ZAŁĄCZNIK NR 9

Regionalny Program Zdrowotny pn. „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy”

Opole, maj 2020 r.

PROGRAM REHABILITACJI MEDYCZNEJ UŁATWIAJĄCY POWROTY DO PRACY

OKRES REALIZACJI PROGRAMU

2016-2020

Podstawa prawna realizacji programu

Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. 2016 poz. 217)

Autor programu:

Samorząd Województwa Opolskiego

Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego 5

a) Problem Zdrowotny 5

b) Epidemiologia 13

c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego 20

d) Obecne postępowanie - dostępne finansowanie ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej 20

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 27

2. Cele programu 33

a) Cel główny 33

b) Cele szczegółowe 33

c) Oczekiwane efekty 34

d) Mierniki efektywności 34

3. Adresaci programu 35

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe 35

b) Tryb zapraszania do programu 37

4. Organizacja programu 38

a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne 38

b) Planowane interwencje 38

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników 53

d) Zasady udzielania świadczeń 54

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi 55

f) Spójność merytoryczna i organizacyjna 56

g) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania 56

h) Bezpieczeństwo planowanych interwencji 56

i) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu 57

j) Dowody skuteczności 57

5. Koszty 60

6. Monitorowanie i ewaluacja 62

a) Ocena zgłaszalności do programu 63

b) Ocena jakości świadczeń w Programie 63

c) Ocena efektywności programu 63

d) Ocena trwałości efektów Programu 64

7. Okres realizacji programu.....64

8. Piśmiennictwo.....65

9. Załączniki 71

1. Opis problemu zdrowotnego

a) Problem Zdrowotny

Do przyczyn dezaktywizacji zawodowej należy wiele nabytych schorzeń, które uniemożliwiają uczestnictwo w życiu zawodowym i społecznym. Utrudniają one wykonywanie podstawowych, dotychczasowo podejmowanych czynności. Szczególnie ważne jest więc wdrożenie takich działań, które wpłyną na przywrócenie sprawności zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej.

Podjęcie czynności zmierzających do poprawy stanu zdrowia osób po schorzeniach, wpłynie w sposób korzystny na obecną sytuację rynku pracy. Konieczne zatem jest zastosowanie odpowiedniej rehabilitacji dla danej jednostki chorobowej.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, rehabilitacja jest *,,kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania chorego do nowego życia oraz umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności"* [1]. Należy ją zorganizować w taki sposób, aby oddziaływała na wiele aspektów życia pacjenta i była realizowana w sposób regularny. Zastosowane w jej ramach działania mają na celu osiągnięcie maksymalnej dla pacjenta z dysfunkcją integracji społecznej.

Istnieją cztery kanony polskiego modelu rehabilitacji medycznej, zaakceptowane na posiedzeniu Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1970 r. Na tej podstawie rehabilitację leczniczą powinna charakteryzować:

- powszechność - co oznacza swobodny dostęp do różnego rodzaju świadczeń rehabilitacyjnych wszystkim pacjentom, którzy jej potrzebują,
- wczesność zapoczątkowania - działania w ramach rehabilitacji powinny być rozpoczęte w jak najkrótszym okresie po wystąpieniu schorzenia lub urazu. Umożliwia to szybsze odzyskanie utraconych funkcji lub wykształcenie mechanizmów kompensacyjnych, które je zastąpią,
- zespołowość (kompleksowość) - realizowana z udziałem różnych specjalistów: lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek, a także psychologów, logopedów, edukatorów i pracowników socjalnych,
- ciągłość - odpowiednio prowadzona powinna mieć charakter nieprzerwany i być zapoczątkowana już na oddziale szpitalnym, a następnie kontynuowana w poradni rehabilitacyjnej[2].

Zwiększenie i wyrównanie dostępu do usług rehabilitacyjnych jest zgodne z oczekiwaniami *Krajowych Ram Strategicznych - Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata*

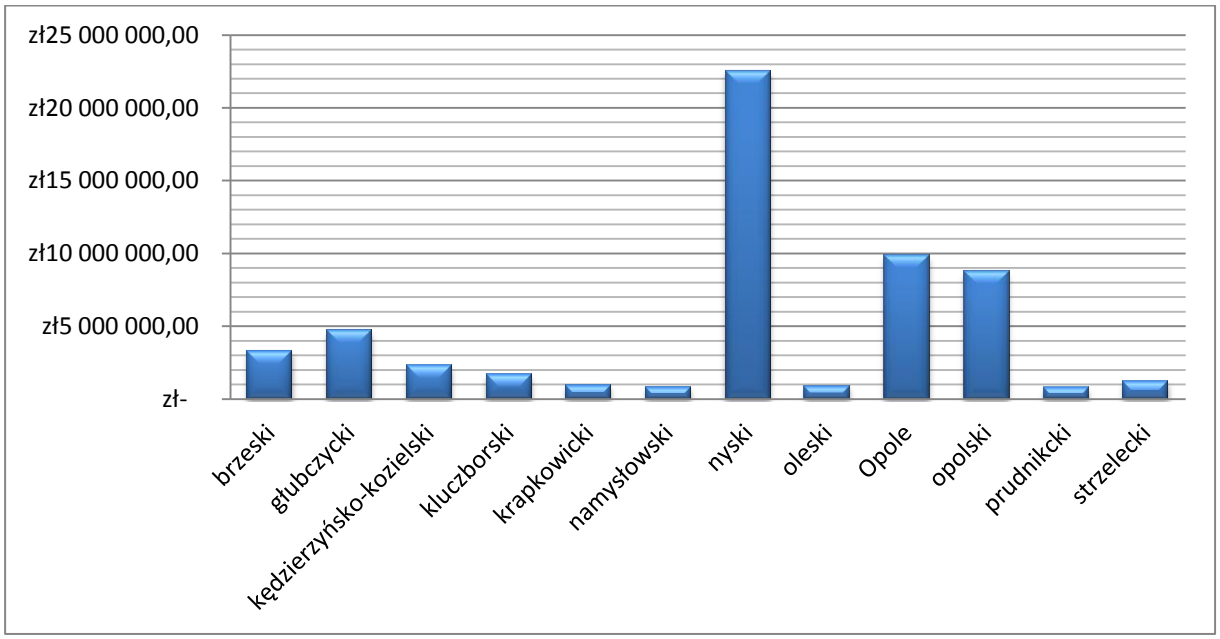
[1] World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps, WHO, Geneva 1980, s. 449-508

[2] Raport Najwyższej Izby Kontroli, Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej- informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2014, s. 5, https://www.nik.gov.pl/plik/id,7435,vp,9348.pdf [dostęp: 26.01.2016]

2014-2020 i *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020*[3].

Działania zawarte w *Programie rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy* mają na celu wzrost dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych na terenie województwa opolskiego, co według danych zawartych w *Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–2020*, realizowane jest w sposób niedostateczny[4]. Mieszkańcy większości powiatów województwa opolskiego, nie mają odpowiedniego dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej, co obrazuje poniższe zestawienie graficzne.

Wykres 1. Wartość kontraktów Narodowego Funduszu Zdrowia z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej w poszczególnych powiatach województwa opolskiego.



Źródło: Informator o zawartych umowach, Narodowy Fundusz Zdrowia, https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy; Urząd Statystyczny w Opolu [dostęp: dnia 05.07.2016 r.]

Diagnoza społeczna przygotowywana co roku przez Radę Monitoringu Społecznego pokazuje, że z roku na rok utrzymuje się wysoki odsetek osób deklarujących, jako przyczynę pozostawania bez pracy, swój zły stan zdrowia. Szczególnie niepokojący jest rosnący odsetek tych osób w grupie wiekowej powyżej 55 r.ż. Zastanawiający jest również fakt, że większa ilość osób uzasadnia brak pracy złym stanem zdrowia, niż trudnościami w znalezieniu zatrudnienia.

[3] Krajowe ramy strategiczne- Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Warszawa, 2015; Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Opole 2014

[4] Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr. 4487/2013 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 23 grudnia 2013 r. http://opolskie.pl/docs/strategia_ochrony_zdrowia1.pdf [dostęp: 25.01.2016]

Tabela 1. Struktura osób niepracujących według płci i wieku oraz wybranych przyczyn pozostawania bez pracy w kolejnych podokresach lat 2000-2015 (w proc. dla danej grupy ludności)

Wiek/ płeć	Nauka	Zajmowanie się domem	Opieka nad dziećmi	Zdrowie	Nieodpowiedni wiek	Emerytura	Trudności ze znalezieniem pracy	Otrzymywanie świadczeń społecznych	Brak chęci do pracy	Opieka nad niepełnosprawnymi/ starszymi członkami gosp. dom.
2000-2007										
Ogółem	24,3	7,1	6,5	15,7	11,6	33,9	13,9	4,3	2,4	1,85
Kobiety	53,1	96,1	96,1	57,2	66,6	37,9	58,4	57,2	63,1	
Mężczyźni	46,9	3,9	3,9	42,8	33,4	62,1	41,6	42,8	36,9	
15- 24	90,6	4,2*	11,7*		29,8		20,3*		36,7*	
25-29	7,6	10,5	20,7	9,8*			12,2			
30-34		16,8	24,0			0,6*	10,2	30,7*		
35-39		16,1	18,6		3,6*		9,9			**
40-44	1,8*	12,0	11,0	3,9			10,2		63,3*	
45-49		11,2	5,4	9,6			9,5			
50-54		14,2	5,0	17,3	6,0	2,1	14,2	17,8		
55+		14,9	3,7	59,4	60,6	97,3	13,4	52,0		
2005-2009										
Ogółem	25,6	8,4	9,0	15,7	12	40,4	15,5	4,4	3,8	2,5
Kobiety	50,5	92,4	95,6	51,7	66,7	62,0	54,4	55,2	57,6	77,3
Mężczyźni	49,5	7,6	4,4	48,2	33,2	38,0	45,6	44,6	42,4	22,7
do 24 lat	89,1	7,6	13,3	5,1*	26,1		16,1	11,6*	28,6	
25-29	9,0	11,3	23,2				15,1		16,2	
30-34		15,9	26,2	5,5*		1,3*	10,8			31,7*
35-39		14,5	18,5		3,6*		9,2	11,5*		
40-44	1,9*	11,1	7,8	4,8			8,9		20,7*	
45-49		10,2	5,3	7,6			10,7	20,0*		33,2*
50-54		12,6	5,7*	17,6	5,5	2,3	15,5			
55+		16,8		59,3	64,8	96,4	13,7	57,0	34,6	35,1
2007-2011										
Ogółem	26,6	6,5	6,3	13,7	8,9	43,5	9,8	3,1	2,7	1,5
Kobiety	53,5	96,1	98,1	50,0	72,1	63,7	59,2	62,9	64,2	75,5
Mężczyźni	46,5	3,9	2,9	50,0	27,9	36,3	40,8	37,1	35,9	24,5
15- 24	92,5	4,7	9,4	5,6*	27,4		19,2		21,3	
25-29	6,5	8,5	18,1				17,9		13,6*	
30-34		15,5	32,1	5,0*		0*	6,9	15,9*		28,6*
35-39		10,6	15,2		1,9*		6,3			
40-44	0,9*	11,5	9,4	4,8			5,1		14,0*	
45-49		12,6	6,3	6,6		1,1*	9,9			36,7*
50-54		13,8	9,6*	17,2	4,2		14,0	14,9	50,6*	
55+		22,8		60,8	66,5	98,7	20,8	69,2		34,7
2011-2013										
Ogółem	19,9	6,9	7,0	12,9	8,2	40,9	17,6	2,7	2,3	2,0
Kobiety	52,3	93,8	97,0	46,3	67,5	63,0	52,6	70,4	54,2	75,6
Mężczyźni	47,7	6,2	3,0	53,7	32,5	37,0	47,4	29,6	45,8	24,4
15- 24	91,3	6,3	8,8	6,2*	19,3		18,3	8,1*	24,9	7,0*
25-29	6,7	10,6	23,2				16,0		9,0	
30-34		19,3	32,3	6,9*		1,2*	12,2			8,5
35-39		12,8	17,1		3,1*		9,0	11,2*	9,9*	9,6
40-44	2,0*	10,2	9,3	4,1			9,1			8,6
45-49		9,4	3,2	7,7			7,7	7,2	11,1*	14,0
50-54		11,0	6,1*	13,1	5,5	1,7	10,1	8,3		13,4
55+		20,4		62,1	72,4	97,1	17,7	65,1	45,6	38,8
2013-2015										
Ogółem	17,3	7,4	7,7	14,2	6,9	46,1	13,3	3,3	2,4	2,0
Kobiety	54,2	96,7	98,3	48,5	69,3	64,5	58,0	63,6	65,7	80,3
Mężczyźni	45,8	3,3	1,7	51,5	30,7	35,5	42,0	36,4	34,3	19,7
15- 24	86,5	2,3	7,6	2,3			12,3		15,2	
25-29	11,3	7,8	17,2	2,4			10,6	11,0*		12,1*
30-34		12,9	26,6	4,9			11,5			
35-39		17,2	23,2	3,7	4,2*	1,6*	10,7		28,5*	13,7
40-44	2,3*	13,8	13,3	5,9			9,4	10,8*		20,4*
45-49		8,1	4,4	6,5			7,2			
50-54		11,5	3,9	12,7			11,9	8,3		14,7
55+		26,3	3,9	61,7	76,9	98,4	26,4	69,8	56,4	39,1

Uwaga: Respondent mógł wskazać maksymalnie 3 przyczyny.
* łączenie grup wieku ze względu na małe liczebności
** zbyt małe liczebności do analizy struktury według cech społeczno-gospodarczych

Źródło: Źródło: J. Czapiński, T. Panek, Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015

Według danych statystycznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) koszty na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2014 roku wyniosły 32 539,8 mln zł. W porównaniu z 2013 rokiem, kiedy koszty na takie świadczenia wynosiły 32 276,1 mln zł, odnotowano ich wzrost o kwotę 263,7 mln zł. Największą ilość funduszy przeznaczono wówczas na renty z tytułu niezdolności do pracy[5]. W województwie opolskim wydatki spowodowane niezdolnością do pracy wyniosły wtedy 602 699,2 tys. zł, co stanowi odpowiednio 1,9 % ogółu wydatków.

W wyniku nabycia pewnych schorzeń, nieunikniona jest rezygnacja z życia zawodowego. Ze względu na brak sprawności niemożliwym staje się wykonywanie obowiązków, które do czasu wystąpienia choroby nie sprawiały trudności. Taka sytuacja oddziałuje na stan psychiczny chorego, który czuje się wykluczony z życia społecznego. Niezbędna staje się wówczas pomoc, w postaci wdrożenia procesu rehabilitacji.

Wśród najczęstszej grupy schorzeń powodujących dezaktywizację zawodową, a zarazem generujących największe wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy należą:

- urazy spowodowane wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową (stanowiące 23,7 % wydatków na renty ogółem),
- choroby układu krążenia (stanowiące 23,3% wydatków na renty ogółem),
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (stanowiące 20,0% wydatków na renty ogółem),
- choroby układu kostno-stawowego (stanowiące 13,2% wydatków na renty ogółem)[6].

