niesprawnych biologicznie (występują u 59%; dane dla Polski z 2014 r.) [5]. Często są one związane przyczynowo z wykonywaną pracą. W przypadku województwa lubuskiego, według analizy za 2013 r., aż 22,4% (163 tys.) osób odczuwało dolegliwości związane z wykonywaną pracą (w skali kraju odsetek ten wynosił 15,7%), a z tej grupy 4/5 odczuwało ograniczenie w wykonywaniu codziennych czynności (w skali kraju 3/4) [41]. Przy tym problemy układu kostno-stawowego należały do najczęściej zgłaszanych dolegliwości związanych przyczynowo z wykonywaną pracą, osiągając wysokie odsetki w stosunku do ogółu zgłaszanych problemów: bóle pleców 30,1% (49 tys. osób); dolegliwości kończyn dolnych 20,9% (34 tys.); dolegliwości szyi i kończyn górnych 14,1% (23 tys.). Według danych z 2011 r. niepełnosprawność biologiczna w grupie osób do 60 r.ż. osiągnęła w województwie lubuskim najwyższy w skali kraju odsetek: blisko 65% tej grupy wiekowej (średnia krajowa to 59%) [3]. Województwo lubuskie należy do grupy 4 województw z największym odsetkiem niepełnosprawności biologicznej wg kryterium unijnego - 23% [5]. Z końcem 2014 r. odsetek osób niepełnosprawnych wśród osób bezrobotnych w województwie lubuskim był również najwyższy, osiągając 9,1% (przy 6% w kraju) [6].

Także w statystyce chorób zawodowych schorzenia z objawami chorobowymi w obrębie układu ruchu i obwodowego układu nerwowego (z punktu 19 i 20 wykazu, ale również punkt 22. i 26. – późna borelioza) zaczynają dominować w województwie lubuskim. Liczba wypadków przy pracy wykazuje w naszym regionie tendencję spadkową, jednak jeszcze w 2016 r. zdarzeń takich było blisko 2,5 tys. (w 2013 r. około 5 tys.). Skutki tych wypadków są częstym wskazaniem do rehabilitacji, do której dostęp powinien być możliwie jak najszybszy.



Dane dotyczące chorób i prognozy demograficzne przekonują, że populacja osób w wieku aktywności zawodowej będzie poddana szczególnym wyzwaniom, biorąc pod uwagę zmniejszające się zasoby pracy, rosnący popyt na nie oraz potrzebę utrzymania dobrostanu społeczeństwa. Aby podołać tym wyzwaniom będzie wymagać 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 [61]. 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 oraz 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) [26]. Rehabilitacja medyczna jest natomiast postępowaniem nieinwazyjnym (bezpieczeństwo) i koncentruje się na efekcie funkcjonalnym (poprawa sprawności, ewentualnie adaptacja do niepełnosprawności) [26,27,28,29]. 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).

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. 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). 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 na liście rankingowej priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej woj. lubuskiego, poprawa dostępności do rehabilitacji medycznej uzyskała dość wysoką, dwunastą pozycję (na 33 zagadnienia problemowe) [54].

## **II. CELE PROGRAMU**

### **1. Cel główny:**

Przywrócenie 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 poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej na terenie województwa lubuskiego w latach 2018-2023.

### **2. Cele szczegółowe:**

- 1) Poprawa stanu funkcjonalnego (sprawności) i zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego u uczestników programu;
- 2) Zwiększenie liczby powrotów do pracy u osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotnych, niepełnosprawnych);
- 3) Zwiększenie wiedzy i motywacji uczestników w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy;
- 4) Zwiększenie prozdrowotnej rekreacyjnej aktywności fizycznej u uczestników Programu.

### 3. Oczekiwane efekty:

- a) 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 roku – oczekuje się, że takich osób będzie co najmniej 30%;
- b) Skrócenie czasu oczekiwania na podjęcie rehabilitacji – nie więcej niż 4 tygodnie od zgłoszenia; oczekiwane u 100% uczestników;
- c) 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;
- d) Poprawa sprawności funkcjonalnej uczestników RPZ – u co najmniej 50% uczestników;
- e) 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;
- f) Poprawa wiedzy uczestników RPZ w zakresie ograniczania zagrożenia zdrowotnego związanego ze sposobem wykonywania pracy, z uwzględnieniem znajomości rozwiązań bezpiecznych i ergonomicznych - u co najmniej 30% uczestników;
- g) Zwiększenie rekreacyjnej aktywności fizycznej uczestników RPZ, dostosowanej do potrzeb i możliwości uczestnika - u co najmniej 30% uczestników;

Zgodnie z wytycznymi MRiF w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 zarówno cel główny, jak i cele szczegółowe powinny zostać sformułowane zgodnie z zasadą SMART, która zakłada, że cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie. 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) uznawana jest za zadowalającą. 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).

Rozwinięcie koncepcji SMART w odniesieniu do przyjętych celów przedstawia się następująco:

- S – specific (szczegółowe, konkretne): cele odniesiono do konkretnych problemów, takich jak: 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).
- M – measurable (mieralne): zakładane miary docelowe podane zostały przy oczekiwanych efektach odpowiadających poszczególnym celom; dotyczą one liczby osób, które dzięki Programowi po raz pierwszy od roku mogły skorzystać z rehabilitacji, takich u których zwiększyła się liczba świadczeń, skrócił czas oczekiwania na nie, doszło do poprawy stanu zdrowia, nastąpił powrót do pracy, zmniejszyła się potrzeba korzystania z długotrwałych zwolnień chorobowych, czy poprawiła się świadomość i nawyki zdrowotne;
- A – acceptable/accurate (akceptowalne/trafne): 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;
- R – realistic (realistyczne): dla każdego z celów szczegółowych i powiązanego/nych z nim oczekiwanego/ych efektu/ów przyjęto odrębne miary skuteczności, co wynika z ich specyfiki; wydaje się, że są one możliwe do osiągnięcia poprzez realizację Programu;
- T – time-bound (określone w czasie): realizacja niniejszego RPZ planowana jest w okresie 2018-2023; 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 dostępow do rehabilitacji opisanych w części I.4.).

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 również cel główny, podparty sprecyzowanymi celami szczegółowymi, odnosi się do koncepcji SMART.

#### 4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu:

- 1) miernikiem zwiększenia udziału w kompleksowych świadczeniach rehabilitacyjnych będą:
  - a) liczba uczestników, którzy w ramach Programu zostali włączeni do rehabilitacji po raz pierwszy od roku,
  - b) liczba uczestników, którzy oczekiwali na podjęcie rehabilitacji w ramach Programu nie więcej niż 4 tygodnie od zgłoszenia,
- 2) miernikiem poprawy stanu zdrowia i sprawności osób objętych Programem
  - a) liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały stan poprawy (zniesienia lub zmniejszenia intensywności dolegliwości) 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).