[5] E. Karczniewicz, A. Kania, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2014 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2016, s. 9, 10, http://www.zus.pl/default.asp?p=1&id=1361&searchString=niepe%B3nosprawni&zakres=4[dostęp: 25.01.2016]

[6] Ibidem, s. 38

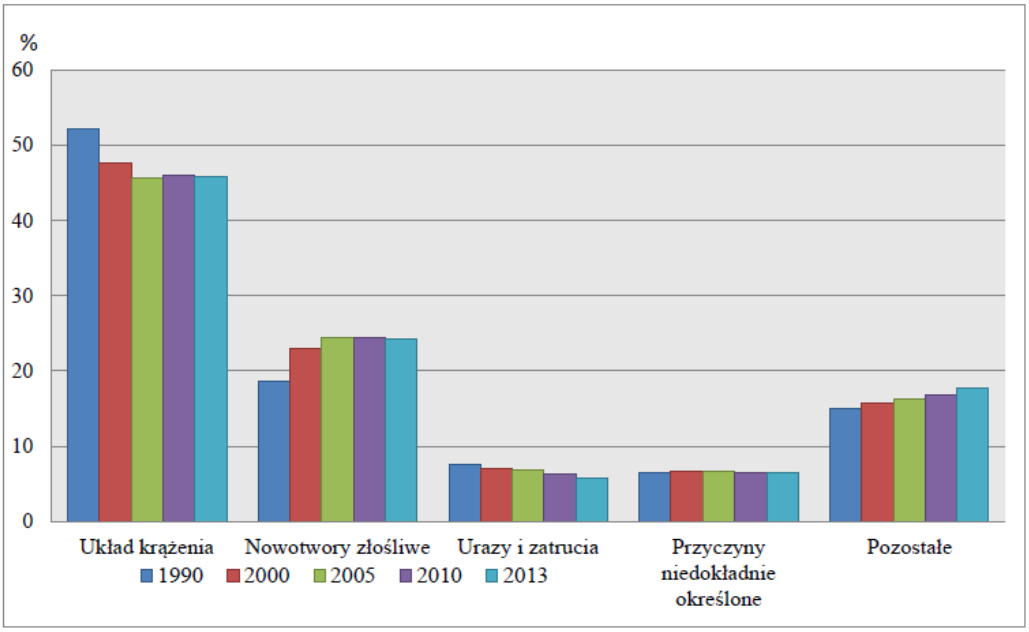
Tabela 2. Przeciętna kwota wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2014 r. według rodzajów świadczeń i grup chorobowych

Grupy chorobowe	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty z tytułu niezdolności do pracy - wypadkowe	Renty socjalne	Świadczenie rehabilita-cyjne	Absencja chorobowa finansowana z FUS i funduszy zakładów pracy
	w zł				
OGÓŁEM (A00 - Z99)	**663,81**	**157,15**	**83,91**	**54,46**	**575,46**
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00 - B99)	4,21	2,45	0,23	0,48	4,69
Nowotwory (C00 - D48)	39,64	4,94	1,44	6,69	17,85
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych (D50 - D89)	1,32	0,16	0,25	0,21	1,45
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00 - E90)	18,75	1,05	1,15	0,70	4,74
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 - F99)	132,73	12,77	50,57	7,69	48,50
Choroby układu nerwowego (G00 - G99)	62,40	9,04	13,55	4,76	45,73
Choroby oka i przydatków oka (H00 - H59)	28,01	5,74	3,44	0,40	3,76
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego (H60 - H95)	13,40	11,79	0,89	0,11	2,24
Choroby układu krążenia (I00 - I99)	154,41	19,08	1,33	6,45	31,41
Choroby układu oddechowego (J00 - J99)	37,94	25,56	0,39	0,72	56,04
Choroby układu trawiennego (K00 - K93)	7,62	1,05	0,42	1,05	20,55
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00 - L99)	4,49	3,66	0,09	0,23	4,27
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	87,38	13,89	2,19	13,92	74,24
Choroby układu moczowo-płciowego (N00 - N99)	8,24	0,55	0,83	0,45	15,26
Ciąża, poród i połóg (O00 - O99)	-	-	-	-	160,49
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00 - P96)	-	-	-	-	0,02
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenie i aberracje chromosomowe (Q00 - Q99)	2,15	0,27	5,63	0,48	0,27
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane (R00 - R99)	2,18	1,53	0,04	0,15	6,91
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00 - T98)	56,56	42,80	1,35	9,78	69,07
Zewnętrzne przyczyny zachorowań i zgonu (V01 - Y98)	0,63	0,67	0,01	0,01	0,48
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia (Z00 - Z99)	1,75	0,14	0,11	0,16	7,49

Źródło: E. Karczniewicz, A. Kania, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2014 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2016

Analizując powyższą tabelę w każdej grupie świadczeń znaczącą pozycję stanowią wydatki dot. chorób układu krążenia. Wraz z rozwojem cywilizacyjnym dochodzi do wzrostu zapadalności na choroby układu sercowo-naczyniowego u osób dorosłych. W Polsce choroby te stanowią najczęstszą przyczynę zgonów (46,2%), następnie schorzenia onkologiczne (25%) oraz wypadki (6,3%). Wzrasta również liczba młodych osób, które wymagają diagnostyki kardiologicznej, a następnie stałej farmakoterapii[7]. W celu zmniejszenia liczby osób nieaktywnych zawodowo i społecznie z powodu nabytej ww. dysfunkcji, priorytetem jest zwiększenie, a także wyrównanie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji. Mimo wysokich kosztów sprzętowych, jak i kadrowych związanych z jej realizacją ma ona znaczący wpływ na poprawę stanu zdrowia oraz jakości życia ludzi.

Wykres 2. Zgony według przyczyn w latach 1990-2013



Źródło: Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, GUS Warszawa 2014

Choroby układu sercowo-naczyniowego są przewlekłymi chorobami rozwijającymi się zazwyczaj „podstępnie" przez całe życie i do czasu wystąpienia objawów klinicznych zwykle ulegają progresji do zaawansowanego stadium. Choroby układu krążenia stanowią zbiór schorzeń o odmiennej patogenezie, do którego należą m.in. schorzenia o podłożu miażdżycowym, wrodzone wady rozwojowe serca, kardiomiopatie, w tym uwarunkowane genetycznie, choroby zapalne[8]. Etiologia chorób sercowo-naczyniowych jest złożona i nie jest możliwe określenie ich jednej konkretnej przyczyny – można natomiast wskazać czynniki,

[7] A. Lewandowska, Rola rehabilitacji w profilaktyce i leczeniu otyłości u pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, Kinezyterapia nr 4, 2013, s. 26

[8] Więckowska, B (red.). (2015) Proces leczenia w Polsce – analizy i modele , Tom II Kardiologia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa

które zwiększają ryzyko wystąpienia choroby (jednak brak tych czynników nie wyklucza możliwości zachorowania)[9].

Wśród czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych wyróżnia się czynniki modyfikowalne oraz niemodyfikowalne. Do czynników ryzyka podlegających modyfikacji należą:

- nieprawidłowe nawyki żywieniowe,
- palenie tytoniu,
- mała aktywność fizyczna,
- podwyższone ciśnienie tętnicze,
- zaburzenia lipidowe (zwiększone stężenie cholesterolu LDL w osoczu, niskie stężenie cholesterolu HDL, zwiększone stężenie triglicerydów),
- zaburzenia gospodarki węglowodanowej (nieprawidłowa tolerancja glukozy lub cukrzyca),
- nieprawidłowa masa ciała (nadwaga lub otyłość).

Modyfikacji nie podlega natomiast:

- wiek (mężczyźni ≥45 lat, kobiety ≥55 lat),
- płeć (większe ryzyko u mężczyzn niż u kobiet przed menopauzą),
- obciążający wywiad rodzinny (wcześniejsze występowanie w rodzinie chorób o podłożu miażdżycowym).

Ponadto wyróżnia się tzw. nowe czynniki i markery istotne z perspektywy oceny ryzyka sercowo-naczyniowego, do których należą: wskaźniki reakcji zapalnej (hs-CRP, fibrynogen) oraz biomarkery zakrzepowe (homocysteina, fosfolipaza A2 związana z lipoproteinami)[10].

Poszczególne schorzenia kardiologiczne wymagają zastosowania odmiennej diagnostyki i algorytmów terapeutycznych. Leczenie obejmuje terapię niefarmakologiczną, farmakoterapię oraz zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, elektroterapii – nisko i wysoko energetycznej oraz terapii ablacyjnej zaburzeń rytmu i kardiochirurgii. Rokowanie u pacjentów często zależy od obecności chorób współistniejących. Zdecydowana większość chorych wymaga jednak opieki kardiologicznej do końca życia.

Choroby układu krążenia klasyfikowane są w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Światowa Organizacja Zdrowia). Klasyfikacja ta obejmuje m.in:

- Ostra choroba reumatyczna (I00- I02)
- Przewlekła choroba reumatyczna serca (I05- I09)
- Choroba nadciśnieniowa (I10- I15)
- Choroba niedokrwienna serca (I20- I25)
- Zespół sercowo- płucny i choroby krążenia płucnego (I26- I28)
- Inne choroby serca (I30- I52)

[9] Podolec P., Kopeć G., Pająk A. (2007) Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki Tom 1, red. Podolec, P., Medycyna Praktyczna, Kraków

[10] Więckowska, B (red.). (2015) Proces leczenia w Polsce – analizy i modele , Tom II Kardiologia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa

- Choroby naczyń mózgowych (I60- I69)
- Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych (I70- I79)
- Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej (I80- I89)
- Inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia (I95- I99).

W efekcie chorób naczyń mózgowych, występują bardzo często zaburzenia neurologiczne, które wymagają specyficznej rehabilitacji. Do chorób naczyń mózgowych zaliczamy: zawały mózgu, krwotoki śródczaszkowe, krwotoki podpajęczynówkowe, zwężenia tętnic przedmózgowych i mózgowych nieprowadzące do zawału mózgu, inne patologie naczyniowe mózgu oraz następstwa chorób naczyniowych mózgu. Choroby naczyń mózgowych, a w szczególności udar mózgu, stanowią coraz istotniejszy problem zarówno medyczny, społeczny oraz ekonomiczny. Schorzenie to przyczynia się w znacznym stopniu do zwiększenia liczby osób niezdolnych do pracy. W wyniku wystąpienia choroby następuje utrata sprawności, a tym samym pogarsza się jakość życia. Ocenia się, że w okresie 6 miesięcy od wystąpienia incydentu, u 48% pacjentów utrzymuje się niedowład połowiczny, 22% nie porusza się samodzielnie, 24-53% wymaga pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności, natomiast u 12-18% obserwuje się zaburzenia mowy[11]. Chorzy często czują się wyobcowani, trudno im zaakceptować zaistniałą sytuację. Uzyskanie poprawy stanu zdrowia i powstrzymanie rozwoju schorzenia jest możliwe dzięki zastosowaniu odpowiedniej rehabilitacji z udziałem wielu specjalistów.

Wobec powyższego ważną kwestią jest uwzględnienie w programach polityki zdrowotnej rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia, zwłaszcza w zakresie chorób naczyń mózgowych.

Wstępowanie zjawiska niepełnosprawności w wyniku nabycia pewnych schorzeń jest coraz bardziej rozpowszechnionym zjawiskiem. Prowadzi do wielu następstw zarówno w kwestii jednostkowej, jak i w wymiarze ogólnospołecznym.

W przypadku niektórych jednostek chorobowych zastosowanie odpowiedniego i przede wszystkim, szybkiego postępowania może zapobiec nie tylko absencji chorobowej, ale także znacznie obniżyć wskaźniki umieralności. Raport Najwyższej Izby Kontroli wskazuje jednak, że w większości województw pomimo wzrostu finansowania rehabilitacji leczniczej, w 2012 r. liczba osób oczekujących na ten typ świadczeń zwiększyła się. Wydłużył się również czas oczekiwania. W 2013 r. sytuacja ponownie uległa pogorszeniu[12].

Bez względu od rodzaju choroby, która doprowadziła do niepełnosprawności, niezwykle istotną rolę odgrywa rehabilitacja**. Ważne jest, aby była ona realizowana w sposób regularny, była kompleksowa, oparta o Ewidence Based Medicine i wdrożona od początku zaistnienia choroby.** Ponadto, z powodu ograniczeń finansowych oraz długiego czasu oczekiwania pacjentów na tego rodzaju świadczenia, wdrożenie programu zwiększającego ich dostępność jest w pełni uzasadnione.

[11] A. Członkowska, I. Sarzyńska-Długosz ,A. Kwolek, M. Krawczyk, Ocena potrzeb w dziedzinie wczesnej rehabilitacji poudarowej w Polsce, Neurologia i Neurochirurgia Polska 2006, 40, 6: 471-477

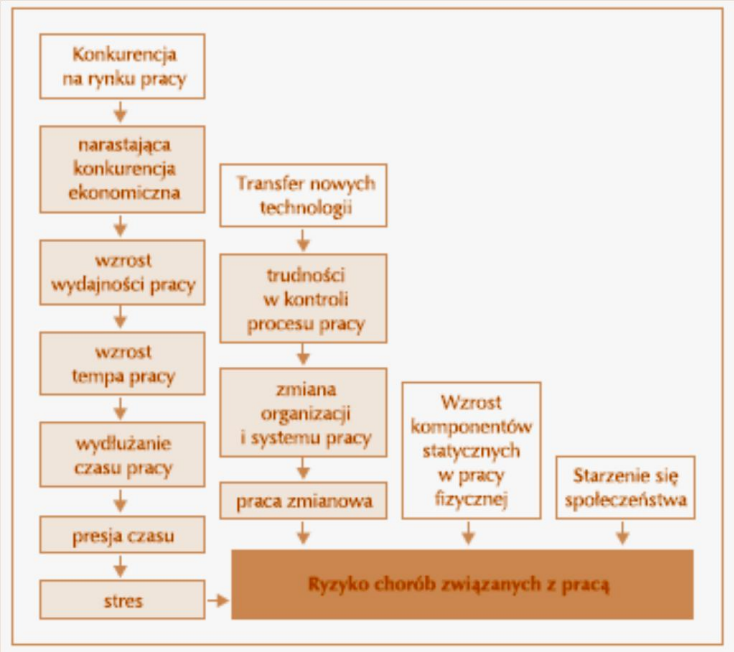
[12] DOSTĘPNOŚĆ i FINANSOWANIE REHABILITACJI LECZNICZEJ, Najwyższej Izby Kontroli, Nr ewid. 37/2014/P/13/131/KZD

b) Epidemiologia

W Europie obserwowany jest proces zmiany struktury demograficznej, którego cechą jest stale rosnący udział osób starszych w ogólnej populacji. W 2010 r. w państwach członkowskich (średnia dla 27 krajów UE) żyło nieco ponad 87 mln osób w wieku 65 lat i starszych, co stanowiło ok. 17,4% ludności Europy. Szacuje się, że w roku 2050 r. liczebność tej populacji wzrośnie do ok. 35%[13]. Warto podkreślić, że – według prognoz – Polska będzie najszybciej starzejącym się państwem Europy. Całkowita liczebność populacji wzrośnie z 15,8% w 2015 r. do 32,7% w 2050 r[14].

W ostatnich latach, dzięki rozwojowi nauki, wprowadzaniu nowoczesnych technologii, a także skutecznej profilaktyce obserwujemy spadkową tendencję częstości występowania chorób zawodowych, których w roku 2005 rozpoznano 3-krotnie mniej niż w roku 1999. Nie jest to jednak równoznaczne z poprawą stanu zdrowia populacji pracującej. Nowe trendy w gospodarce i zmieniające się warunki pracy sprawiają, że pojawiają się nowe zagrożenia związane zarówno z wprowadzaniem nowoczesnych technologii, jak i nowych sposobów organizacji pracy, wśród nich praca z dużym obciążeniem nerwowo-emocjonalnym, różne formy pracy zmianowej, praca z dużym obciążeniem statycznym, praca siedząca itp. Czynniki te mogą przyczyniać się do powstania i rozwoju chorób związanych z pracą, w tym chorób układu krążenia (rys. 1).

Rysunek 1 Związek zmieniających się warunków pracy na ryzyko chorób związanych z pracą



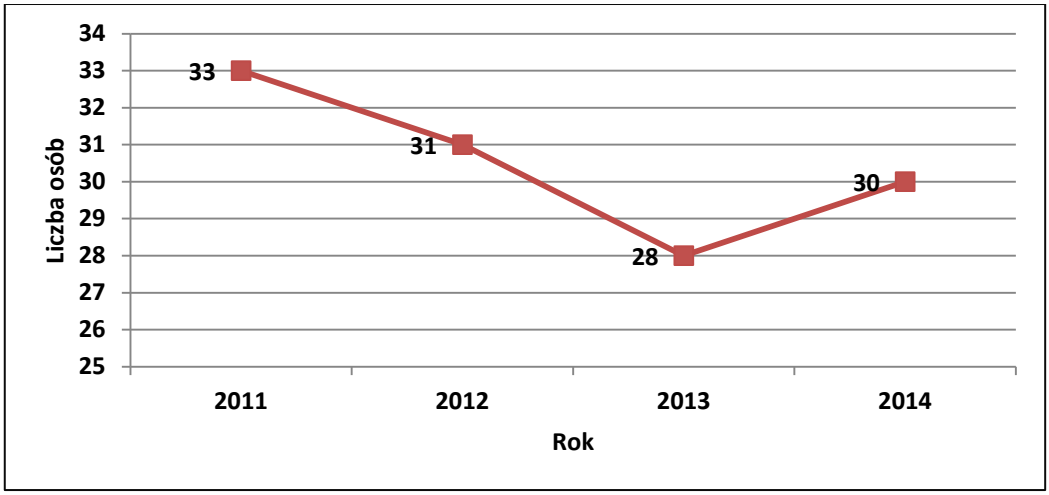
Źródło: Bordkiewicz A. Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej; poradnik dla lekarzy, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2011

[13] Eurostat. Statistical Books. Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012.
[14] Rocznik Demograficzny 2015, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa październik 2015

Choroby te są uznane za choroby związane z pracą, ponieważ mają złożoną etiologię, występują w populacji generalnej, a zagrożenia zawodowe i warunki pracy stanowią jeden z możliwych czynników ryzyka wpływających na ujawnienie, przyspieszenie lub pogorszenie przebiegu choroby. Z tego względu powinny być przedmiotem szczególnego zainteresowania lekarzy medycyny pracy. Choroby układu krążenia stanowią zarówno w Polsce, jak i na świecie duży problem społeczny i ekonomiczny. Mimo że w ostatnich latach zachorowalność na choroby układu krążenia zaczęła spadać, szacuje się, iż ze względu na starzejące się społeczeństwo będą one nadal najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie w XXI wieku. W Polsce od wielu lat są one przyczyną prawie połowy wszystkich zgonów i stanowią główne zagrożenie zdrowia Polaków[15]. W związku z powyższym ograniczenie dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej może skutkować poważnymi konsekwencjami związanymi z pogorszeniem wskaźników epidemiologicznych i sytuacji społecznej.