- 3) 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;
- 4) miernikiem wzmocnienia wiedzy i motywacji 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) będzie liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten daje się potwierdzić w badaniu ankietowym;
- 5) 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

#### 1. Populacja docelowa

**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.**

Grupę docelową RPZ tworzą więc:

1. Mieszkańcy województwa lubuskiego w wieku aktywności zawodowej<sup>4</sup> 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 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.

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 niepełnosprawnościami.

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

---

<sup>4</sup> Zgodnie z dokumentem Ministerstwa Rozwoju i Finansów „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” osobą w wieku aktywności zawodowej jest: „aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem). O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym)” .

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, 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 analizy z II kwartału 2013 r., na 412 tys. osób wówczas pracujących: 129 tys. pracowało w narażeniu na wymuszoną, niewygodną pozycję ciała lub ruchy przy pracy, 93 tys. wykonywało wysiłek fizyczny związany z przemieszczaniem ciężkich ładunków, 13 tys. było narażone na silne wibracje, 80 tys. wykonywało prace związane z ryzykiem wystąpienia wypadku, a 86 tys. wykonywało prace wymagające dużej koncentracji wzroku (prace przy monitorze ekranowym) i jest to grupa, w której także występuje istotne obciążenie układu ruchu (tyle że o statycznym charakterze). Wymienione kategorie prac stwarzają ryzyko rozwoju patologii związanych ze sposobem wykonywania pracy, zarówno w obrębie układu ruchu, jak i obwodowego układu nerwowego. Powyższe dane, przedstawione w opracowaniu GUS z 2014 r. „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą” [41], nie mogą być jednak sumowane, gdyż część osób mogła być narażona jednocześnie na 2 czynniki szkodliwe lub więcej. Pokazują one jednak w sposób przybliżony skalę zagrożenia (z którego z kolei wynika ryzyko patologii zawodowej).

Problemy zdrowotne związane z pracą mogą skutkować ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu, zarówno w pracy, jak i poza nią. W skali kraju było tak w przypadku 3/4 osób (74,5%) zgłaszających problem zdrowotny związany z pracą, przy czym dla prawie co szóstej osoby (18%) było to znaczące ograniczenie codziennej aktywności. Dane dla kobiet były zbliżone do danych dla mężczyzn. Większe zróżnicowanie obserwowano zależnie od wieku: w grupie 65+ znaczne ograniczenie zgłaszała blisko połowa (47,4%), w grupie wiekowej 55-59 lat już tylko co 7 osoba (14,6%), zaskakująco nieco mniej w grupie 60-64 lata (13,6%), natomiast osoby w wieku do 24 lat nie zgłosiły w ogóle tak znacznego ograniczenia [41]. W województwie lubuskim natomiast na 728 tys. osób, które pracują, lub kiedykolwiek pracowały, dolegliwości związane z wykonywaną pracą zgłaszało 163 tys. osób (22,4%). Z tej grupy 130 tys. odczuwało ograniczenia w codziennej aktywności (a więc 80%, przy 75% w skali kraju) [41], przy czym w Lubuskim u 31 tys. (19%) były to ograniczenia znaczne. Ta grupa z pewnością odczułaby korzyść z postępowania usprawniającego w postaci rehabilitacji leczniczej. Należy zaznaczyć, że na owe 163 tys. osób zdecydowana większość miała „problemy z kośćmi, stawami lub mięśniami”, które odczuwane były głównie w obrębie: pleców (49 tys. osób), kończyn dolnych (34 tys.) oraz szyi i kończyn górnych (23 tys.), przy „tylko” 19 tys. osób z problemami krążeniowymi, czy 8 tys. osób z problemami funkcjonowania psychicznego o podobnych implikacjach. Łącznie dolegliwości związane ze sposobem wykonywania pracy z trzech powyższych obszarów układu ruchu dotyczyły więc 106 tys. osób. Zakładając w sposób proporcjonalny, że stosownie do przytoczonego wyżej odsetka dla ogółu pracowników lubuskich, także w tej grupie 80% osób z dolegliwościami odczuwało ograniczenia w codziennej aktywności, można przyjąć, że około 84,5 tys. lubuskich pracowników wymagać może pomocy rehabilitacyjnej z tytułu patologii zawodowych układu ruchu, tj. związanych z wykonywaną pracą „problemów z kośćmi, stawami lub mięśniami”.

Zgodnie z przytoczonymi wcześniej danymi epidemiologicznymi województwo lubuskie należy do grupy 4 województw z największym odsetkiem niepełnosprawności biologicznej wg kryterium unijnego - 23% [5]. Na podstawie danych z 2014 r. dotyczących niepełnosprawności w ujęciu statystycznym (niepełnosprawność prawna i biologiczna) można oszacować, że około 167 tys. Lubuszan w wieku aktywności zawodowej spełniało to kryterium niepełnosprawności. Z końcem 2014 r. odsetek osób niepełnosprawnych wśród osób bezrobotnych w województwie lubuskim był również najwyższy, osiągając 9,1% (przy 6% w kraju) [6].

Wspomniano już także, że odsetki niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych są 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%) [5]. Oszacowano na tej podstawie, że w 2014 r. w lubuskiej populacji osób w wieku aktywności zawodowej aż 166 878 osób miało cechy niepełnosprawności. Należy jednak przypomnieć, że przytoczone odsetki dotyczą niepełnosprawności według kryterium statystycznego, a więc obejmują zarówno wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak i osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna). W Polsce częściej niż co piąta osoba niepełnosprawna nie posiadała orzeczenia, a więc nie miała prawnego statusu osoby niepełnosprawnej. Blisko 2/3 ogółu niepełnosprawnych prawnie uważało natomiast, że nie ma ograniczonej zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (a więc nie spełniała kryterium niepełnosprawności według rekomendowanego standardu europejskiego!), bądź uważało, że stopień ich ograniczeń jest niezbyt poważny. Ponadto nie da się oszacować, jaka część zliczonych w ten sposób przypadków niepełnosprawności w Lubuskim ma związek ze skutkami wykonywanej pracy, a jaka z przyczynami pozazawodowymi (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; 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 intensywnej), 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.