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2014 r. wynika, że na terenie Polski znajdowało się 1 876 tys. osób biernych zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności[16]. Z kolei w województwie opolskim zarejestrowano 30 tys. takich przypadków. Liczba ta uległa spadkowi w 2013 r. do 28 tys. jednak w 2014 r. można zaobserwować trend wzrostowy (Wykres 3.)[17]. Priorytetowym działaniem powinno być więc zapobieganie zjawisku niepełnosprawności, poprzez zastosowanie u pacjentów kompleksowej rehabilitacji leczniczej. Ponadto poprawa stanu zdrowia i ogólnej sprawności zwiększy szansę powrotu na rynek pracy.

Wykres 3. Liczba osób biernych zawodowo w województwie opolskim z powodu choroby lub niepełnosprawności (w tys. osób)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.dims?p_id=883778&p_token=0.06837833888570433 [dostęp: dnia 28.01.2016 r.]

[15] Bordkiewicz A. Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej; poradnik dla lekarzy, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2011

[16] http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.dims?p_id=883778&p_token=0.06837833888570433/, [dostęp:28.01.2016]

[17] http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.dims?p_id=883778&p_token=0.06837833888570433 [dostęp:28.02016]

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią wielowymiarowy problem, który można rozpatrywać na trzech płaszczyznach - zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej. Choroby te powodują ponad 45% wszystkich zgonów i są główną przyczyną przedwczesnej śmierci (tj. poniżej 65 r.ż.). Każdego dnia z ich powodu umiera średnio 476 osób, a co piąty zgon jest przedwczesny[18].

Najczęściej wśród chorób układu krążenia występują: **choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca** (w 2006 r. 50,0 tys. zgonów w tym zawał 23,1 tys., a więc odpowiednio 30% i 14% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych), **choroby naczyń mózgowych** (38,4 tys. zgonów, 23% całej grupy), inne choroby serca (40,1 tys. zgonów, 24%) oraz miażdżyca (30,2 tys. zgonów, 18%)[19].

W roku 2011 liczba osób hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia wynosiła ogółem 1 082 652. Do najczęściej występujących należała: **choroba niedokrwienna** (291 012 osób hospitalizowanych, w tym na zawał serca 76 693, co stanowi odpowiednio 26,9% i 7,1% ogólnej liczby hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia), **niewydolności serca** (169 239 osób, 15,6%) oraz **choroby naczyń mózgu** (124 839 osób, 11,5%)[20].

Tabela 3 Choroby układu krążenia – liczebność, współczynnik hospitalizacji i śmiertelność szpitalna – rok 2011.

Rozpoznanie	liczebność	Odsetki od ogólnej liczby hospitalizowanych	Współczynniki na 100 tys. ludności	Śmiertelność szpitalna w %
Ogółem	1 082 652	100	2810.2	5,7
Choroba nadciśnieniowa	95 891	8,9	248.9	0,3
Choroba niedokrwienna	291 012	26,9	755.4	2,3
Zawał serca	76 693	7,1	199.1	6,7
Zator płucny	10 005	0,9	26.0	13,7
Kardiomiopatie	21 139	2,0	54.9	6,1
Zatrzymanie krążenia	7 804	0,7	20.3	73,8
Zaburzenia rytmu	126 879	11,7	329.3	0,2
Niewydolność serca	169 239	15,6	439.3	10,5
Choroby naczyń mózgu	124 839	11,5	324.0	13,6
Krwotok mózgowy	10 151	0,9	26.3	38,6

[18] Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016

[19] Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016

[20] Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016

Zawał mózgu	68 020	6,3	176.6	14,0
Udar nieokreślony	4 034	0,4	10.5	19,5
Miażdżyca	55 072	5,1	142.9	10,6
Tętniaki	9 413	0,9	24.4	9,0
Choroby żył	70 724	6,5	183.6	0,6
Zapalenie żył	10 579	1,0	27.5	0,9
Żylaki kończyn dolnych	31 657	2,9	82.2	0,0

Źródło: Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016.

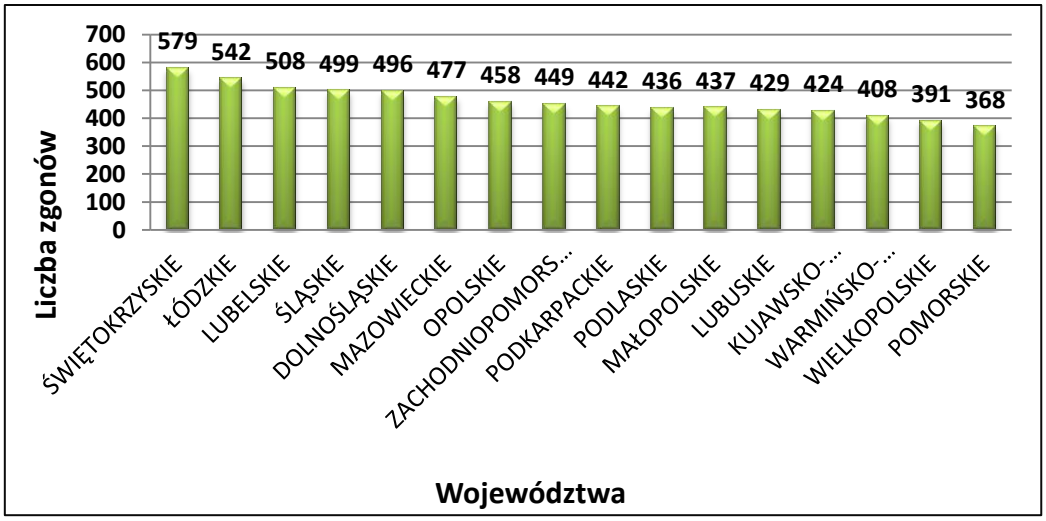
Również w województwie opolskim choroby układu krążenia stanowią jeden z głównych problemów zdrowotnych regionu, a także jedną z głównych przyczyn zdrowotnych ograniczania i przerywania aktywności zawodowej mieszkańców. Od wielu lat choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów mieszkańców województwa opolskiego tak jak całej Polski. Według *Krajowych ram strategicznych. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020,* zawierającego analizę porównawczą poziomów umieralności z powodu najważniejszych przyczyn zgonów w krajach Unii Europejskiej, społeczeństwo polskie, pod względem zagrożenia życia spowodowanego chorobami układu krążenia, jest w gorszej sytuacji od pozostałych państw Unii.

Według informacji z Banku Danych Lokalnych (Główny Urząd Statystyczny), w 2014 r. choroby układu krążenia spowodowały zgon 4 427 osób w województwie opolskim, co stanowiło 45,13 % ogólnej liczby zgonów.

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, że liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie opolskim kształtowała się na poziomie 4 604 (458/ 100 tys. ludności). W porównaniu do innych województw znajduje się na stosunkowo wysokiej pozycji (Wykres 4.)[21].

[21] http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks [dostęp:27.01.2016]

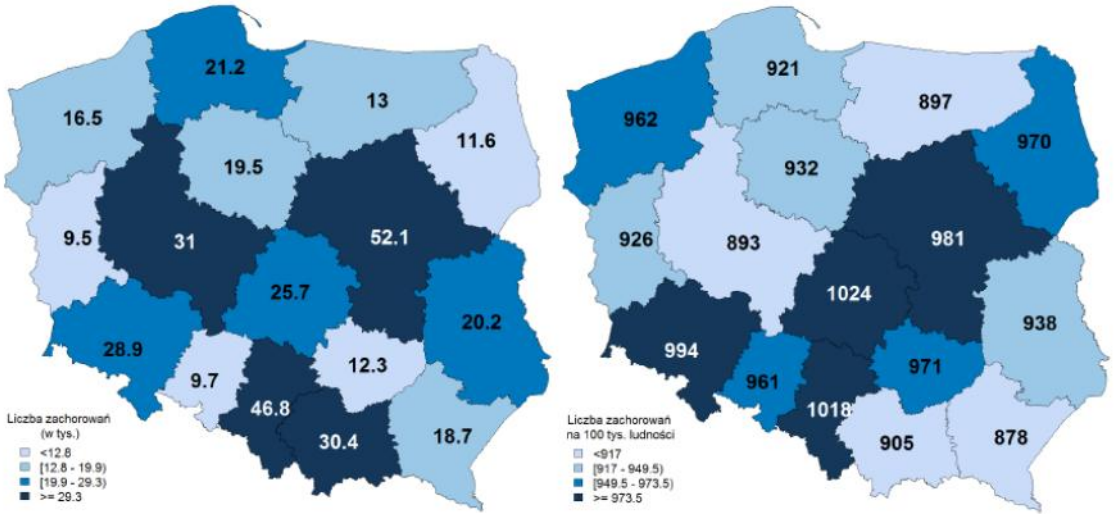
Wykres 4. Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności w 2013 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie:
http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks [dostęp: dnia 27.01.2016 r.]

Schorzenia kardiologiczne w 2013 roku dotyczyły około 9,7 tys. osób, a liczba ta nieznacznie rośnie i chociaż liczba zachorowań jest niska, to wynika ona wyłącznie z niskiej liczby mieszkańców, gdyż w przeliczeniu na 100 tys. ludności województwo opolskie plasuje się w niekorzystnej sytuacji na tle średniej krajowej.

Mapa 3 Zachorowalność (lewa mapa) i zapadalność (prawa mapa) w poszczególnych województwach w 2013

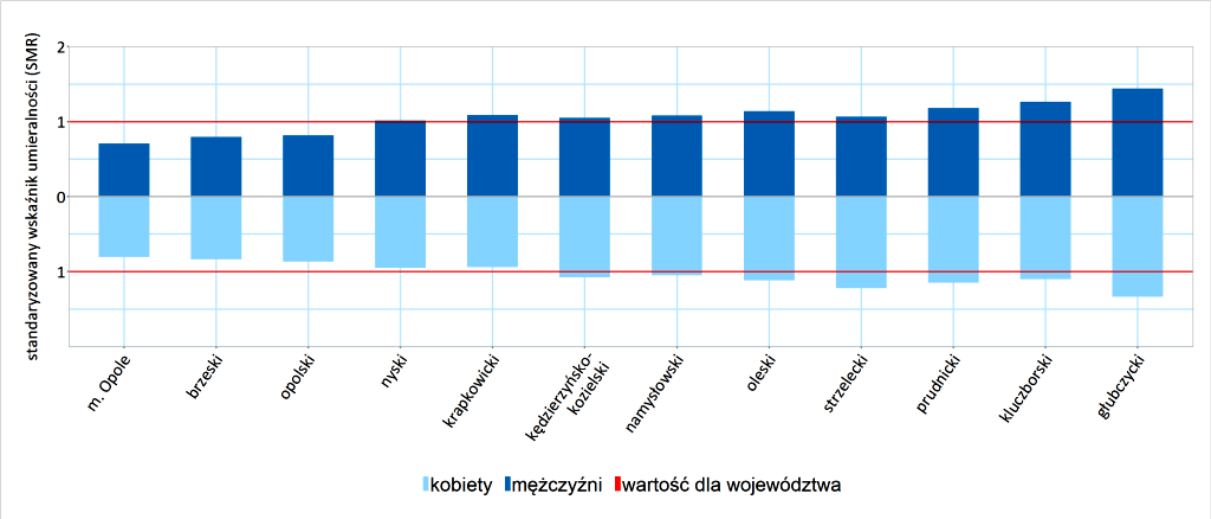


Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa opolskiego.

Choroby serca ogółem najbardziej zagrażają życiu mieszkańców powiatu głubczyckiego, gdzie współczynnik standaryzowany (SMR) jest wyższy niż przeciętny dla województwa o 39%. O ponad 10% wyższy od przeciętnego w województwie jest poziom umieralności z powodu chorób serca ogółu mieszkańców powiatów kluczborskiego, prudnickiego, strzeleckiego i oleskiego. Stosunkowo najkorzystniejsza sytuacja pod

względem umieralności na choroby serca występuje w Opolu – współczynnik standaryzowany jest niższy od wojewódzkiego o 25%[22].

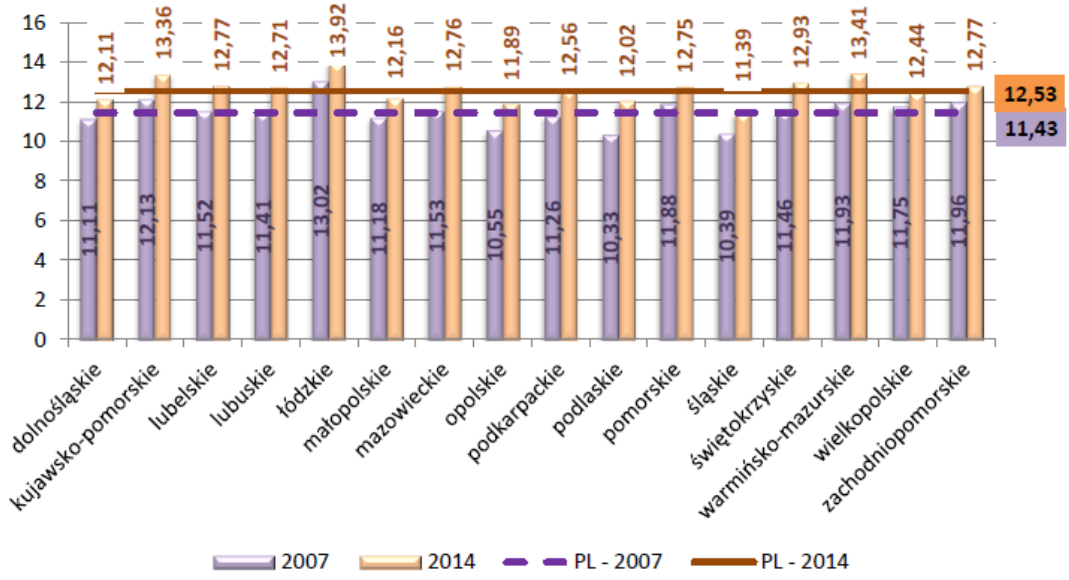
Wykres 5. Zgony spowodowane przez choroby serca według płci i powiatu, dane z 2015 r.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa opolskiego, 2015.

Analizując przeciętną długość zaświadczenia lekarskiego (absencja chorobowa z tytułu choroby własnej) ze względu na rodzaj choroby można zauważyć, że w 2014 roku wzrosła liczba dni absencji chorobowej ze względu na choroby układu krążenia, co obrazuje poniższy wykres.

Wykres 6. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego (absencja chorobowa z tytułu choroby własnej) w latach 2007 i 2014 wg. województw (w dniach)



Źródło: Kruk, M., Lewczuk, B., Lodczyk, H., Mikulec, Ł., Szczepocka, I., Turczyn, M. Żelazko-Kątna, A. (2016) Analiza sytuacji województw w obszarach oddziaływania Europejskiego Funduszu Społecznego w latach 2007- 2014, Departament Europejskiego Funduszu Społecznego, Ministerstwo Rozwoju, Warszawa.

[22] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa opolskiego, 2015, http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_opolskie.pdf [dostęp: 06.07.2016]

Spośród chorób sercowo-naczyniowych najwięcej zgonów powoduje choroba niedokrwienna serca (zawał mięśnia sercowego) i choroby naczyń mózgowych (udar). W 2008 r. wśród 17,3 mln zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych na całym świecie zawał był odpowiedzialny za 7,3 mln zgonów, a udar za 6,2 mln[23]. Udar mózgu (UM) to zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa [24]. Determinantą, ok. 80% UM jest zwężeniem naczynia pochodzenia zakrzepowo-zatorowego. Współczynnik zapadalności na pierwszy w życiu udar mózgu wynosi w USA i Europie od 110 do 190/100 000 populacji ogólnej, w Polsce wynosi on w przybliżeniu 171/100 000 u mężczyzn i 93/100 000 u kobiet, czyli rocznie ok. 60 000 nowych zachorowań[25]. Jedna osoba na sześć dozna udaru w ciągu swojego życia. U ok. 8% pacjentów w okresie roku wystąpi ponowny udar. W związku z opisanymi powyżej zmianami sytuacji demograficznej w Europie, przewiduje się wzrost zachorowań na UM, gdyż liczba nowych przypadków w tej grupie wiekowej jest największa. Już teraz udar mózgu stanowi trzecią w kolejności, po chorobach serca i nowotworach, przyczynę zgonów w populacji osób dorosłych[26].