Przytoczone wyżej dane dotyczące problemów zdrowotnych, w tym patologii układu ruchu związanych z wykonywaną pracą są zbieżne z informacjami pozyskanymi z analizy Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). Zgodnie z MPZ schorzenia układu kostno-stawowego w województwie lubuskim były rehabilitowane najczęściej w trybie ambulatoryjnym. W 2014 r. 80 lubuskich placówek przyjęło ponad 90 tys. dorosłych pacjentów, z czego 64,6% z powodu chorób układu ruchu [48], a 41,8% z powodu chorób układu nerwowego innych niż choroby wieku podeszłego (w zdecydowanej większości jako „choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa”, a w drugiej kolejności jako „mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie” i było to z reguły rozpoznanie dodatkowe; tylko w 3,1% przypadków schorzenie neurologiczne było rozpoznaniem głównym) [50]. Przytoczone grupy rozpoznań odpowiadają swoim charakterem klinicznym patologiom zawodowym. Przy takim założeniu można spodziewać się, że co najmniej 67,7% (64,6% + 3,1%, a jest to bardzo minimalny szacunek) rehabilitowanych ambulatoryjnie, tj. około 61 tys. osób, mogłoby kwalifikować się do udziału w programie. Brak jednak danych jaka część tych przypadków była związana przyczynowo z wykonywaną pracą. Ponadto szacowanie na podstawie danych z MPZ dla potrzeb niniejszego opracowania napotyka na pewne trudności. Liczby podane w MPZ mają często charakter procentowy, a schorzenia zliczane są w grupach (np. „Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie”). Ponadto zespoły bólowe kręgosłupa kryją się zarówno w opracowaniu dotyczącym innych schorzeń neurologicznych (jako „Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa”), jak i w opracowaniu dotyczącym chorób układu kostno-mięśniowego (tu jako „Choroby kręgosłupa”). Nieprecyzyjność tych szacunków może również wynikać z faktu, że u wielu chorych występuje więcej niż jedna jednostka chorobowa będąca powodem zaleconej rehabilitacji. Zdecydowanie rzadziej schorzenia z omawianych grup były powodem rehabilitacji w warunkach stacjonarnych. Warto przytoczyć tu podane w MPZ wskaźniki zapadalności rejestrowanej (liczba nowych schorzeń w danym roku na 100 tys. mieszkańców), dotyczących osób dorosłych, dla części odpowiadających programowi grup chorób. :

- Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa – wskaźnik zapadalności 8 405,78,
- Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie – wsk. zap. 8 535,86,
- Choroby kręgosłupa - wsk. zap. 1561,80,
- Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne) - wsk. zap. 1 157,92,
- Choroby stawów – wsk. zap. 1 400,7.

W ramach oceny odległych efektów programu celowe może być porównanie tych wskaźników z kolejną edycją MPZ.

Spśród przytoczonych wyżej danych, założeniom programu najbardziej odpowiadają informacje o częstości dolegliwości układu ruchu związanych z wykonywaną pracą, z uwzględnieniem związanych z tym problemem ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności.

Mając powyższe na uwadze **przyjmuje się, że populację docelową RPZ dla województwa lubuskiego stanowi blisko 85 tys. osób. Działaniami programu planuje się objąć co najmniej 10% tej grupy, tj. 8,5 tys. osób.**



## **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 związane ze sposobem wykonywania pracy. Schorzenia kwalifikujące do udziału w programie zostały wymienione wcześniej w Tabeli 2. 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, 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) brak statusu osoby aktywnej zawodowo (osoba nie pracująca i nie poszukująca pracy, niezainteresowana jej podjęciem);
- 4) brak schorzenia wymienionego w Tabeli 2, które miałyby być przedmiotem rehabilitacji;
- 5) istnienie przeciwwskazań zdrowotnych do rehabilitacji stwierdzonego schorzenia, ze względu na aktualny stan zdrowia uczestnika (obecność przeciwwskazań zdrowotnych do formy rehabilitacji przewidzianej w przypadku określonego schorzenia) lub brak dostępnych właściwych dla indywidualnego problemu zdrowotnego metod rehabilitacji na poziomie danego realizatora.

Zasadniczo nie ma górnej granicy wiekowej, której przekroczenie stanowiłoby kryterium wyłączenia z programu. Decydujący jest status aktywności zawodowej. 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 niepełnosprawnościami. 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 doborem jej określonych form.

### 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.
- 4) wsparcie psychologiczne,

Ad 1)

#### **Bezpieczeństwo świadczeń rehabilitacji medycznej**

Interwencje rehabilitacyjne oparte są 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 (np. stan gorączkowy, ostre choroby infekcyjne, ciąża, zależnie od rodzaju zabiegów także: choroby nowotworowe, lub stan po ich leczeniu, padaczka, rozrusznik serca, implanty metalowe – zależnie od lokalizacji, choroby tarczycy i inne). Aby warunki te były spełnione, celowe jest, aby doboru form usprawniania dokonywał lekarz specjalista rehabilitacji medycznej. Można również wykorzystać zalecenia przekazane przez lekarza leczącego (POZ, AOS), pod warunkiem weryfikacji ich aktualności.

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 wspomaganie 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”) [57]. Ojcem nowożytnej rehabilitacji bywa mianowany Ambroży Paré (ok. 1510-1590), który nowe metody leczenia chirurgicznego łączył z protezowaniem i usprawnianiem [58]. 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: *rehabilitas* – ‘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) [26]. 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) [26,27,28,29]. 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 tą 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.

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)[8]. Związane są one z elementami projektowania pracy i zarządzaniem, i mogą mieć niezależny, lub interakcyjny wpływ na rozwój dolegliwości mięśniowo-szkieletowych [9]. 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 kształtowanie 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) [62]. Taka możliwość przewidziana została również w niniejszym programie.

#### 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 lekarzem/ami medycyny pracy i psychologiem/ami. 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 RPO - Lubuskie 2020, 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) 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 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), 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 otworzyć 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, czy psychologa) 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).

## **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.

Programu 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. 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), wcześniej rozpoczęte (jak najszybciej po ujawnieniu problemu zdrowotnego) i realizowane w sposób ciągły (możliwość kontynuacji zależnie od potrzeb i rokowania).

Okres realizacji Programu przypada na lata 2018-2023.



## 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 właściwą interwencję medyczną. 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 Rys.11.

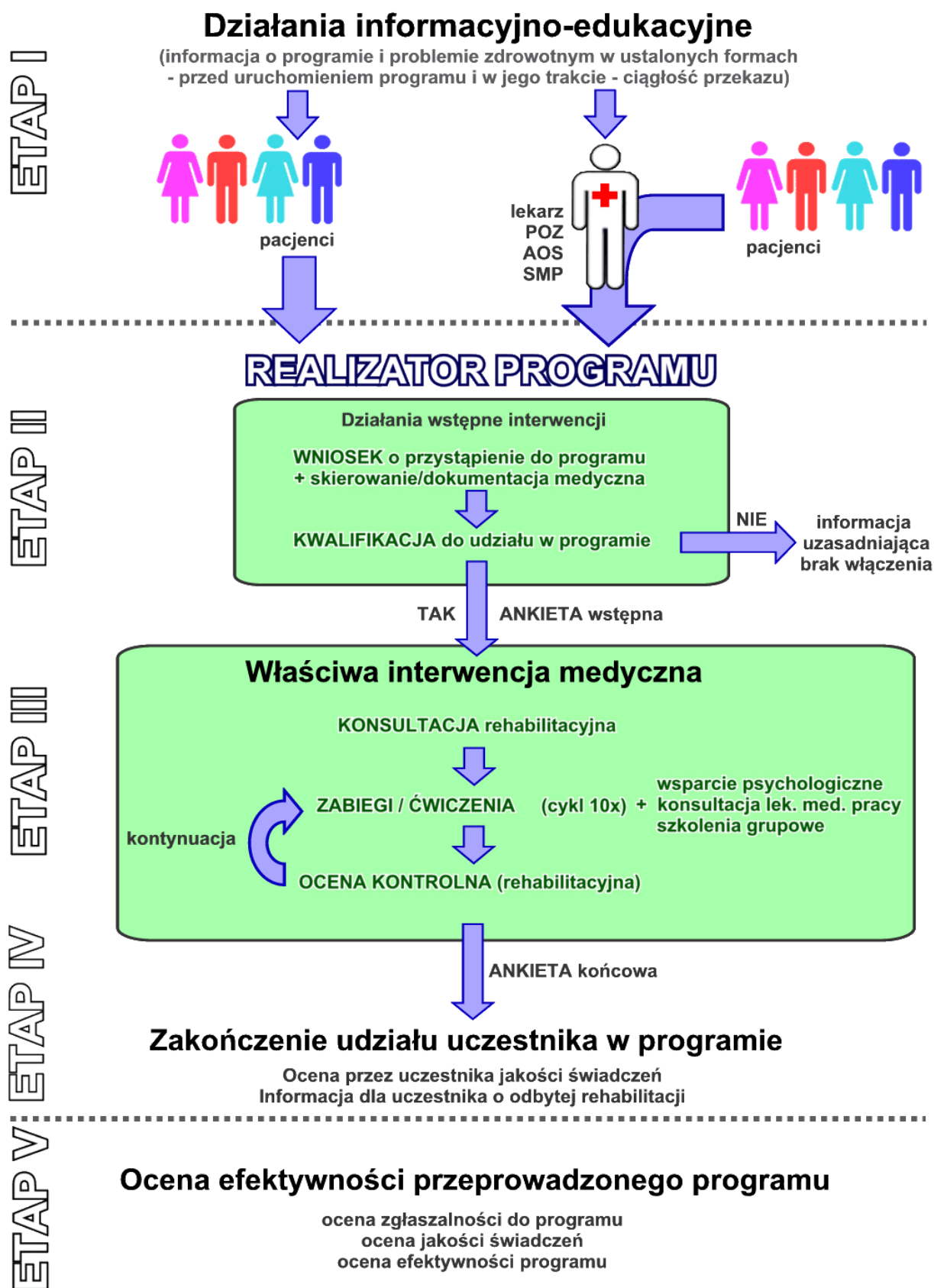
W każdej jednostce realizującej Program zostanie mianowany koordynator, który będzie odpowiedzialny za prawidłowy przebiegu programu w obrębie swojej jednostki, a w szczególności za:

- 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.11. 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, Twitter), 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 (zwłaszcza w podmiotach leczniczych),
- 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 kontakt bezpośredni 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.

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 aktywności zawodowej, 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), badaniu ankietowym, diagnozie funkcjonalnej i wiąże się z ustaleniem rokowania co do poprawy, celu rehabilitacji oraz indywidualnym doborem jej określonych form.

## 2. Przeprowadzenie oceny wstępnej

Uczestnik otrzymuje do wypełnienia **ankietę wstępną** (Załącznik 9). 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 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 we własnym zakresie lub weryfikacja zaleceń lekarza leczącego/kierującego pod względem ich aktualności, z uwzględnieniem także potencjalnych przeciwwskazań) oraz innych form wsparcia.

Jeśli uczestnik trafia do Programu z zaleceniami rehabilitacyjnymi lekarza sprawującego opiekę medyczną nad uczestnikiem, zadaniem zatrudnionego przez Realizatora lek. spec. rehabilitacji medycznej jest weryfikacja tych zaleceń pod względem ich aktualności i ewentualna modyfikacja, uwzględniająca aktualny stan zdrowia uczestnika, jego bieżące potrzeby i możliwości.

- 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, czy liczby wymaganych cykli – 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;
- ćwiczenia lecznicze (kinezyterapia); włączanie kinezyterapii w program indywidualnego usprawniania jest wysoce pożądane i należy je rozważyć w każdym przypadku;
- 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 musi istnieć możliwość kontynuacji rehabilitacji, jeśli dotychczasowe działania nie przyniosły wystarczającego rezultatu, a w ocenie osoby kwalifikującej, czy realizującej usprawnianie rokowanie co do poprawy jest pozytywne.

### 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 8.

Konsultacja ta powinna mieć miejsce zawsze na zakończenie rehabilitacji, a w razie potrzeby (sugestia zespołu prowadzącego usprawnianie, przy akceptacji uczestnika) można ją wykorzystać także raz w trakcie rehabilitacji (jeśli trwać ma dłużej niż jeden cykl, a szanse powrotu do pracy są niepewne), w celu optymalizacji kierunku usprawniania pod kątem potencjalnych szans zawodowych.

- **Konsultacja psychologiczna** - na podstawie zaleceń wynikających z konsultacji rehabilitacyjnej, oceny zespołu prowadzącego usprawnianie, 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, czy ograniczeniem możliwości wykonywania dotychczasowej pracy. W ramach indywidualnego programu rehabilitacji uczestnika przewiduje się maksymalnie 1 konsultację psychologiczną. W razie potrzeby, kontynuacja pomocy psychologicznej może odbywać się w ramach sesji grupowych (jedna na cykl rehabilitacji) lub, w przypadku stwierdzenia poważniejszych problemów, w formie terapii w poradni psychologicznej (poza programem – przekierowanie na podstawie sugestii psychologa, za zgodą uczestnika).

Opinia konsultacyjna w formie jak w Załączniku 7.

Konsultacja psychologiczna powinna mieć charakter indywidualny. Może służyć udzieleniu 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.

- 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 grupowych spotkaniach edukacyjnych – każde po 45 min., w grupach o liczebności 5-15 osób.

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. 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.