Wskaźniki śmiertelności poudarowej w Polsce są wyższe niż w innych krajach europejskich i USA. Całkowita przeciętna śmiertelność z powodu udaru mózgu w Polsce w ciągu roku wynosi 40% u mężczyzn i 44% u kobiet, przy czym większy odsetek chorych umiera w wyniku udaru krwotocznego (60%) niż niedokrwiennego (38%)[27]. Spośród tych, którzy przeżyli 44–75% pacjentów pozostaje zależnych od otoczenia w momencie wypisu z oddziału udarowego, a grupa od 15% do 30% chorych po tego typu incydencie naczyniowym na zawsze pozostaje niepełnosprawna, jednocześnie ok. 20% w trzy miesiące po udarze wymaga pomocy instytucjonalnej. Ponadto udar mózgu jest drugą pod względem częstości przyczyną otępienia i najczęstszą przyczyną padaczki u osób w podeszłym wieku. Wobec powyższego schorzenie to będzie w przyszłości poważnym problemem nie tylko medycznym, ale i społecznym. Wzrosną materialne i niematerialne koszty opieki. Kluczowym wydaje się być zatem zagadnienie holistycznie sprawowanej opieki szpitalnej i poza szpitalnej, w której istotną rolę odgrywa kompleksowo realizowany proces rehabilitacji[28].

Wystąpienie pewnych schorzeń może grozić nie tylko niepełnosprawnością, ale i utratą życia. Konieczne staje się wdrożenie działań, które w przyszłości zapobiegną niebezpiecznym zdarzeniom. W przypadku chorób układu krążenia niezastosowanie odpowiedniego postępowania może zwiększyć ryzyko ponownego incydentu.

[23] Bordkiewicz A. Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej; poradnik dla lekarzy, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2011

[24] Investigators WHO MONICA Project. The World Health Organization MONICA Project. J Clin Epidemiol. 1988;41:105-114.

[25] Grabowska-Fudula B., Jaracz K., Górna K. Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu – aktualne tendencje i prognozy na przyszłość. Prz Epidemiol. 2010;64:439-442.

[26] Wolfe CD. The impact of stroke. Br Med. Bull. 2000; 56(2):275-286.

[27] Grabowska-Fudula B., Jaracz K., Górna K. Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu – aktualne tendencje i prognozy na przyszłość. Prz Epidemiol. 2010;64:439-442.

[28] Mazurek J., Blaszkowska A., Rymaszewska J., Rehabilitacja po udarze mózgu – aktualne wytyczne, Nowiny Lekarskie 2013, 82, 1, 83–88

c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego

Według stanu w dniu 31 grudnia 2015 r. ludność województwa opolskiego liczyła 996 tys. osób, tj. mniej o 4,9 tys. niż przed rokiem (wg stanu na 31.12.2014 r. ludność województwa stanowiła 1 000 900 osób). W województwie opolskim w 2015 r. zarejestrowano 8 289 urodzeń żywych, tj. mniej o 304 niż przed rokiem i o 874 niż w analogicznym okresie 2010 r.

Program skierowany jest do mieszkańców województwa opolskiego, w wieku: od 18 roku życia do osiągnięcia wieku emerytalnego. Według danych GUS w województwie opolskim na koniec 2014 roku zamieszkiwało 643 277 osób w wieku produkcyjnym.

Szacuje się, że Program obejmie populację wynoszącą 5 560 osób. Priorytetowo traktowane będą osoby pracujące zagrożone przedwczesnym opuszczeniem rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych wywołanych warunkami pracy.

W ramach Programu przewidziane są również szkolenia mające na celu podniesienie kwalifikacji z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji medycznej skierowane m.in. do podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne[29].

d) Obecne postępowanie - dostępne finansowanie ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej

Opieka rehabilitacyjna prowadzona jest przede wszystkim w sektorze zdrowotnym i jest finansowana przez NFZ, ale także w sektorze socjalnym i wówczas jest finansowana ze środków funduszy ubezpieczenia społecznego (ZUS i KRUS) oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Usługi rehabilitacyjne dzieli się na rehabilitację leczniczą oraz leczenie uzdrowiskowe w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach, które oferują zabiegi rehabilitacyjne na bazie naturalnych zasobów leczniczych, takich jak wody mineralne i termalne, czy klimat o właściwościach leczniczych. Zarówno usługi rehabilitacyjne, jak i lecznictwo uzdrowiskowe mieszczą się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Leczenie w szpitalach uzdrowiskowych stanowi z reguły kontynuację leczenia szpitalnego. Pacjenci przewlekle chorzy, których stan nie wymaga pobytu w szpitalu uzdrowiskowym są leczeni w sanatoriach. Pobyty w uzdrowiskach trwają do 28 dni i obejmują co najmniej trzy zabiegi fizjoterapii dziennie. Lecznictwo uzdrowiskowe jest dostępne również w warunkach ambulatoryjnych i trwa wówczas od 6 do 18 dni. Aby skorzystać ze świadczeń opieki rehabilitacyjnej, potrzebne jest ważne skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (skierowanie takie można otrzymać raz na 18 miesięcy.)[30].

NFZ finansuje różne programy rehabilitacji w zależności od warunków, w których udzielane są świadczenia i od rodzaju oraz stopnia schorzenia pacjenta. Refunduje wydatki

[29] Szkolenia możliwe do realizacji wyłącznie w powiązaniu z usługami zdrowotnymi z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającymi powrót do pracy

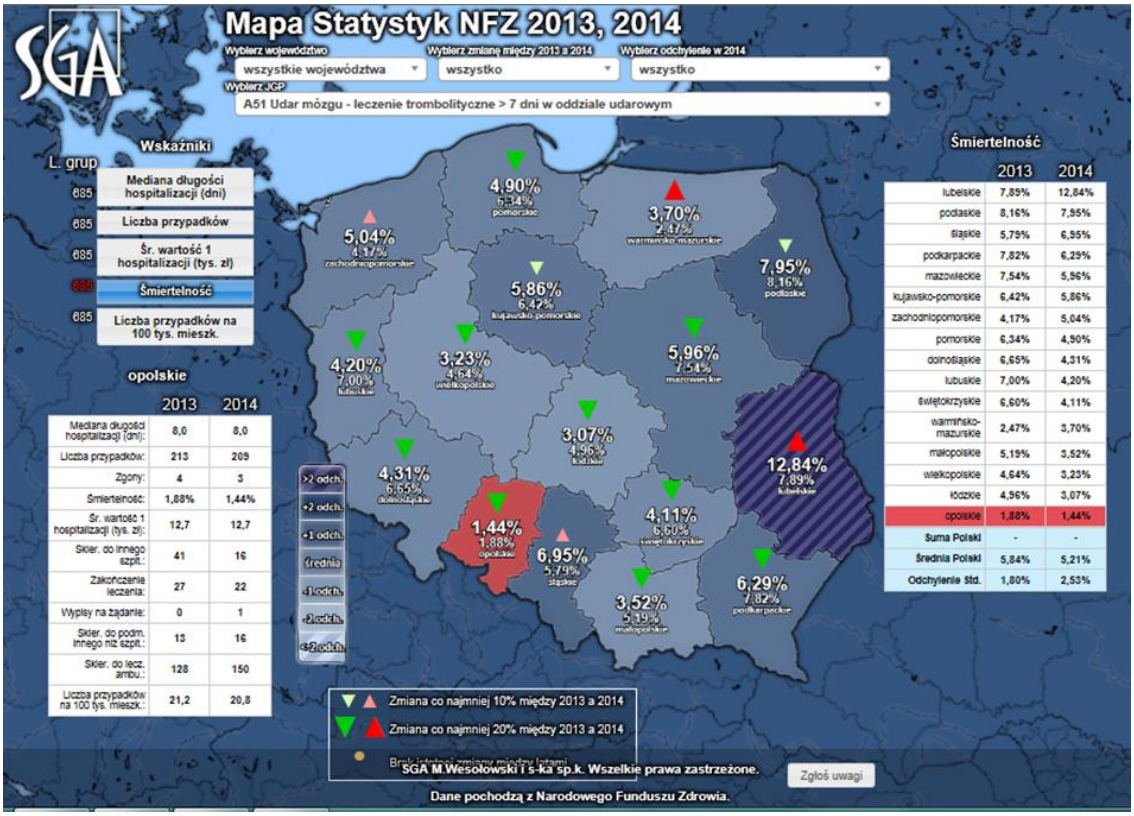
[30] Golinowska S., Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia, Issued In English by the WHO Regional Office for Europe,on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies in 2011 under the title: Poland: Health system review. Health Systems in Transition, 2011 (Volume 13, Number 8). S. 158

na określone zabiegi rehabilitacyjne, sprzęt i środki pomocnicze całkowicie lub częściowo. Pacjenci przebywający w sanatoriach muszą pokryć koszty podróży oraz część kosztów zakwaterowania i wyżywienia. Czas oczekiwania na miejsce w szpitalu uzdrowiskowym wynosi około 3-4 miesiące, zaś na miejsce w sanatorium 12-18 miesięcy. Pacjenci mogą monitorować swoje miejsce na liście oczekujących za pośrednictwem strony internetowej NFZ. W Polsce działania zmierzające w kierunku ograniczania skutków chorób układu krążenia, w tym naczyń mózgowych podejmowane są od lat 90 ubiegłego wieku. Sytuacja epidemiologiczna oraz wynikające z niej potrzeby zdrowotne spowodowały, że w latach 1997-2002 Ministerstwo Zdrowia umożliwiło realizację Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu (NPPiLUM), natomiast od 2003 r. działania zmierzające do poprawy sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób naczyń mózgowych podejmowano w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD (4 edycje - 2003-2005, 2006-2008, 2009, 2010-2012) oraz obecnie jest realizowany Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016.

W województwie opolskim mimo, że dostęp do rehabilitacji jest ograniczony, ze względu na limitowane finansowanie, to istnieją wyspecjalizowane jednostki świadczące wsparcie na najwyższym poziomie. Jako przykład dobrych efektów organizacji można podać stosowaną w województwie opolskim strategię leczenia udarów mózgu. W regionie opolskim od wielu lat działają Oddziały Udarowe w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym im. Św. Jadwigi w Opolu (Oddział A oraz Oddział B). Od wielu lat w tym podmiocie leczniczym stosuje się terapię trombolizy w udarach niedokrwiennych mózgu, co połączone z odpowiednią kampanią informacyjną oraz licznymi szkoleniami, ma na celu podniesienie świadomości społeczeństwa na temat wczesnych objawów udaru niedokrwiennego mózgu oraz jak najszybsze dotarcie do właściwej placówki leczniczej. Wg danych porównawczych NFZ za lata 2012 i 2013 w rozliczaniu świadczeń „Udar mózgu – leczenie trombolityczne, > 7 dni w Oddziale Udarowym", zarejestrowano w województwie opolskim:

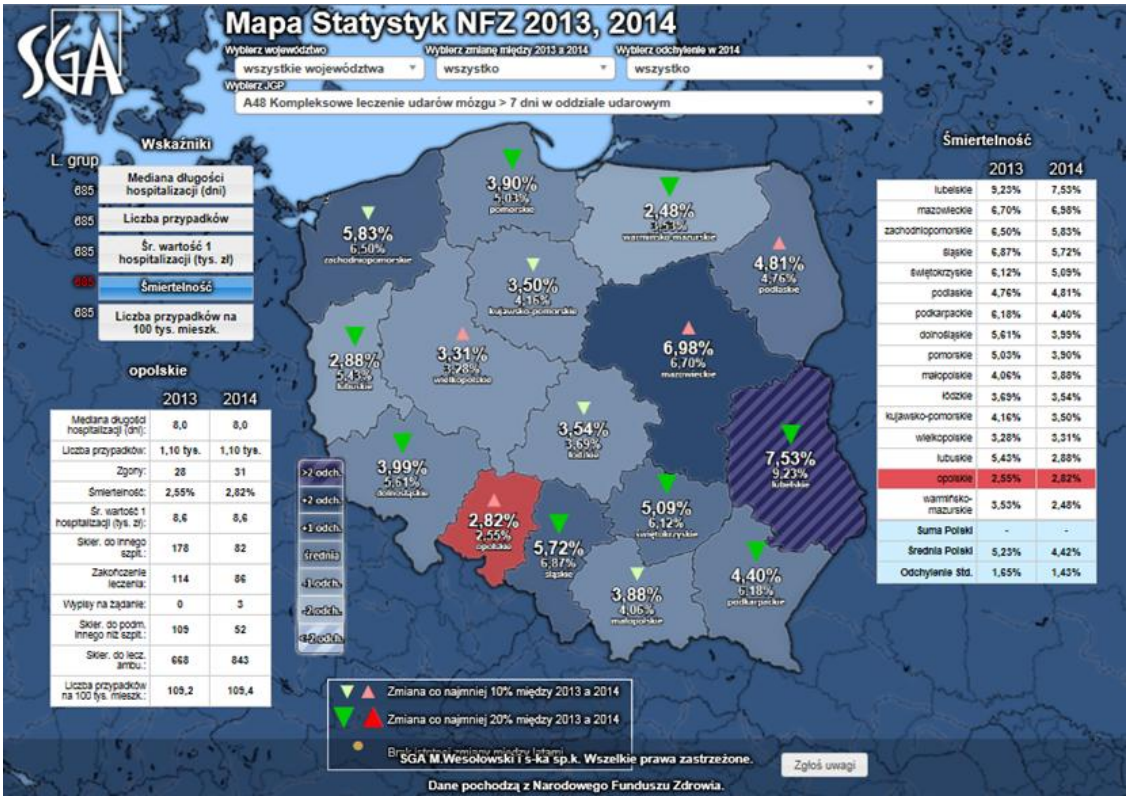
- najwyższą w Polsce liczbę rozliczonych pobytów (21,2/100 tys. w roku 2013 wobec średniej dla Polski – 12,1/100 tys.),
- najniższą w Polsce umieralność u pacjentów (1,88% w roku 2013 wobec średniej dla Polski – 5,84%),
- najniższą w Polsce średnią wartość rozliczonej z NFZ hospitalizacji z grupą A51 (12,7 tys. zł w roku 2013 wobec średniej dla Polski 13,6 tys. zł).

Mapa 1 Dane porównawcze NFZ za lata 2013–2014 w rozliczaniu świadczeń w systemie JGP grupą A51.



Źródło: Kolek R. Jak województwo dba o ochronę zdrowia, w Menedżer Zdrowia 4-5/2016.

Mapa 2 Dane porównawcze NFZ za lata 2013–2014 w rozliczaniu świadczeń w systemie JGP grupą A48.



Źródło: Kolek R. Jak województwo dba o ochronę zdrowia, w Menedżer Zdrowia 4-5/2016.

W chwili obecnej poza 2 oddziałami udarowymi w Opolu, także w podmiotach leczniczych w Kędzierzynie-Koźlu oraz Nysie są realizowane świadczenia w standardzie oddziału udarowego. Skutkuje to większym dostępem do świadczeń dla pacjentów z udarami mózgu. W chwili obecnej trudno jest jednak przewidzieć, czy konkurencja o środki NFZ pozwoli na utrzymanie dotychczasowych - bardzo dobrych wyników leczenia.

Dobre doświadczenie przyjęte w województwie opolskim, w zakresie organizacji opieki nad pacjentami z udarami mózgu oraz najniższe wskaźniki umieralności pacjentów, wskazują na bezpieczne i dobre rozwiązania dotyczące postępowania w tych przypadkach w związku z powyższym **należy utrzymać obecny trend** wsparcia pacjentów, tym bardziej jest to istotne z uwagi na wprowadzanie nowych technologii w leczeniu udarów mózgu, które pozwalają na interwencje wewnątrznaczyniowe, w naczyniach śródczaszkowych. Region opolski jest więc obszarem, gdzie powinno się, w oparciu o obiektywne kryteria, podejmować decyzje o organizacji dostępu do świadczeń. Nabiera to szczególnego znaczenia w obliczu obowiązującej ustawy o zdrowiu publicznym, która pozwala na połączenie wysiłków medycyny naprawczej oraz profilaktyki i promocji zdrowia, co skutkować będzie poprawą efektów leczenia i poprawą zdrowotności społeczeństwa .

Dotychczas prowadzone programy polityki zdrowotnej koncentrowały się głównie na wyrównywaniu dysproporcji uwarunkowanych bazą sprzętową w dostępie do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Programy te miały na celu także wdrożenie i upowszechnienie dostępu do nowoczesnej terapii.