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

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

- 5) **Konsultacja lek. specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii** po zakończonym cyklu rehabilitacji: ocena efektów (porównanie z oceną wcześniejszą - według tego samego schematu), decyzja o kontynuacji lub zakończeniu rehabilitacji (powrót do etapu 3.1).

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 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, także odniesienie własnych obserwacji do uwag zespołu prowadzącego usprawnianie);
- 2) wypełnienie przez uczestnika **ankiety końcowej** (tu własna ocena dotycząca aktualnego stanu zdrowia) – wg Załącznika 10;
- 3) **Ocena przez uczestnika jakości świadczeń** (Załącznik 12);
- 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 13.

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 11);
- 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: stopnia zaawansowania problemu zdrowotnego uczestnika, stopnia związanych z nim zaburzeń funkcjonalnych i niepełnosprawności, zachowań i nawyków zdrowotnych uczestnika. Z danych uzyskanych w ramach konsultacji lek. specjalisty medycyny pracy mogą wynikać dodatkowe informacje dotyczące uczestników wymagających przekwalifikowania zawodowego, czy potrzeby zmiany warunków pracy.

## **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,
- 1 magistra fizjoterapii – kierującego procesem usprawniania,
- 3 fizjoterapeutów aktywnie uczestniczących w procesie rehabilitacji (wliczając w to również wymienionego wcześniej magistra fizjoterapii),
- Ponadto realizator zapewni dostęp do konsultacji lekarza specjalisty medycyny pracy, lub psychologa (preferowany psycholog kliniczny, lub psycholog mający doświadczenie w prowadzeniu treningów motywacyjnych, antystresowych) - 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 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą) 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 działań 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).

### **1. Monitorowanie**

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 realizatorów Samorządowi Województwa Lubuskiego w terminie do trzech miesięcy po zakończeniu 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, masaże);
- liczba osób, które skorzystały porady lekarza medycyny pracy lub psychologa;
- 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 11);
- Rejestr osób, które zgłosiły się do udziału w Programie (Załącznik 15).

## 2) Ocena jakości świadczeń

Jakość świadczeń oceniona zostanie na podstawie zebranych Ankiety 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.

## 2. Ewaluacja

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. Wskazane jest także prowadzenie ewaluacji okresowej – po każdym roku trwania programu.

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: stopnia zaawansowania problemu zdrowotnego uczestnika, stopnia związanych z nim zaburzeń funkcjonalnych i niepełnosprawności, 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:

- 1) mierniki zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych:
  - a) liczba uczestników, którzy w ramach Programu zostali włączeni do rehabilitacji po raz pierwszy od roku,
  - b) liczba uczestników, którzy oczekiwali na podjęcie rehabilitacji w ramach Programu nie więcej niż 4 tygodnie od zgłoszenia,

- 2) mierniki poprawy stanu zdrowia i sprawności osób objętych Programem:
- a) liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały stan poprawy (zniesienia lub zmniejszenia intensywności dolegliwości) w odniesieniu do schorzenia będącego wskazaniem do rehabilitacji,
  - b) liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały poprawę sprawności funkcjonalnej (mierzone kwestionariuszem HAQ).

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), 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.

- 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 podjęli pracę;
- 4) miernik wzmocnienia wiedzy i motywacji 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;
- 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. KOSZTY

### 1. Koszty jednostkowe

Niniejszy Program będzie realizowany przez Beneficjentów wyłonionych w ramach konkursu ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym – Lubuskie 2020. 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 7). 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.

<b>Przykładowe wyliczenie kosztu cyklu rehabilitacyjnego:</b>	<b>liczba</b>	<b>koszt 1 procedury</b>	<b>koszt łączny</b>
- konsultacja rehabilitacyjna wstępna (lekarz)	1	80 zł	80 zł
- konsultacja lek. spec. medycyny pracy	1	80 zł	80 zł
- ćwiczenia lecznicze	10	30 zł	300 zł
- zabieg 1	10	10 zł	100 zł
- zabieg 2	10	10 zł	100 zł
- zabieg 3	10	10 zł	100 zł
- konsultacja rehabilitacyjna końcowa (lekarz)	1	80 zł	80 zł
		<b>Razem:</b>	<b>840 zł</b>
- 45 minutowe szkolenie grupowe lub grupowy trening psychologiczny (stawka ryczałtowa ), dot. grup 5-15 os.			150 zł

Do wyliczenia kosztu udziału w cyklu rehabilitacyjnym należy dodać stawkę ryczałtową za szkolenie grupowe, tj. **150 zł/45** minut lub grupowego treningu psychologicznego (5-15 osób) oraz, w razie potrzeby, koszt opcjonalnej konsultacji psychologicznej (80 zł za konsultację indywidualną).

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.

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. Jeżeli rehabilitacja będzie wymagać kontynuacji, pierwszy i kolejne (poza ostatnim) cykle mogą nie zawierać konsultacji lekarza medycyny pracy, a konsultacja rehabilitacyjna występuje na początku cykli (przy kontynuacji może być przeprowadzona przez magistra fizjoterapii), końcowa konsultacja rehabilitacyjna zaś konieczna na zakończenie całości rehabilitacji. Zakładając, że różny może być zestaw zabiegów rehabilitacyjnych, a w wybranych przypadkach zasadna może być również konsultacja psychologiczna, przeciętny koszt cyklu będzie się wahać w granicach około **660-920 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** (10-15% kosztów bezpośrednich – wskazanych w dokumentacji konkursowej). Szczegółowy katalog kosztów pośrednich określa właściwa Instytucja Zarządzająca na podstawie *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*



Zabieg / Konsultacja	Postęp	Nad Łażnią	Merkury	MediRay	LORO	Eizbietanki	Olimp	Batorego	WOMP Gorzów	WOMP Ziel. G.	średnia	stawka proponowana
Pole magnetyczne	10	10		10	8	11	9	9	10	8	9,44 zł	10
Terapuls	10	10			10	13				8	10,20 zł	10
Diatermia krótkofalowa (DKF)						13				6	9,50 zł	10
Diadynamik	10	10	12		10	8		9	10	9	9,75 zł	10
Interdyn	10	10	12		10	8	9	9	10	9	9,67 zł	10
TENS	10	10	12	10	10	8	9	9	10	9	9,70 zł	10
Galwanizacja	10	10	12	10	10	8	9	9		8	9,56 zł	10
Elektrostymulacja	10	10	12	10	10	10	10	10	10	10	10,20 zł	10
Jonoforeza	10	10	12	10	10	8	9		10	9	9,78 zł	10
Laser	12	10	12	10	10	11	9	9	10	10	10,30 zł	10
Sollux	10	6	12	7	8	8	6	8	7	6	7,80 zł	8
Krioterapia – 3min.		15	20	13	10	10	11	10		13	12,75 zł	13
Ultrafale	12	13	12	11	10	12	9	10	12	8	10,90 zł	11
Masaż suchy częściowy 20min.		30	24		30	25	40	35		30	30,57 zł	30
Masaż wirowy kończyn dolnych/górných		15			15	15	15	15		10	14,17 zł	15
Gimnastyka lecznicza indywidualna 30 min.		50	12			25	40	30	15	15	26,71 zł	30
Gimnastyka lecznicza indywidualna 45 min.					50					20	35,00 zł	30
Konsultacja fizjoterapeutyczna			30		80			60			56,67 zł	60
Kons. Lek. spec. Reh. Med.		90									90,00 zł	80
Kons. Lek. spec. Med. Pracy												80
Kons. psychologiczna									80	80	80,00 zł	80

Tab. 7. Zestawienie cen zabiegów, ćwiczeń, masażu i konsultacji w lubuskich placówkach (na podstawie cenników dostępnych w Internecie), z propozycją stawek uśrednionych

## 2. Koszty całkowite RPZ

	<b>minimalna planowana liczba uczestników: 8 500 osób – grupa docelowa RPZ</b>	
	<b>min. koszt jednostkowy: 660 zł</b>	<b>max. koszt jednostkowy: 920 zł</b>
<b>świadczenia rehabilitacyjne i konsultacje specjalistyczne (rehabilitacyjna, medycyny pracy, psychologiczna)</b>	5.610.000 zł	7.820.000 zł
<b>szkolenia / grupowy trening psychologiczny</b>	15-osobowe grupy szkoleniowe	5-osobowe grupy szkoleniowe
	566 szkoleń (150 zł – koszt szkolenia)	1700 szkoleń (150 zł – koszt szkolenia)
	84.900 zł	255.000 zł
<b>suma</b>	<b>6.459.000 zł</b>	<b>8.075.000 zł</b>
<b>suma + około 15 % kosztów pośrednich*, tj. administracyjnych (na podstawie konkursów z zakresu profilaktyki ogłaszanych przez IZ RPO-L2020)</b>	<b>7.427.850 zł</b>	<b>9.286.250 zł</b>

\* **Koszty pośrednie/administracyjne** (środki m. in. na działania informacyjno-promocyjne Programu oraz obsługę administracyjną) – zgodnie z *Wytocznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* stanowić będą 10-15% kosztów bezpośrednich (merytorycznych).

Alokacja na realizację Programu w ramach Działania 6.7 Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowych i bezpiecznych miejsc pracy to: **9 411 765,00 zł** (wkład UE - 8 000 000,00 zł i wkład krajowy - 1 411 765 zł).

## 3. Źródła finansowania

1. Program współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020.
2. Wkład własny Beneficjenta stanowi 5% 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. Ludność w wieku 60 lat i więcej, GUS, notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (w dniu 19.02.2016 r.)
3. 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
4. Osoby powyżej 50 roku życia na rynku pracy w 2015 r., GUS Urząd Statystyczny w Bydgoszczy, Warszawa – Bydgoszcz 2017
5. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., M. Piekarczyńska R. Wieczorkowski A. Zajenkowska-Kozłowska, GUS Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2016
6. Rocznik statystyczny pracy 2015, GUS Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2016
7. Ochrona zdrowia pracujących, L. T. Dawydzik, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003
8. Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy i ich wpływ na zdrowie, S. Leka A. Jain (tłum. K. Orłak), Stowarzyszenie Zdrowa Praca Warszawa, 2013
9. Choroby zawodowe, red. K. Marek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001
10. Medycyna pracy w praktyce lekarskiej, red. Z. Byczkowska L. Dawydzik, Oficyna Wydawnicza IMP w Łodzi, 1999
11. Zespół przedwczesnego zużycia chrząstki stawowej, A. Dziak, Berlin-Chemie, Warszawa 2008
12. 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)
13. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, t.j. Dz.U. 2016 poz. 1666 z późn.zm.
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, t.j. Dz.U. 2013 poz. 1367
15. 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
16. Praca zawodowa a choroby reumatyczne, A. Jędryka-Góral, E. Łastowiecka, Bezpieczeństwo pracy, 2002, nr 3
17. Zapobieganie rozwojowi dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w populacji pracowników starszych, D. Roman-Liu, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2015, 4(523)
18. Specyfika chorób reumatycznych w praktyce lekarza medycyny pracy, J. Bugajska A. Jędryka-Góral, Reumatologia 2006; 44, 6
19. Repetitive strain injury, M. van Tulder, A. Malmivaara, B. Koes, Lancet. 369 (9575): Maj 2007
20. Welcome to the RSI Awareness Website, strona internetowa <http://rsi.org.uk>
21. Cumulative Trauma Disorders in the Workplace. U.S. CDC-NIOSH Publication 95-119. 1995
22. 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. Wągrowaska-Koski, Oficyna Wydawnicza IMP w Łodzi, 2011

23. Conservative interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews, A. P. Verhagen, S. Bierma-Zeinstra, A. Burdorf, S. M. Stynes, H. de Vet, B. Koes, John Wiley & Sons, Ltd. 2013)
24. Ocena działań ukierunkowanych na utrzymanie zatrudnienia przez starszych pracowników w Polsce, J. Bugajska, K. Hildt-Ciupińska, Medycyna Pracy, 2012, 63, 4, s. 453-462
25. 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)
26. Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, red. W. Marciniak, A. Szulca, PZWL Warszawa 2003
27. Rehabilitacja medyczna, red. J. Kiwerski, PZWL Warszawa 2007
28. Rehabilitacja medyczna. Tom I, red. A. Kwolek, Urban&Partner, Wrocław 2003
29. Rehabilitacja ortopedyczna. Tom II, K. Wilk, Urban and Partner, Wrocław 2007
30. EU-OSHA (2004). Report on the priorities for occupational safety and health research in EU25. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
31. EuroFound (2007). The Fourth Working Conditions Survey. Dublin: Office for Official Publications of the European Communities.
32. Eurofound (2016), Sixth European Working Conditions Survey – Overview report, Publications Office of the European Union, Luxembourg
33. 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>)
34. 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>)
35. 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>)
36. 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>)
37. Work-related Musculoskeletal Disorders: A Lesson From the Past, F. Giuliano, Epidemiology 2010; 21(4)
38. 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)
39. 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>)
40. 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>)
41. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, GUS Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2014
42. Wypadki przy pracy w 2016 r., Opracowanie sygnalne Monitoring rynku pracy, GUS, Warszawa 21.03.2017
43. Choroby zawodowe w Polsce w 2015 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska U. Wilczyńska, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera - Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2016