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2015 poz. 581) rehabilitacja lecznicza jest świadczeniem gwarantowanym. Jest ona refundowana na podstawie kontraktów zawartych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a określonymi podmiotami leczniczymi. W zależności od rodzaju choroby, bądź urazu może być realizowana warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych, domowych oraz w ośrodku lub na oddziale dziennym[31]. Ograniczeniem są jednak limity finansowe NFZ (Wykres 7), skutkujące wydłużającymi się kolejkami po ten zakres świadczeń. W konsekwencji zapotrzebowanie na rehabilitację leczniczą znacznie przewyższa jej podaż.

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych udzielana jest przez określone poradnie, a świadczenia w tym zakresie mają charakter specjalistyczny. Obejmują lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną oraz fizjoterapię ambulatoryjną składającą się z wizyty fizjoterapeutycznej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych[32]. W ramach porady lekarskiej rehabilitacyjnej udzielane są zalecenia w zakresie postępowania terapeutycznego i dodatkowej diagnostyki. Wykonywane są badania lekarskie oraz wydawane wnioski o zaopatrzenie ortopedyczne[33].

[31] https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=054 [dostęp: 27.01.2016]

[32] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522)

[33] Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu Nr 10/2004, Szczegółowe materiały Informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ, s. 7

Wizyta fizjoterapeutyczna dotyczy działań związanych z ustaleniem dokładnego postępowania rehabilitacyjnego zgodnego ze skierowaniem. Obejmuje ocenę stanu pacjenta, na podstawie, której tworzony jest odpowiedni plan terapii. W ramach wizyty fizjoterapeutycznej, po zakończeniu rehabilitacji dokonuje się końcowej oceny sprawności oraz udziela zaleceń odnośnie dalszych czynności terapeutycznych[34].

W przypadku braku sprawności uniemożliwiającej poruszanie się, pacjent jest kwalifikowany do rehabilitacji odbywającej się w jego miejscu pobytu, a więc w warunkach domowych. Ta forma prowadzona jest w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej. W tym zakresie pacjentowi przysługują wszystkie zabiegi wykonywane w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej za wyjątkiem hydroterapii[35].

Świadczenia w ośrodku lub na oddziale dziennym przysługują natomiast chorym, którzy nie wymagają opieki całodobowej, lecz ich stan nie pozawala na korzystanie z poradni ambulatoryjnych. W ramach tych warunków pacjenci poddawani są różnym rodzajom rehabilitacji, odpowiednio ukierunkowanej na nabytą przez nich jednostkę chorobową, bądź uraz. Brane są tu pod uwagę wskazania ogólne, kardiologiczne, reumatologiczne, pulmonologiczne, neurologiczne. Odpowiednio więc realizowana jest rehabilitacja:

- ogólnoustrojowa,
- kardiologiczna,
- oddechowa,
- słuchu i mowy,
- wzroku[36].

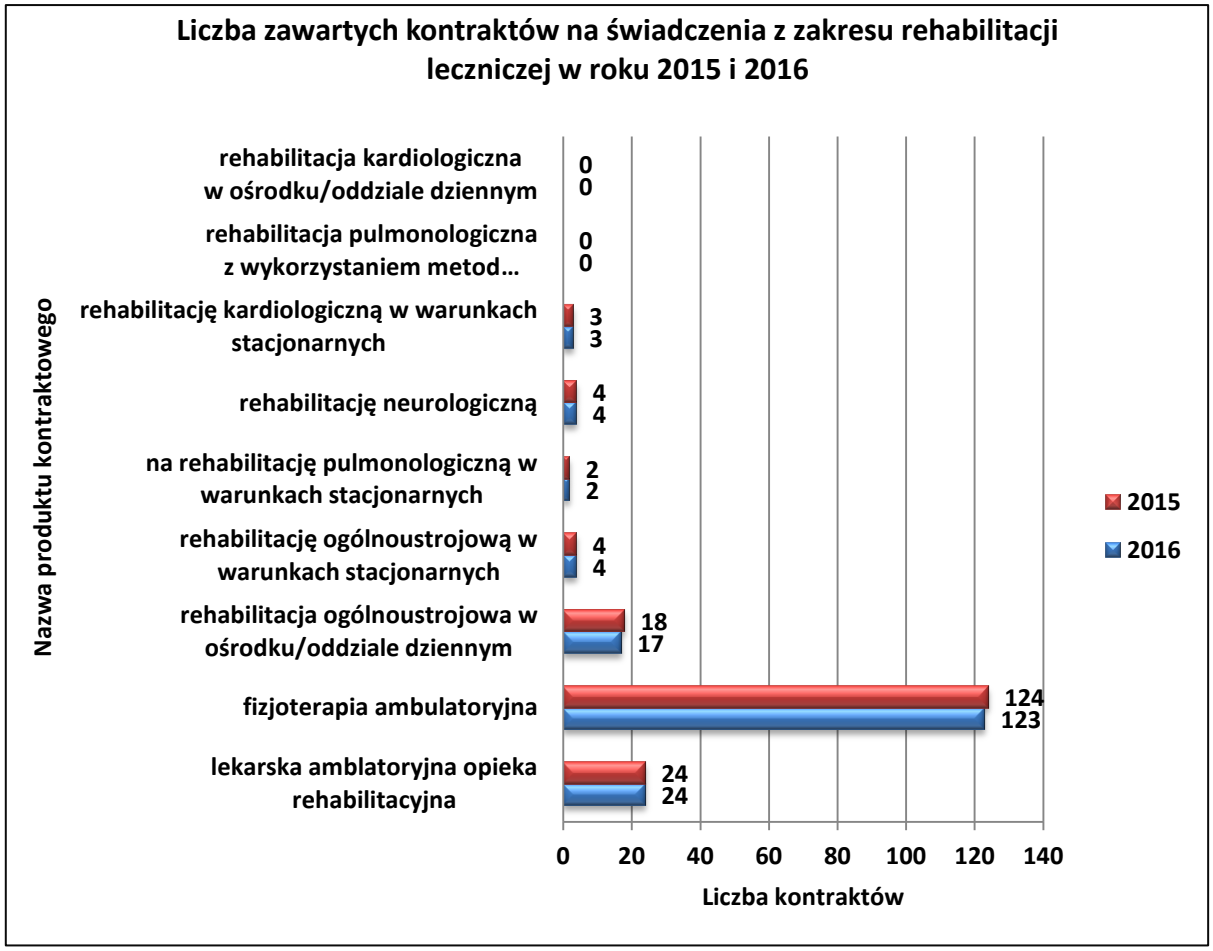
W roku 2016 Narodowy Fundusz Zdrowia w województwie opolskim zawarł 188 umów na udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej o łącznej wartości 57 498 228 zł, w tym: 24 na lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, 123 na fizjoterapie ambulatoryjną, 17 na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku/oddziale dziennym, 4 na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych, 2 na rehabilitację pulmonologiczną w warunkach stacjonarnych, 4 na rehabilitację neurologiczną, 3 na rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych. W przypadku takich form, jak rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii, czy rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym, nie zawarto kontraktu z żadnym podmiotem leczniczym[37].

Liczba kontraktów w zakresie rehabilitacji leczniczej w roku 2016 uległa niewielkiemu zmniejszeniu w porównaniu do roku 2015 (Wykres 7). W roku bieżącym zawarto o 2 kontrakty mniej na ten typ świadczeń. Biorąc pod uwagę produkty kontraktowe mniejszą ilość umów zawarto tylko w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Finansowanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza zwiększyło się jednak o 658 225,03 zł. Od roku 2015 pacjenci

[34] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522)
[35] Ibidem
[36] https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=054 [dostęp: 27.01.2016]
[37] Dane statystyczne Narodowego Funduszu Zdrowia Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego w Opolu

w województwie opolskim nie mają dostępu do refundowanej przez NFZ rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym oraz rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii.

Wykres 7 Liczba zawartych kontraktów na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w roku 2015 i 2016 w Województwie Opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/%5C, [dostęp: dnia 27.01.2016 r.]

Zgodnie ze Standardami Rehabilitacji Kardiologicznej zalecanymi przez Sekcję Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego stałymi elementami kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej są:

- ocena stanu klinicznego chorego,
- optymalizacja leczenia farmakologicznego,
- rehabilitacja fizyczna,
- rehabilitacja psychospołeczna,
- diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka,
- modyfikacja stylu życia,
- edukacja pacjentów i ich rodzin,
- monitorowanie efektów rehabilitacji.

Rehabilitację kardiologiczną dzieli się na wczesną (etap I i II) oraz późną (etap III i IV). Pierwszy etap rehabilitacji kardiologicznej powinien być rozpoczynany możliwie

najwcześniej, jeszcze w ramach pobytu szpitalnego i kontynuowany do momentu wypisania pacjenta do domu. Mimo, że stosunkowo krótki czas pobytu w szpitalu uniemożliwia osiąganie w tym czasie wszystkich wyznaczonych celów rehabilitacji, stanowi on bardzo istotny wstęp do wielokierunkowego programu rehabilitacji, który pacjent powinien zrealizować. Drugi etap rehabilitacji kardiologicznej (rehabilitacja poszpitalna wczesna) może odbywać się ramach pobytu w stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji kardiologicznej (oddziały rehabilitacji kardiologicznej, sanatoria kardiologiczne, kardiologiczne szpitale uzdrowiskowe), w poradniach rehabilitacji kardiologicznej lub w domu. Trzeci etap (późna rehabilitacja kardiologiczna) ma na celu dalszą poprawę tolerancji wysiłku i podtrzymanie osiągniętych już efektów wydolności fizycznej oraz zmniejszenie ryzyka nawrotów choroby[38]. Czas trwania tego etapu jest nieograniczony i powinien być prowadzony pod nadzorem specjalisty rehabilitacji kardiologicznej, kardiologa lub lekarza rodzinnego[39]. Ostatni, IV etap rehabilitacji ma na celu utrzymanie osiągniętych wcześniej wyników i prowadzony jest samodzielnie przez pacjenta lub przy minimalnym nadzorze specjalisty. Ten etap obejmuje prowadzenie nowego stylu życia i nie ma ograniczeń czasowych[40].

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w Polsce świadczenia te mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego i stacjonarnych. Rehabilitacja kardiologiczna prowadzona jest wyłącznie w trybie dziennym lub stacjonarnym. Świadczeniem gwarantowanym nie jest rehabilitacja kardiologiczna prowadzona w warunkach ambulatoryjnych, dodatkowo w **województwie opolskim zgodnie z danymi z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie ma zakontraktowanych świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym.** Realizacja niniejszego Programu stanowi więc wartość dodaną do funkcjonującego obecnie systemu dzięki wsparciu w postaci ambulatoryjnej rehabilitacji kariologicznej i neurologicznej. Rozwój ambulatoryjnych form rehabilitacji ma na celu zmniejszenie nierówności zdrowotnych pomiędzy mieszkańcami dużych aglomeracji i terenów miejskich a mieszkańcami wsi i mniejszych miejscowości.

Jak ukazuje „Analiza następstw ekonomicznych wdrożenia w Polsce „Optymalnego modelu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji" w ostatnich latach przedstawiono kilka raportów, w których wskazywano na brak dostępności do rehabilitacji kardiologicznej w wielu regionach Polski; wykazywano również, że wtórna prewencja nie jest w Polsce prowadzona optymalnie[41].

Rehabilitację leczniczą w zakresie układu krążenia prowadzi także Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej. Rehabilitacja prowadzona jest w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym (w tym monitorowanym telemedycznie).

[38] Nowak, Z., Podstawy kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015
[39] Więckowska, B (red.), Proces leczenia w Polsce – analizy i modele , Tom II Kardiologia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015
[40] Nowak, Z., Podstawy kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015
[41] Niewada, M., Lasocka, J., Jankowski, P., Opolski, G., Stępińska, J., Jakubczyk, M., Analiza następstw ekonomicznych wdrożenia w Polsce „Optymalnego modelu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji", Health Quest, Warszawa 2013

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Postępująca w województwie opolskim depopulacja ma niekorzystny wpływ na zasoby rynku pracy. Dlatego w regionie muszą zostać podjęte działania sprzyjające aktywności zawodowej mieszkańców, w tym również w obszarze ochrony zdrowia. Zwiększenie długości życia w zdrowiu będzie miało wpływ na wzrost liczby osób aktywnych na rynku pracy, obniżenie kosztów pracy m.in. dzięki obniżeniu absencji chorobowej oraz zmniejszaniu wydatków na świadczenia ZUS. Powrotowi na rynek pracy będą sprzyjać programy rehabilitacji medycznej obejmujące osoby wymagające wzmożonej rekonwalescencji po przebyciu ciężkich chorób, które na dłuższy czas wykluczyły je z aktywności zawodowej.

Choroby układu krążenia zostały wskazane, jako jedna z pięciu grup schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Istotę programu stanowi rehabilitacja po przebyciu ciężkich chorób układu krążenia. Program będzie realizowany niezwłocznie po zaistnieniu takiej konieczności, w związku, z czym nastąpi skrócenie czasu oczekiwania na rehabilitację, przyspieszenie powrotu do zdrowia pracowników oraz wydłużenie ich aktywności zawodowej.

Dane statystyczne z GUS dot. liczby zgonów w woj. opolskim na poszczególne choroby w roku 2013:

- choroby układu krążenia – 4 604 osoby,
- choroby układu oddechowego – 494 osoby,
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,
- wypadki i nieszczęśliwe następstwa wypadków – 336.

Kompleksowe i zespołowe działania pozwalają na przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i/lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej stanowi mała dostępność do świadczeń finansowanych w ramach kontraktu z NFZ, z uwagi na długi czas oczekiwania.

Kwestie rehabilitacji pourazowej i pozabiegowej stanowią wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia z uwagi na wysokie koszty oraz wymagane zasoby wyspecjalizowanej kadry medycznej, co w rezultacie przekłada się na długi czas oczekiwania pacjentów na otrzymanie niezbędnej opieki medycznej, przez co opisywane zjawisko ma przełożenie na rynek pracy.

Dostrzegając powyższe kwestie, Zarząd Województwa Opolskiego pragnie wdrożyć program zwiększający i utrzymujący zatrudnienie na rynku pracy.

W celu przyspieszenia rekonwalescencji i umożliwienia aktywnego uczestnictwa w życiu zawodowym, rehabilitacja powinna zostać skierowana na schorzenia, najczęściej powodujące niezdolność do pracy. Jednym z nich są choroby układu krążenia. (m.in. choroba niedokrwienna serca, niedokrwienny udar mózgu oraz choroby naczyń mózgu)(Tabela 3). Wystąpienie incydentu sercowo-naczyniowego, takiego jak zawał mięśnia sercowego, czy też

udar mózgu wymaga odpowiedniego postępowania rehabilitacyjnego[42]. Zasady współczesnej rehabilitacji pacjentów po przebytym udarze mózgu zakładają, że każdy chory jest traktowany od początku w taki sposób, jakby miał w pełni odzyskać utracone funkcje[43].

Zastosowanie kompleksowych działań po nagłym zdarzeniu kardiologicznym znacznie zmniejsza ryzyko zgonu. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów w pierwszym roku po jego wystąpieniu. Śmiertelność wówczas jest największa, i wynosi 15%[44]. Ponadto, jak wynika z badań rehabilitacja kardiologiczna znacznie poprawia jakość życia pacjentów po przebytym incydencie[45]. Wywiera pozytywny wpływ na organizm chorego, poprzez spowolnienie rozwoju choroby oraz zmniejszenie ryzyka powtórnego incydentu sercowo-naczyniowego.

Rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i jakości życia osób z chorobami układu krążenia. Dowody naukowe potwierdzają, że po wystąpieniu incydentu sercowo-naczyniowego działania z zakresu prewencji wtórnej podejmowane w ramach usystematyzowanego programu rehabilitacji są efektywne kosztowo. Wykazano, że działania rehabilitacyjne oparte na fizjoterapii u osób z chorobą niedokrwienną serca, zmniejszają ryzyko zgonu z wszystkich przyczyn o 13%, z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych o 26%, zaś prawdopodobieństwo samej hospitalizacji pacjenta, o 31%[46]. Skuteczną interwencją u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca okazała się także edukacja, która obniża ryzyko zgonu ze wszystkich przyczyn o 21%, ryzyko wystąpienia zawału serca o 37% a ryzyko hospitalizacji o 17%[47].