44. Choroby zawodowe w Polsce w 2014 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska U. Wilczyńska W. Sobala, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera - Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2015
45. Udział czynników zawodowych i pozazawodowych w etiopatogenezie zespołu cieśni nadgarstka, J. Biernawska, A. Niemczyk, K. Pierzchała, Med. Pr. 2005;56(2)
46. Aktywność zawodowa osób 50+ w Polsce w aspekcie stanu ich zdrowia, E. Łastowiecka-Moras, J. Bugajska, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2015, 9
47. Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski, <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/>
48. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubuskiego, <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/>
49. Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa lubuskiego w zakresie 30 grup chorób, <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/>
50. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa lubuskiego <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/>
51. Rehabilitacja lecznicza ZUS, informacje na stronie ZUS: <http://www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus> (ost. spr. 2017.08.11)
52. Aktywność ekonomiczna ludności Polski I kwartał 2017 roku, GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2017
53. Aktywność ekonomiczna ludności Polski I kwartał 2016 roku, GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2016
54. Lista rankingowa Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa lubuskiego, [www.lubuskie.uw.gov.pl/download/3730.html](http://www.lubuskie.uw.gov.pl/download/3730.html)
55. The activation of mechanisms linking judgments of work design and management with musculoskeletal pain, R. Randall, A. Griffiths, T. Cox, C. Welsh, Ergonomics, 45, 2002
56. Sposób wykonywania pracy jako czynnik ryzyka zespołu cieśni nadgarstka, T. Makowiec-Dąbrowska, H. Sińczuk-Walczak, Z.W. Jóźwiak, P. Krawczyk-Adamus, Med. Pr. 2007;58(4)
57. Fizjoterapia a rehabilitacja medyczna – problemy semantyczne z nazewnictwem w fizjoterapii, E. Mikołajewska, Fizjoterapia 2011, 19, 4, 54-64
58. Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku, M. Lubecki, Hygeia Public Health 2011, 46(2): 249-255
59. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain, Mannion A.F. I wsp., Eur Spine J. 2006 Mar;15 Suppl 2: 192-300
60. Bank Danych Lokalnych. Stan Ludności. Ludność wg grup wieku i płci – województwo lubuskie. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>, dostęp z 10.12.2017.
61. 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 (dostęp 01.12.2017): <https://osha.europa.eu/pl/tools-and-publications/publications/research-review-rehabilitation-and-return-work-info-sheet/view>
62. 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](https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/30938/Zalacznik_18_Program_profilaktyczny.pdf)
63. Wykaz ośrodków współpracujących z ZUS w 2018 roku, pobrane z (dostęp 03.02.2018.): <http://www.zus.pl/documents/10182/167791/Wykaz+O+C5%9Brodk%C3%B3w+2018/2abcec37-8ea9-4b1c-beb8-150bca8ec40d>



## VIII. Spis Tabel

	Str.
Tabela 1. Punkty wykazu chorób zawodowych zawierające schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego .....	8
Tabela 2. Zestawienie patologii zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego .....	9
Tabela 3. Dziesięć najczęściej występujących schorzeń przewlekłych u osób dorosłych	16
Tabela 4. Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy w Polsce w 2015 r. ....	18
Tabela 5. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w Polsce w 2015 r. ....	18
Tabela 6. Choroby zawodowe w Polsce w 2015 r. według województw i jednostek chorobowych .....	21
Tabela 7. Zestawienie cen zabiegów, ćwiczeń, masaży i konsultacji w lubuskich placówkach (na podstawie cenników dostępnych w Internecie), z propozycją stawek uśrednionych .....	62

## IX. Spis Rycin

	Str.
Rycina 1. Piramidy wieku ludności dla lat 1990, 2015 i 2040 .....	4
Rycina 2. Prognozowana liczba ludności według wybranych grup wieku (w mln) .....	5
Rycina 3. Problemy zdrowotne wg grup zawodowych w krajach Unii Europejskiej EU28 .....	13
Rycina 4. Rodzaje problemów zdrowotnych związanych z pracą - Wielka Brytania 2015/16 ...	14
Rycina 5. 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 .....	14
Rycina 6. Całkowita liczba zaburzeń mięśniowo-szkieletowych (MSD) i zespołów cieśni nadgarstka. EU15, oprócz Niemiec, Grecji i Irlandii, 2005 .....	15
Rycina 7. Występowanie problemów zdrowotnych związanych z pracą według rodzajów najpoważniejszych problemów .....	17
Rycina 8. Struktura chorób zawodowych w Polsce w 2015 r. ....	18
Rycina 9. Liczba pacjentów rehabilitowanych w trybie ambulatoryjnym lub domowym na 100 tys. dorosłych oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta .....	23
Rycina 10. Liczba świadczeniodawców w poszczególnych powiatach realizujących rehabilitację w trybie ambulatoryjnym lub domowym; łącznie 80 świadczeniodawców w województwie .....	24
Rycina 11. Schemat Programu z podziałem na etapy .....	49

## X. ZAŁĄCZNIKI:

	Str.
Załącznik 1. Wniosek o włączenie do Programu wraz ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych i oświadczeniem dotyczącym statusu zatrudnienia .....	70
Załącznik 2. Zaproszenie do Programu połączone ze skierowaniem lekarskim .....	71
Załącznik 3. Informacja o braku podstaw do włączenia do Programu z uzasadnieniem .....	72
Załącznik 4. Oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie .....	73
Załącznik 5. Skierowanie na zabiegi .....	74
Załącznik 6. Zestawienie zabiegów i interwencji uczestnika .....	75
Załącznik 7. Opinia konsultacyjna psychologa .....	77
Załącznik 8. Opinia konsultacyjna lekarza medycyny pracy .....	78
Załącznik 9. Ankieta wstępna uczestnika Programu .....	79
Załącznik 10. Ankieta końcowa uczestnika Programu .....	81
Załącznik 11. Lista uczestników szkolenia .....	83
Załącznik 12. Opinia na temat Programu z oceną jakości .....	84
Załącznik 13. Karta uczestnika Programu .....	86
Załącznik 14. Informacja o odbytej rehabilitacji .....	87
Załącznik 15. Rejestr osób, które zgłosiły się do udziału w Programie .....	88
Załącznik 16. Zbiorcza ocena efektów rehabilitacji w Programie .....	90

**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 składam niniejszy wniosek, ani nie posiadam aktualnego skierowania na rehabilitację do tego ośrodka od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
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: .....