Istnieją także dowody skuteczności rehabilitacji kardiologicznej w grupie pacjentów z niewydolnością serca – m.in. zmniejsza ona ryzyko konieczności hospitalizacji z tego powodu[48]. Uaktualnienie przeglądu systematycznego uwzględniającego 33 randomizowane badania kontrolne (4 740 dorosłych uczestników z niewydolnością serca) utrzymało stanowisko, że w porównaniu z osobami niećwiczącymi, rehabilitacja oparta na ćwiczeniach fizycznych nie ma wpływu na ogólne ryzyko zgonu w krótkim okresie (do 12 miesięcy) lecz redukuje ryzyko hospitalizacji i odnosi korzystny wpływ na jakość życia związaną ze zdrowiem[49].

Wśród korzyści wynikających z realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej można dodatkowo wyróżnić:

---

[42] Wiesława Nyka, Bożena Jankowska, Katedra Rehabilitacji, Akademii Medycznej w Gdańsku, 2009 oraz A. Kwolek, Rehabilitacja w leczeniu i wtórnej profilaktyce udaru mózgu, Post. Reh. 2002; 16: (1), s. 15–23

[43] W. Nyka, B. Jankowska, Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym mózgu, Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 2, 85–91

[44] P. Jankowski, i in., Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji, Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Warszawa 2013, s. 12
https://www.ptkardio.pl/pobierz.../8b90df3becee0537419affe81c67da4c/ [dostęp:26.01.2016]

[45] S. Krzemińska, A. Borodzicz-Cedro, W. Kucharski, Wpływ rehabilitacji kardiologicznej na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego, w: Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, red. I. Uchmanowicz, B. Jankowska, B. Panaszak, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2010, s. 37

[46] Heran BS, Chen JM, Ebrahim S, Moxham T, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 7: CD001800.

[47] Brown. J.P., Clark, A.M., Dalal, H. i in. (2012). Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Eur J Prev Cardiol 2012, 22.

[48] Davies, E.J., Moxham, T., Rees, K., i in. Exercise training for systolic heart failure, Cochrane systematic review and meta-analysis. Eur J Heart Fail, 2010; 12:706-715

[49] Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews, The Cochrane Database Syst Rev., 2014

- poprawę wydolności organizmu oraz ogólnej sprawności zarówno psychicznej, jak i fizycznej[50],
- obniżenie ciśnienia tętniczego krwi,
- zmniejszenie insulino-oporności,
- poprawę funkcji śródbłonka,
- zwiększenie wiedzy na temat choroby,
- eliminację modyfikowalnych czynników ryzyka[51].

Pośredni wpływ aktywności ruchowej na układ krążenia to:

- wzrost wydolności fizycznej,
- korzystne zmiany w autonomicznym układzie nerwowym,
- wzrost aktywności układu antyoksydacyjnego,
- wpływ przeciwzakrzepowy,
- wzrost stężenia HDL cholesterolu i obniżenie stężenia triglicerydów,
- wzrost wrażliwości na insulinę i poprawa tolerancji glukozy,
- obniżenie masy ciała i zawartości tkanki tłuszczowej,
- obniżenie stężenia homocysteiny,
- obniżenie poziomu lęku,
- poprawa jakości życia[52].

Inne korzyści

- poprawa odporności nieswoistej organizmu,
- poprawa czynności układu oddechowego,
- zapobieganie osteoporozie i chorobie zwyrodnieniowej narządu ruchu[53].

Pomimo znacznego obniżenia śmiertelności wewnątrzszpitalnej pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca (co stało się dzięki rozwojowi inwazyjnych metod leczenia) problemem pozostaje wysoka śmiertelność jednoroczna pacjentów wypisanych ze szpitala. Prawdopodobieństwo zgonu w ciągu roku po zawale wynosi ok. 10%. Należy także zauważyć, że obecnie jedynie ok. 22% pacjentów po zawale serca poddawanych jest rehabilitacji kardiologicznej[54]. Przyczyną wysokiej śmiertelności poszpitalnej u pacjentów kardiologicznych, w szczególności po zawale serca, mogą być obok czynników niemodyfikowalnych, także czynniki podlegające modyfikacji, jak np.: niestosowanie się do

[50] Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok, Kardiologia Polska 2012, supl. i oraz M.S. Runge, M.E. Ohman, Kardiologia Nettera, Elsever Urban & Partner, Wrocław 2009, tom 2

[51] E. Piotrowicz., E. Jakubowska, Rehabilitacja Kardiologiczna, w: Pielęgniarstwo Kardiologiczne, red. D. Kaszuba, A. Nowicka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 74

[52] ibidem

[53] KOMPLEKSOWA REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego http://www.rehabilitacjakardiologicznaptk.pl/wp-content/uploads/2015/02/standardy.pdf [dostęp dnia 11.07.2016]

[54] Gierlotka M, Zdrojewski T, Wojtyniak B, et al. Zapadalność, leczenie, śmiertelność szpitalna i rokowanie 1-roczne w zawale serca w Polsce w latach 2009–2012 — ogólnopolska baza danych AMI-PL, Kardiologia Polska 2015, 73(3): 93-109

zaleceń farmakologicznych, nieodpowiedni styl życia i niedostateczna kontrola czynników ryzyka (m.in. palenie tytoniu, masa ciała, poziom glukozy, ciśnienie tętnicze czy poziom cholesterolu frakcji LDL), a także ograniczony dostęp do nowych technologii, takich jak np. „kamizelka życia" stosowana ambulatoryjnie u chorych podwyższonego ryzyka opuszczających szpital. Według szacunków WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) nawet 80% chorobom sercowo-naczyniowym i 40% nowotworom można skutecznie zapobiec redukując narażenie na czynniki ryzyka.

Rehabilitacja w trybie ambulatoryjnym stanowi najczęściej kolejny etap w procesie rehabilitacji (po wcześniejszej rehabilitacji w trybie stacjonarnym i/lub dziennym). Jej celem jest uzyskanie dalszej poprawy tolerancji wysiłku fizycznego i utrwalenie osiągniętych już efektów wydolności fizycznej oraz zmniejszenie ryzyka nawrotów choroby[55].

W wyniku analizy przeprowadzonej na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, opisanej w Mapie potrzeb zdrowotnych z zakresu kardiologii (2015 r.) uzyskano dane wskazujące na fakt, że w każdym rozpoznaniu oraz w każdej grupie wiekowej śmiertelność wśród pacjentów nierehabilitowanych była wyraźnie wyższa od śmiertelności w grupie osób poddających się rehabilitacji.

Realizacja Programu rehabilitacji ambulatoryjnej i edukacji może wpłynąć na odciążenie lekarzy pracujących w poradniach kardiologicznych, co w konsekwencji pozwoli na skrócenie kolejek oczekujących na konsultację kardiologiczną i poprawę dostępności dla pacjentów tzw. pierwszorazowych.

Choroby naczyniowe mózgu są jedną z istotnych przyczyn zgonów w Polsce oraz ważną przyczyną niesprawności w populacji osób dorosłych. Badania epidemiologiczne wykazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia m.in. udaru mózgu odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań, składające się na współczesny styl życia. Są to: palenie papierosów, picie alkoholu, niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, stres. Właściwe wczesne postępowanie profilaktyczne ma udowodnioną skuteczność i jest zalecane przez towarzystwa naukowe[56]. Problem niedostatecznego poziomu wiedzy społeczeństwa odnośnie czynników ryzyka udaru mózgu w połączeniu z ogólną, dozwoloną i korzystną dla Państwa, ze względu na dochody z akcyzy dostępnością do alkoholu oraz wyrobów tytoniowych, powoduje, iż stanowią one częsty czynnik ryzyka zachorowania na choroby naczyń mózgowych. Dlatego też podwyższenie świadomości społecznej oraz poprawa wiedzy pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w tym zakresie jest konieczna.

Z algorytmami dotyczącymi postępowania rehabilitacyjnego po udarze mózgu można zapoznać się w oficjalnych dokumentach różnych towarzystw i organizacji, m.in. Deklaracji Helsingborskiej (1995 r. i 2006 r.), European Federation of Neurological Societies Task Force

[55] Nowak, Z., Podstawy kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015

[56] Meschia J.F., Bushnell C., Boden-Albala B. i wsp. on behalf of American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Functional Genomics and Translational Biology; Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45: 3754-832. DOI: 10.1161/STR.0000000000000046.

(1997 r.), European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management (2003 r.), American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems (2005 r.), American Heart Association, Heart and Stroke Statistical Standards of Physiotherapy in Neurology (2007 r.), Locomotor Experience-Applied Post-Stroke Trial (2007 r)[57].

Zapewnienie skutecznej rehabilitacji poudarowej (neurologicznej), jak podkreślają autorzy polskich wytycznych, wymaga w naszym kraju pilnego podjęcia wielu działań, przede wszystkim uzupełnienia brakującej kadry medycznej oraz rozwoju szczegółowo zaplanowanego, zintegrowanego systemu obejmującego nie tylko intensywną opiekę i wczesne usprawnianie na oddziałach neurologii, ale także **całościową rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych** oraz sprawowanie adekwatnej do potrzeb chorego opieki domowej. Realizacja powyższego celu, jako jednego z istotnych czynników umożliwiających redukcję ryzyka śmierci lub pobytu w zakładach opieki długoterminowej i zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych wśród pacjentów po udarze mózgu[58]. **Dlatego właśnie całościowa rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych oraz kontynuowana przez pacjenta w warunkach domowych jest esencją niniejszego programu polityki zdrowotnej.**

Efektywna rehabilitacja, poza zdrowotnymi, przynosi też liczne korzyści społeczne i ekonomiczne. Szacunkowe oszczędności stosowania procedur rehabilitacyjnych wynoszą nawet siedemnastokrotność poniesionych nakładów[59]. Rehabilitacja lecznicza powinna stanowić istotny element spójnego i efektywnie funkcjonującego systemu, obejmującego również **rehabilitację społeczną i zawodową**[60].

Program *rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy* jest komplementarny ze *Strategią Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–2020* w zakresie rehabilitacji medycznej oraz *Strategią Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 roku*, w stosunku do działań ułatwiających powrót do pracy[61]. Podstawowym działaniem w stosunku do osób z nabytą niepełnosprawnością jest umożliwienie im normalnego funkcjonowania w życiu społecznym. Wystąpienie choroby jest sytuacją trudną. Niepełnosprawni czują się wykluczeni ze społeczeństwa, ich życie wymaga nagłej zmiany, boją się utraty samodzielności. Często konieczna jest rezygnacja z dotychczasowej aktywności zawodowej. Utrata sprawności znacząco oddziałuje na psychikę, co wielokrotnie

[57] Na podstawie artykułu: "Effects of Day- Hospital Rehabilitation in stroke patients: a review of randomized clinical trials" R. Dekker, E. A. M. Drost, J. W. Groothoff, Scand J Rehab Med 30: 87–94, 1998; http://www.fizjoterapia.pl/0075 [dostęp dnia 11.07.2016]

[58] Mazurek J., Blaszkowska A., Rymaszewska J., Rehabilitacja po udarze mózgu – aktualne wytyczne, Nowiny Lekarskie 2013, 82, 1, 83–88

[59]: „Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie" opracowana przez Sekcję Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) Europejską Radę Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji i Europejską Akademię Rehabilitacji Medycznej – opublikowana w Journal of Rehabilitation Medicine vol. 39, supl. Nr 45, str. 1–8, styczeń 2007 oraz Europa Medicophysica (obecnie European Journal of PRM) vol. 42;4, str. 287–332, grudzień 2007, przetłumaczona na język polski w 2013 r. i wydana przez Polskie Towarzystwo Rehabilitacji.

[60] Raport Najwyższej Izby Kontroli, Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej- informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2014, s. 5, https://www.nik.gov.pl/plik/id,7435,vp,9348.pdf [dostęp: 26.01.2016]

[61] Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr. 4487/2013 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 23 grudnia 2013 r. http://opolskie.pl/docs/strategia_ochrony_zdrowia1.pdf; Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r., Załącznik do Uchwały Nr XXV/325/2012 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 28 grudnia 2012 r., strateg.stat.gov.pl/strategie_pliki/opolskie_2012.pdf [dostęp: 25.01.2016]

przyczynia się do wystąpienia u pacjenta depresji. Często okazuje się, że wiele zmian będących wynikiem wypadków, schorzeń ma charakter odwracalny. Dzięki zastosowaniu kompleksowej rehabilitacji, poprawie ulega stan zdrowia, a w związku z tym, również jakości życia pacjenta. W efekcie, po uzyskaniu maksymalnej sprawności, możliwy staje się powrót do pełnej aktywności zawodowej.

Finansowanie rehabilitacji leczniczej przez Narodowy Fundusz Zdrowia tylko częściowo pokrywa popyt na tego typu usługi. Jednak aby rehabilitacja była w pełni skuteczna, powinna być wdrożona niezwłocznie po wstąpieniu danego schorzenia. Tylko dzięki takiemu postępowaniu możliwe jest osiągnięcie najlepszych efektów z jej prowadzenia.

Przytoczone dane wskazują, że liczba zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych w województwie jest wciąż stosunkowo wysoka, co świadczy o konieczności wdrożenia kompleksowych działań w tym zakresie oraz zwiększenia ich dostępności. Od kilku lat nie ulega również zmniejszeniu liczba osób bezrobotnych z powodu choroby lub niepełnosprawności. Działania zaproponowane w ramach Programu uzupełnią świadczenia refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Poprawa dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych, zmniejszy czas oczekiwania pacjentów na usługi zdrowotne w tym zakresie. Przyspieszy to rekonwalescencje, a tym samym powrót do aktywności zawodowej. Udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej po długim czasie oczekiwania znacznie zwiększa ryzyko braku lub jedynie częściowej efektywności. Nakłady przeznaczane wówczas na tego rodzaju działania nie są odpowiednio wykorzystane.

Program oprócz wdrażania działań medycznych dotyczących rehabilitacji pacjentów, skupi się również na edukacji personelu świadczącego usługi medyczne[62]. Szkolenia w zakresie rehabilitacji umożliwią pogłębienie wiedzy oraz wymianę doświadczeń specjalistów. Wpłynie to na rozwój personelu medycznego w tym zakresie, a w związku z tym poprawi jakość świadczeń rehabilitacyjnych.

Efektywność kosztowa rehabilitacji w aspekcie wpływu na jakość życia jest porównywalna z innymi akceptowanymi metodami leczenia. Zyski ze zmniejszenia liczby rehospitalizacji, przyspieszenia powrotu i zwiększenia liczby chorych wracających do pracy mogą przewyższać koszty rehabilitacji[63].

[62] Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020

[63] Mazurek J., Blaszkowska A., Rymaszewska J., Rehabilitacja po udarze mózgu – aktualne wytyczne, Nowiny Lekarskie 2013, 82, 1, 83–88

2. Cele programu

a) Cel główny

Przywrócenie osobom w wieku aktywności zawodowej pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do aktywności zawodowej oraz brania czynnego udziału w życiu społecznym poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej na terenie województwa opolskiego w latach 2016-2020.

b) Cele szczegółowe

1) poprawa dostępności do rehabilitacji leczniczej na terenie województwa opolskiego w okresie realizacji Programu poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej,

2) zmniejszenie występowania niepełnosprawności, z powodu rozwoju schorzeń kardiologicznych i neurologicznych u osób w wieku aktywności zawodowej w okresie realizacji i na terenie realizacji Programu,

3) przywrócenie w okresie realizacji Programu pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągniecia sprawności osobom, które utraciły zdolność do pracy w skutek choroby układu krążenia,

4) zmniejszenie w okresie realizacji Programu liczby osób rezygnujących z aktywności zawodowej, z powodu rozwoju schorzeń kardiologicznych,

5) poprawa stanu zdrowia osób po przebyciu ciężkich chorób układu krążenia w okresie realizacji Programu,

6) przyśpieszenie powrotu na rynek pracy osób, które utraciły sprawność w wyniku choroby układu krążenia poprzez wdrożenie rehabilitacji kardiologicznej lub neurologicznej,

7) poprawa kontroli czynników ryzyka chorób układu krążenia u pacjentów uczestniczących w Programie (na poziomie deklaratywnym), a przez to zapobieganie lub zmniejszanie ryzyka nawrotu i/lub progresji choroby.,

8) wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki zdrowotne i postawy (na poziomie deklaratywnym),

9) wzrost wiedzy rodzin pacjentów po incydentach sercowych i mózgowych w obszarze powstałych schorzeń, a przez to przygotowanie do nowej roli, jaka staje przed pacjentem i jego otoczeniem w związku z powstałą niepełnosprawnością,

10) wzrost kwalifikacji personelu świadczącego usługi medyczne z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji.

c) Oczekiwane efekty

1) możliwość szybszego skorzystania z rehabilitacji leczniczej, dzięki skróconemu czasowi oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne oraz zmniejszonej liczbie pacjentów oczekujących,
2) zmniejszenie liczby osób niezdolnych do pracy w skutek niepełnosprawności lub choroby układu krążenia poprzez rehabilitację kardiologiczną lub neurologiczną,
3) przedłużenie aktywności zawodowej osób, które doznały uszczerbku na zdrowiu w wyniku schorzenia oraz zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu,
4) skrócenie czasu rekonwalescencji osób, które przebyły ciężką chorobę układu krążenia
5) skrócenie czasu powrotu do aktywności zawodowej osób, które utraciły sprawność w wyniku choroby układu krążenia,
6) zmniejszenie wydatków publicznych na renty z tytułu niezdolności do pracy,
7) lepsze przygotowanie kadry świadczącej usługi medyczne do udzielania poszczególnych świadczeń rehabilitacyjnych.

d) Mierniki efektywności

1) liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS,
2) liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie,
3) liczba osób, które otrzymały wsparcie w ramach programu,
4) liczba osób niezdolnych do pracy w skutek niepełnosprawności lub schorzenia uczestniczących w programie,
5) liczba osób, które kontynuują lub podjęły zatrudnienie, wskutek skorzystania ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej oferowanych w niniejszym programie,
6) liczba osób, u których zaobserwowano poprawę sprawności w wyniku zastosowania odpowiedniej rehabilitacji medycznej - ocena w skalach funkcjonalnych (Skala Rankina, Indeks Barthel, Skala FIM (Functional Independence Measure)) wykonane dwukrotnie: w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej ukończeniu,
7) liczba bezrobotnych w województwie opolskim z powodu niepełnosprawności lub choroby układu krążenia,
8) liczba uczestników Programu, u których obniżono występowanie modyfikowalnych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, tzn., u których poprawie uległy okresowe wartości: ciśnienia tętniczego krwi, stężenia cholesterolu LDL, stężenia hemoglobiny glikowanej, zmniejszył się wskaźnik BMI, które rzuciły palenie tytoniu,
9) liczba osób, które zadeklarowały wzrost poziomu wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania się oraz wpływu aktywności fizycznej na zmianę modyfikowalnych czynników ryzyka,

10) liczba osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki zdrowotne,
11) liczba osób, która zadeklarowała poprawę jakości życia dzięki uczestnictwu w Programie,
12) liczba członków rodzin uczestników programu, które zadeklarowały, że w wyniku działań edukacyjnych w programie zostały lepiej przygotowane do nowej roli, jaka staje przed pacjentem i jego otoczeniem w związku z powstałą niepełnosprawnością
13) liczba pracowników świadczących usługi medyczne, których przeszkolono lub przekwalifikowano z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji.