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej

\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

## 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



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 realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020

**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. Inny powód: .....

.....  
podpis koordynatora Programu

---

\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór



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

## 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
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
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

### 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





### 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 9

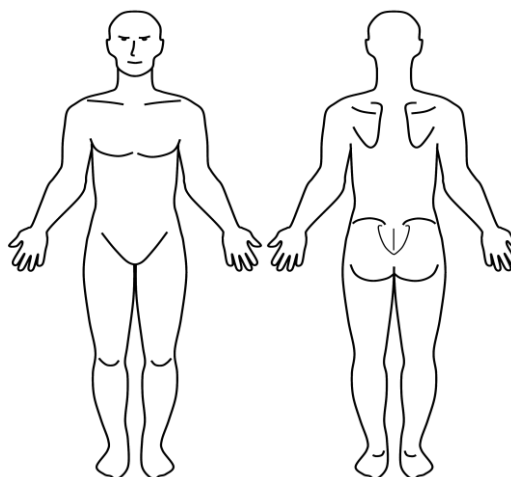
Prosimy uprzejmie o uważne wypełnienie ankiety wstępnej. Podane informacje będą przydatne przy planowaniu Pani/Pana rehabilitacji, a także przy ocenie jej efektów (porównanie ich z informacjami podanymi na zakończenie Programu). Szczególnie ważne jest ustalenie głównego problemu zdrowotnego, jaki wymaga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

1. Imię i nazwisko uczestnika: ..... 2. Wiek .....

3. Jestem osobą \*):  pracującą (wykonywana praca: .....)  
 bezrobotną (od jak dawna? – w latach: .....)

### 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.

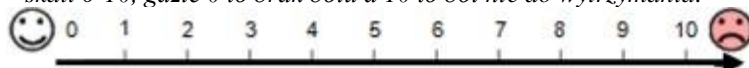


Miejsce moich dolegliwości: .....

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.

	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
<b>Ubieranie się i dbanie o wygląd</b>					
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"/>	.....
umyć samodzielnie włosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Wstawanie</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
wstać z krzesła bez poręczy?	<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"/>	.....
<b>Jedzenie</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
pokroić mięso na talerzu?	<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"/>	.....
otworzyć nowy karton mleka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Chodzenie</b>					
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"/>	.....
wejść po pięciu schodach?	<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	Niezdolny do zrobienia	
<b>Higiena</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
umyć się i wytrzeć?	<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"/>	.....
usiąść na sedesie i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Sięganie</b>					
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"/>	.....
schylić się aby podnieść odzież z podłogi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Chwywanie</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
otworzyć drzwi w samochodzie?	<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"/>	.....
odkręcić i zakręcić kran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Czynności różne</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
załatwiać różne sprawy, robić zakupy?	<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"/>	.....
wykonywać prace domowe np.: odkurzenie, prace w ogrodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
					Łącznie: .....

**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 10

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: ..... 2. Wiek .....

### 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.

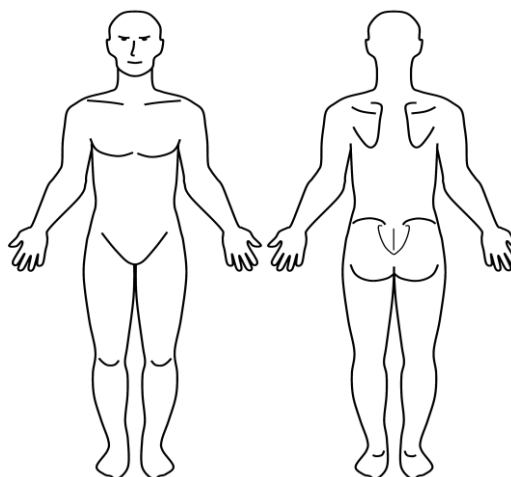
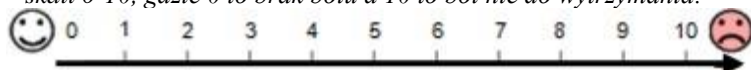
Miejsce moich dolegliwości: .....

.....

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:



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

5. **Zaburzenia funkcji.** Poniższe pytanie pozwolą dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana aktualną sprawność funkcjonowania w życiu codziennym.

	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
<b>Ubieranie się i dbanie o wygląd</b>					
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"/>	.....
umyć samodzielnie włosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Wstawanie</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie: wstać z krzesła bez poręczy?	<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"/>	.....
<b>Jedzenie</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie: pokroić mięso na talerzu?	<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"/>	.....
otworzyć nowy karton mleka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Chodzenie</b>					
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"/>	.....
wejść po pięciu schodach?	<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	Niezdolny do zrobienia	
<b>Higiena</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
umyc się i wytrzeć?	<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"/>	.....
usiąść na sedesie i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Sięganie</b>					
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"/>	.....
schylić się aby podnieść odzież z podłogi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Chwywanie</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
otworzyć drzwi w samochodzie?	<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"/>	.....
odkręcić i zakręcić kran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Czynności różne</b>					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
załatwiać różne sprawy, robić zakupy?	<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"/>	.....
wykonywać prace domowe np.: odkurzenie, prace w ogrodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
					Łącznie: .....

**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





**LISTA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA/TRENINGU PSYCHOLOGICZNEGO**  
w dniu .....

Temat szkolenia: .....

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Podpis

.....  
podpis i pieczęć koordynatora Programu

**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!**

### 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					X	X
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  trening psychol.

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

**Uwagi:** .....

.....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć koordynatora Programu

**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



## REJESTR OSÓB, KTÓRE ZGŁOSIŁY SIĘ DO UDZIAŁU W PROGRAMIE

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

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

.....  
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.													
1. zap. ścięgien														
2. zap. kaletki														
3. uszk. łąkotki														
4. zesp. bolesnego barku														
5. łokieć tenisisty/golfisty														
6. zmęczeniowe złam. kości														
7. mononeuropatie														
8. zespół wibracyjny														
9. choroba dekompresyjna														
10. ch. zakaźne z obj. kostno-st.														
11. zespół ból. kręgosłupa														
12. zap. mięśni														
13. uszk. torebki stawowej														
14. martwica kk. nadgarstka														
15. wypadki w zatrudnieniu														
Kolejny miesiąc trwania Programu	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11	12.	<b>Łącznie:</b>	

.....  
podpis i pieczęć koordynatora Programu

## ZBIORCZA OCENA EFEKTÓW REHABILITACJI W PROGRAMIE

..... rok trwania Programu

Kolejny miesiąc trwania Programu	liczba uczestników włączonych do Programu w danym miesiącu	liczba osób, które korzystają z rehabilitacji <u>po raz pierwszy</u> od roku	liczba osób, które oczekiwały na rehabilitację w ramach Programu <u>nie więcej niż 4 tyg.</u>	liczba osób, które w efekcie rehabilitacji doznały poprawy w zakresie				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.									
<b>Łącznie:</b>									

.....  
podpis i pieczęć koordynatora Programu