3. Adresaci programu

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Adresatami programu są osoby zamieszkujące województwo opolskie w wieku aktywności zawodowej tj. od 18 r. ż. do osiągnięcia wieku emerytalnego, o których mowa w art. 24 ust. 1a i 1b oraz w art. 27 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2015 poz. 748).

Do programu zakwalifikowane zostaną:

- osoby w wieku aktywności zawodowej, zagrożone przedwczesnym opuszczeniem rynku pracy z powodu chorób układu krążenia, w tym po przebytym udarze mózgu,
- kadra świadcząca usługi medyczne.

Zgodnie z danym Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia liczba osób, leczonych z powodu chorób układu krążenia wygląda następująco:

Tabela 4 Liczba osób, leczonych z powodu chorób układu krążenia w latach 2013-2015

Kategoria	2013	2014	2015
Liczba osób, które były leczone z powodu chorób układu krążenia	229 553	234 310	218 317
Liczba osób, u których zdiagnozowano choroby układu krążenia w danym roku[64]	28 662	26 928	23 666
Liczba osób, u których zdiagnozowano udar mózgu w danym roku	2 556	2 429	2 292
Liczba osób rehabilitowanych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej po przebytym udarze mózgu	747	722	648

Źródło:Opracowanie własne na podstawie danych z OOW NFZ

[64] Ponieważ NFZ nie dysponuje informacją o nowych zachorowaniach, liczbę osób, u których zdiagnozowano chorobę układu krążenia w danym roku przygotowano poprzez zbadanie, czy określona osoba wystąpiła gdziekolwiek w systemie z rozpoznaniem z danych grup rozpoznań wciągu ostatnich 5 lat.

Ze względu na możliwości finansowe Programu planuje się objąć wsparciem 5 650 osób.

Zbyt mała dostępność rehabilitacji sprawia, że, jak szacują eksperci stowarzyszenia Udarowcy - Liczy się Wsparcie, połowa chorych zamiast na rehabilitację trafia, niestety, do domu - z większym bądź mniejszym deficytem neurologicznym. W związku z faktem, że w większości przypadków udar pozostawia po sobie trwały ślad w postaci różnie objawiającej się niepełnosprawności, która prowadzi do izolacji społecznej i zawodowej, a rehabilitacja neurologiczna jest niezbędnym elementem leczenia chorych po udarze w celu przywrócenia im aktywności zawodowej i społecznej. Założono, że w ramach programu ok. 1650 osób po przebytych incydentach naczyń mózgowych, a w szczególności udarach mózgu, u których zdiagnozowano konieczność realizacji rehabilitacji neurologicznej zostanie objętych działaniami w ramach Bloku II Programu. Stanowi to 14% osób, u których w latach 2016-2020 zdiagnozowany zostanie udar mózgu, oraz ok. 50% osób, które były rehabilitowanych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej po przebytym udarze mózgu [65].

Założona liczba osób powinna w dużej mierze zaspokoić potrzeby w tym zakresie w województwie opolskim, gdyż do działań w ramach rehabilitacji neurologicznej będą kierowani pacjenci bezpośrednio po zorganizowanej rehabilitacji poudarowej (w ciągu 30 dni od wypisu), w przypadku, których lekarz prowadzący uzna za konieczne dalsze prowadzenia rehabilitacji w ramach niniejszego Projektu oraz uczestnicy po przebytym udarze mózgu, skierowani do udziału w programie przez lekarze prowadzącego, którzy zgłaszając się do programu będą mieli szansę powrotu na rynek pracy dzięki udziałowi w rehabilitacji.

W ramach Programu ok. 4000 osób zostanie objętych działaniami w ramach rehabilitacji kardiologicznej. Stanowi to 3 % osób, u których w latach 2016-2020 zdiagnozowane zostaną choroby układu krążenia[66].Chorzy do programu będą przyjmowani zgodnie z założeniami "Optymalnego Modelu Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji" Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Program adresowany jest do uczestników Programu, posiadających wskazania medyczne, których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. W trosce o zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa na jak najwyższym poziomie, w Programie będą mogły wziąć udział osoby, których lekarz prowadzący (np. kardiolog, kardiochirurg, neurolog, neurochirurg, lub lekarz POZ) wyrazi pisemną zgodę na uczestnictwo w Programie i uzupełni ankietę dotyczącą czynników ryzyka (załącznik 1 do Programu).

Podjęcie dalszych działań rehabilitacyjno-edukacyjnych umożliwi skorygowanie niewłaściwych i utrwalenie korzystnych zachowań zdrowotnych, zapobiegnie pogarszaniu stanu zdrowia, co mogłoby skutkować trwałym wykluczeniem z rynku pracy lub umożliwi szybszy powrót do aktywności zawodowej. Rehabilitację w trybie ambulatoryjnym należy w tym przypadku rozumieć jako kontynuację procesu rehabilitacyjnego niezapewnianą przez NFZ.

[65] Prognoza na podstawie średniej z lat 2013-2015, na podstawie danych z OOW NFZ
[66] Prognoza na podstawie średniej z lat 2013-2015, na podstawie danych z OOW NFZ

Wybór grupy docelowej uzasadniają m.in. wyniki badania ankietowego SPICI (The study of patient information after coronary intervention), którego przedmiotem była ocena zmiany stylu życia pacjentów po angioplastyce wieńcowej po upływie 8 tygodni od zabiegu – ponad 50% palaczy nadal paliło, jedynie 40% pacjentów zmieniło dietę, tylko 31% zwiększyło aktywność fizyczną. Dane te wskazują na konieczność kontynuowania działań rehabilitacyjno-edukacyjnych w grupach pacjentów po przebytej rehabilitacji wczesnej[67]. Szczególnie, że, według European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (2012 r.) w warunkach zwykłej, codziennej terapii przestrzeganie przez pacjentów zaleceń lekarskich dotyczących stylu życia i przyjmowania leków zaczyna się szybko pogarszać po zakończeniu hospitalizacji.

Ze względu na fakt, iż istotą finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego programów rehabilitacji medycznej jest ułatwianie powrotu do pracy oraz umożliwienie wydłużenia aktywności zawodowej Program będzie kierowany na obszary związane z zagrożeniem utraty pracy.

W ramach Programu przewidziane są również szkolenia mające na celu podniesienie kwalifikacji z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji medycznej skierowane m.in. do podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne. W związku z tym, że szkolenia kadry będą musiały być powiązane z udzielanymi w ramach Programu świadczeniami medycznymi szacuje się objęcie wsparciem ok. 30 osób spośród kadry świadczącej usługi medyczne w ramach programu.

b) Tryb zapraszania do programu

W celu osiągnięcia dużej frekwencji w Programie ważne jest wdrożenie działań promocyjno-informacyjnych. Program skierowany jest do osób z różnych grup wiekowych (od 18 r. ż. do osiągnięcia wieku emerytalnego), dlatego należy zastosować odpowiednie środki, aby dotrzeć do jak największej grupy odbiorców. Na tej podstawie zaplanowano zastosowanie różnych form przekazu m.in.:

- plakaty i ulotki informacyjne w podmiotach leczniczych,
- ulotki informacyjne w aptekach,
- informacja o Programie na stronie internetowej realizatora,
- profil na portalu społecznościowym (typu Facebook).

Akcja zostanie poprowadzona dwutorowo tak, aby zapewnić dotarcie informacji zarówno do pacjentów (którzy będą mogli poinformować swoich lekarzy o Programie), jak i do lekarzy (którzy będą mogli poinformować i „skierować" swojego pacjenta do uczestnictwa w Programie).

Premiowane będą projekty realizowane w partnerstwie pomiędzy podmiotem wykonującym działalność leczniczą a organizacjami pozarządowymi w celu dotarcia do jak

[67] Skonieczny, G., Jaworska-Drozdowska, M., Jaworska, K., Panowicz, I., Leźnicka, M. (2013). Rehabilitacja kardiologiczna jako istotny element prewencji chorób układu krążenia. Rola samorządów terytorialnych, Hygeia Public Health, 48(2): 194-199

największej liczby osób zainteresowanych, w tym do środowiska osoby uczestniczącej w Programie.

Informacje o podejmowanych w ramach Programu działaniach zostaną zamieszczone także w serwisach internetowych i portalach dedykowanych zdrowiu.

4. Organizacja programu

a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program będzie realizowany przez podmioty wyłonione w konkursie ogłoszonym przez IZ RPO WO 2014-2020. Po wybraniu realizatorów, posiadających odpowiednie kompetencje oraz spełniających odpowiednie warunki lokalowe i sprzętowe, które określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522) nastąpi wdrażanie działań określonych w Programie.

Na podstawie zgłoszeń i przeprowadzonych badań z grupy docelowej wybrani zostaną uczestnicy spełniający określone wymagania, konieczne do uczestnictwa w Programie.

Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W realizację projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy, który będzie pełnił rolę lidera bądź partnera.

Etapy realizacji Programu:

- działania informacyjno-promocyjne Programu,
- nabór i kwalifikacja uczestników do Programu,
- realizacja Programu,
- monitoring i ewaluacja Programu.

Program będzie realizowany na podstawie harmonogramu rzeczowo-finansowego projektów wybranych do dofinansowania.

b) Planowane interwencje

Program będzie realizowany w oparciu o określone bloki *Programu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy*. Podziału Programu dokonano m.in. na podstawie konieczności zastosowania różnych działań rehabilitacyjnych i medycznych, w zależności od rodzaju schorzenia lub urazu. Na tej podstawie wyróżniono następujące Bloki Programu:
BLOK I Działania w ramach rehabilitacji kardiologicznej

BLOK II Działania w ramach rehabilitacji neurologicznej

BLOK III Szkolenia mające na celu podniesienie kwalifikacji z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji medycznej

W Programie będą mogły wziąć udział osoby, których lekarz prowadzący (np. kardiolog, kardiochirurg, neurolog, neurochirurg, lub lekarz POZ) wyrazi pisemną zgodę na uczestnictwo w Programie i uzupełni ankietę dotyczącą czynników ryzyka (załącznik 1 do Programu).

Ostateczna kwalifikacja uczestników do Programu zostanie przeprowadzona przez specjalistyczny zespół (w skład mogą wejść m.in. lekarze neurolodzy i specjaliści z zakresu rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuci, neuropsycholodzy, logopedzi, neurologopedzi, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki i pracownicy socjalni). Do jego powołania zobowiązany będzie każdy podmiot leczniczy wyłoniony w konkursie na realizację projektu. Dokona on także oceny pacjenta przed rozpoczęciem terapii oraz po jej zakończeniu w celu pomiaru efektywności prowadzonych działań rehabilitacyjnych.

Postępowanie rehabilitacyjne oparte na skojarzeniu zabiegów finansowanych przez NFZ z dodatkowymi w ramach programu wpłynie na uzyskanie lepszych efektów zdrowotnych oraz usprawnienie systemu rehabilitacji w województwie opolskim.

Dodatkowo w razie uzasadnionej potrzeby uczestnikom zostanie zapewniony dojazd niezbędny dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem.

BLOK I Działania w ramach rehabilitacji kardiologicznej

Działania w ramach Bloku I zostaną skierowane do uczestników po przebytych incydentach sercowo-naczyniowych. Działania realizowane w ramach tego zakresu będą miały na celu uzupełnienie świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach Programu oferowana będzie rehabilitacja kardiologiczna w warunkach ambulatoryjnych. Rehabilitacja w tym trybie może być prowadzona także po powrocie uczestnika Programu do pracy zawodowej, zmniejszając ryzyko wystąpienia u niego nawrotu choroby i poprawiając jego codzienne funkcjonowanie. Do Programu uczestnicy będą kierowani przez ich lekarzy prowadzących (lekarz z poradni kardiologicznej, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz sprawujący opiekę na oddziale szpitalnym). O kwalifikacji do Programu zadecyduje lekarz kardiolog realizujący świadczenia w ramach Programu (m.in. na podstawie przeprowadzonego testu wysiłkowego).

Rehabilitacja powinna być prowadzona przez interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny (kardiologa, lekarza ogólnego, pielęgniarki, fizjoterapeuty, fizjologa, dietetyka, terapeuty zajęciowego), który powinien ściśle współpracować z lekarzem prowadzącym. Należy ją kontynuować pod kierunkiem fizjoterapeuty po wypisaniu chorego do domu, we współpracy z rodziną. W rehabilitacji należy uwzględniać doskonalenie praktycznych czynności. Proces rehabilitacji trzeba kontynuować do czasu uzyskania obiektywnego wskaźnika poprawy zdrowia uczestnika Programu. Jeżeli poprawa nie następuje, to należy zmienić cel lub metodykę usprawniania albo rozważyć odstąpienie od dalszego usprawniania.

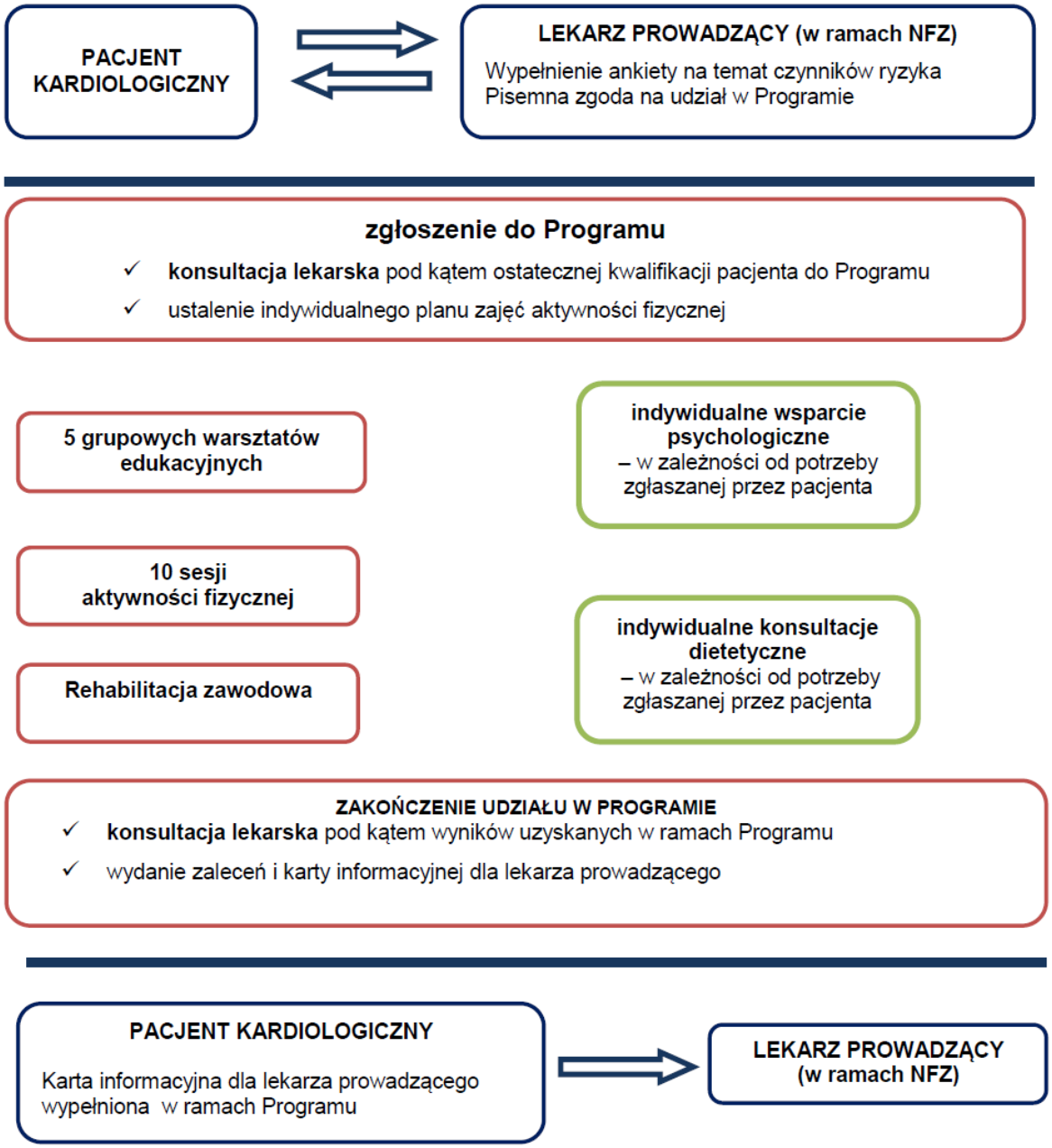
Program dla każdego uczestnika zostanie dostosowany do indywidualnych potrzeb i powinien być zgodny z poniższymi rekomendacjami:

- Warsztaty edukacyjne (każdy trwający 45 minut 1 raz w tygodniu),
- Sesje aktywności fizycznej (trwających 60 minut 1-2 razy w tygodniu, prowadzonych przez fizjoterapeutę we współpracy z lekarzem),
- Rehabilitacja zawodowa – ok. 2 spotkania (trwające po 60 minut), w zależności od potrzeb uczestnika Programu.

Dodatkowo, w ramach Programu uczestnik będzie miał możliwość odbycia, w zależności od potrzeb 2 indywidualnych konsultacji z psychologiem (w celu zwiększenia motywacji, redukcji lęku lub wczesnego wykrycia ewentualnych objawów depresyjnych często towarzyszących chorobie) i 2 indywidualnych konsultacji z dietetykiem (w celu ustalenia indywidualnego planu żywienia). Każda z konsultacji planowana na 60 minut.

Przez cały okres realizacji Programu każdy uczestnik będzie miał możliwość telefonicznego kontaktu z wyznaczonym do tego celu członkiem zespołu projektowego.

Rysunek 2. Przykładowy schemat organizacyjny BLOK I Działania w ramach rehabilitacji kardiologicznej



Warsztaty edukacyjne

Warsztaty edukacyjne będą kierowane do uczestników programu, ale w sesjach edukacyjnych będą mogli uczestniczyć także członkowie ich rodzin. Każdorazowo zakres tematów będzie ustalany po uwzględnieniu specyficznych potrzeb identyfikowanych na poziomie danej grupy uczestniczącej w Programie. Wśród głównych tematów poruszanych podczas sesji edukacyjnych znajdą się m.in.:

- pierwsza pomoc przedmedyczna – zajęcia rozpoczynające każdy cykl warsztatów z udziałem członków rodziny pacjenta prowadzone przez lekarza,
- zasady zdrowego odżywiania się w chorobach układu krążenia – zajęcia prowadzone przez dietetyka,

- konsekwencje niewłaściwego stylu życia i braku przestrzegania zalecanej terapii farmakologicznej np. wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia, dostępne metody walki z uzależnieniem – zajęcia prowadzone przez pielęgniarkę, lekarza lub psychologa,
- konieczność stosowania leków w chorobach układu krążenia - zajęcia prowadzone przez lekarza kardiologa,
- konieczność uprawiania systematycznej aktywności fizycznej (rodzaje ćwiczeń fizycznych – wytrzymałościowe, oporowe, ogólnousprawniające, zalecany czas i częstotliwość wysiłku dla osób z chorobami układu krążenia, korzyści i zagrożenia wynikające z aktywności fizycznej) – zajęcia prowadzone przez fizjoterapeutę lub pielęgniarkę,
- elementy wsparcia emocjonalnego i wartościującego stymulujące poczucie zaufania do siebie i poczucie wartości – zajęcia prowadzone przez psychologa,
- psychospołeczny aspekt rehabilitacji kardiologicznej - nauka opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie, akceptacja ograniczeń, które narzuca pacjentom choroba – zajęcia warsztatowe prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne przez psychologa.

Oprócz ściśle edukacyjnego charakteru spotkań będą one miały również charakter wspierający pacjenta, m.in. poprzez rozbudowanie jego **sieci wsparcia społecznego**.

Sesje aktywności fizycznej

Czas trwania ćwiczeń i ich intensywność zostaną zaplanowane zgodnie z zaleceniami m.in. Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i ustalone dla każdego pacjenta indywidualnie przez lekarza we współpracy z fizjoterapeutą. Sesje aktywności fizycznej będą uwzględniały stopniowe i kontrolowane dawkowanie wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego, odbywać się będą w sali kinezyterapii/sali gimnastycznej pod okiem fizjoterapeuty. Ćwiczenia aktywności fizycznej będą urozmaicone, uwzględniając różne ich rodzaje i formy – np. aerobowe, oporowe, ogólnousprawniające. Ponadto ćwiczenia zostaną dobrane w taki sposób, aby pacjent mógł je wykonywać samodzielnie w domu. Zastosowanie różnych metod treningowych wpływa na zmianę postrzegania atrakcyjności wysiłku fizycznego przez pacjenta, umożliwiając mu wybór najbardziej akceptowalnej dla niego formy, a tym samym zwiększając szansę na kontynuowanie treningu po zakończeniu udziału w Programie.

W uzasadnionych przypadkach zakłada się również możliwość stosowania telerehabilitacji, czyli działań świadczonych przy pomocy infrastruktury telekomunikacyjnej na odległość.

Dwa i cztery miesiące po zakończeniu całego cyklu ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w ramach Programu, jeden z członków zespołu skontaktuje się z uczestnikiem w celu przypomnienia o konieczności stosowania się do zaleceń (farmakoterapia, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna). Po kolejnych dwóch miesiącach pacjent zostanie zaproszony na wizytę kontrolną, podczas której ponownie zostaną ocenione

czynniki ryzyka (zmiana nasilenia czynników ryzyka może świadczyć o skuteczności zastosowanej interwencji). Na zakończenie wizyty kontrolnej uczestnik otrzyma Informację dla lekarza prowadzącego. Nasilenie czynników ryzyka będzie również stanowiło element sprawozdawczości w ramach Programu.

Rehabilitacja zawodowa

Zagadnienie powrotu do aktywności zawodowej i pozazawodowej pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi, choć jest związane z procesem kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, wykracza jednak poza problemy rehabilitacji medycznej.

Rola lekarza w poradnictwie zawodowym w aspekcie medycznym sprowadza się do:

- oceny „obciążalności" chorego,
- oceny ryzyka w aspekcie wykonywanej pracy.

Przez „obciążalność" rozumie się intensywność wysiłku, z jaką praca może być realizowana w trybie ciągłym. Oceniając ryzyko związane z wykonywaniem pracy należy brać pod uwagę nie tylko „obciążalność" chorego, ale także globalną ocenę ryzyka zdarzeń sercowych. Powyższe fakty mają znaczenie w ocenie na ile praca zawodowa może stanowić zwiększone ryzyko dla pacjenta, a także na ile pacjent wykonujący dany zawód może stanowić zagrożenie dla innych osób (np. kierowcy, piloci itp.).

W ramach programu planuje się ok. 2 spotkania, których celem będzie ustalenie możliwości dalszej aktywności zawodowej. Spotkania będą miały charakter informacyjno – edukacyjno- doradczy.

Świadczenia w ramach Programu będą realizowane przez zespół specjalistów, ściśle współpracujący z lekarzem. Program będzie realizowany przez odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, posiadającą doświadczenie w pracy z pacjentem kardiologicznym. Przez cały czas uczestnictwa w programie uczestnik będzie zachęcany do dodatkowych zajęć uzupełniających, realizowanych w domu pod nadzorem poradni rehabilitacji kardiologicznej, poradni kardiologicznej lub przez lekarza rodzinnego przeszkolonego w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, stosując np. ćwiczenia ogólnousprawniające 2 x dzienne po 10-15 min o intensywności dobranej tak, aby przyrost tętna nie przekraczał 20% wartości spoczynkowej[68]. Wyznaczony przez wykonawcę pracownik będzie regularnie przypominał i motywował do takiej właśnie aktywności, która po projekcie powinna przerodzić się w nawyk.

Aktywność fizyczną należy traktować, jako ważną metodę zapobiegawczą i terapeutyczną pozwalającą na ograniczenie stosowania innych, bardziej kosztownych metod profilaktyki i leczenia. Propagowanie aktywności ruchowej wśród ogółu społeczeństwa jest obowiązkiem każdego lekarza, jak i wszystkich osób związanych nie tylko z medycyną zapobiegawczą i rehabilitacyjną, ale także interwencyjną. Udowodniono, że najbardziej korzystne dla zdrowia jest podejmowanie aktywności ruchowej w czasie wolnym

[68] Zgodnie z „Standardy Rehabilitacji Kardiologicznej Kompleksowa Rehabilitacja Kardiologiczna, Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego"; http://www.rehabilitacjakardiologicznaptk.pl/standardy-rehabilitacji-kardiologicznej/; dostęp z dnia 21.04.2016 r.

od pracy, a jej efekty zdrowotne są lepsze w przypadku racjonalnego programowania ćwiczeń, to znaczy dokładnego określenia ich rodzaju, intensywności i objętości. Zbyt małe dawki wysiłku fizycznego nie przynoszą spodziewanych efektów, a zbyt duże mogą doprowadzić do przeciążeń, głównie ze strony układu krążenia i narządu ruchu.

Jako najbardziej skuteczną formę aktywności ruchowej w prewencji pierwotnej chorób sercowo-naczyniowych, zaleca się wysiłki wytrzymałościowe o charakterze dynamicznym. Preferowane jest rekreacyjne uprawianie dyscyplin sportu, w których przeważają ćwiczenia dynamiczne, np.: marsz, trucht, bieg, jazda na rowerze, pływanie, kajakarstwo, wioślarstwo, biegi narciarskie, taniec towarzyski oraz niektóre gry zespołowe np. piłka koszykowa. Zaleca się stosowanie nie tylko jednego rodzaju dyscypliny sportowej, ale tzw. „renesansowego" modelu aktywności ruchowej. Polega on na uprawianiu różnych rodzajów dyscyplin w kolejne dni tygodnia, uzależniając je dodatkowo od upodobań, miejsca pobytu osoby ćwiczącej oraz pory roku (woda, góry, lato, zima)[69].

BLOK II Działania w ramach rehabilitacji neurologicznej

Działania w ramach Bloku II zostaną skierowany do uczestników po przebytych incydentach naczyń mózgowych, a w szczególności udaru mózgu, u których zdiagnozowano konieczność realizacji rehabilitacji neurologicznej. Działania realizowane w ramach tego zakresu będą miały na celu uzupełnienie świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach Programu oferowana będzie rehabilitacja neurologiczna w warunkach ambulatoryjnych. Rehabilitacja w tym trybie może być prowadzona także po powrocie uczestnika do pracy zawodowej, zmniejszając ryzyko wystąpienia u niego nawrotu choroby i poprawiając jego codzienne funkcjonowanie. Do Programu uczestnicy będą kierowani przez ich lekarzy prowadzących. O kwalifikacji do Programu zadecyduje specjalistyczny zespół lekarzy rehabilitantów i/lub fizjoterapeutów realizujący świadczenia w ramach Programu (na podstawie przeprowadzonych badań).

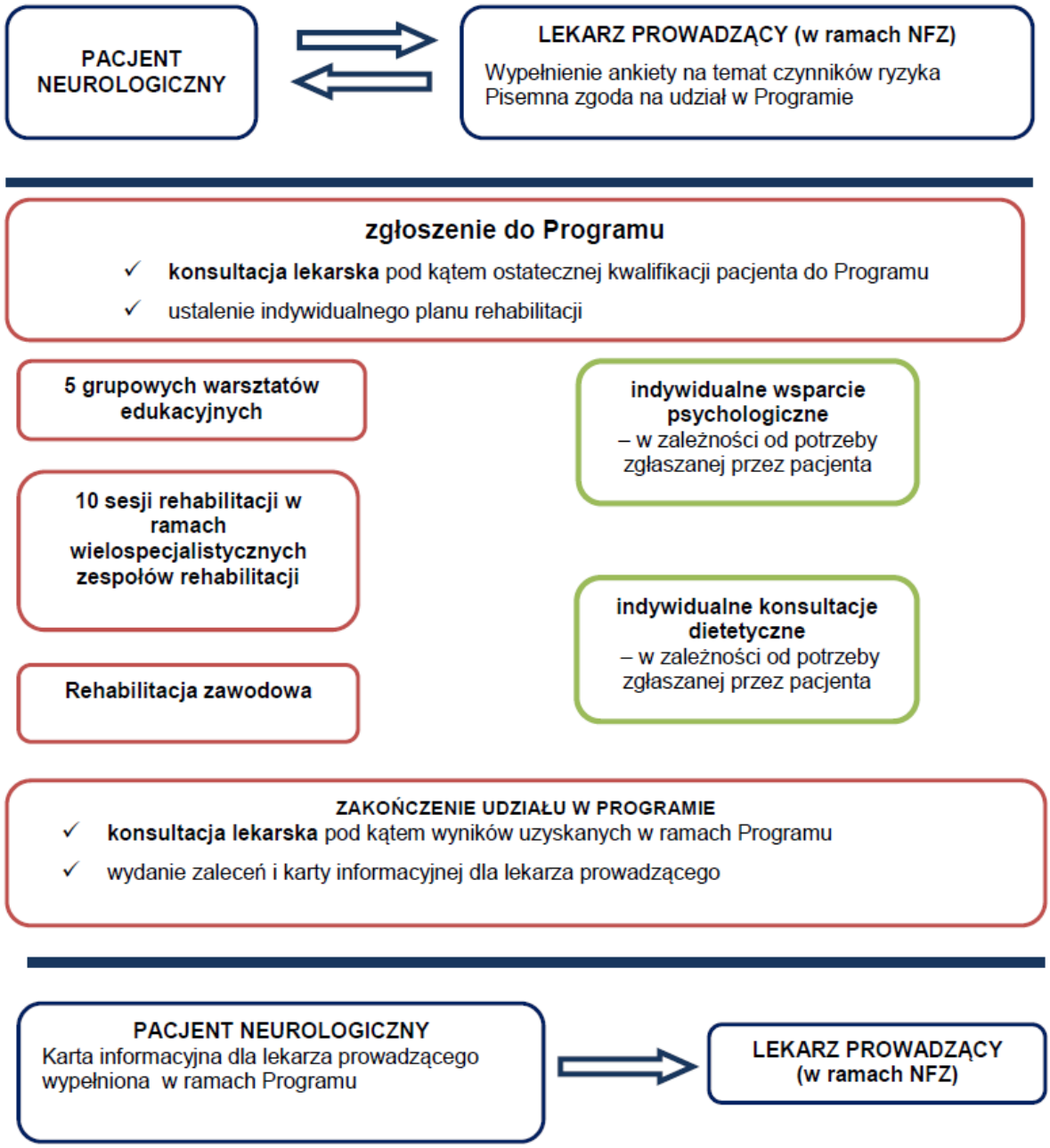
Program dla każdego uczestnika zostanie dostosowany do indywidualnych potrzeb i powinien być zgodny z poniższymi rekomendacjami:

- Warsztaty edukacyjne (każdy trwający po 45 minut, 1 raz w tygodniu),
- Sesje rehabilitacji w ramach wielospecjalistycznych zespołów rehabilitacji (każda trwająca po 60 minut, 1-2 razy w tygodniu, prowadzonych przez fizjoterapeutę we współpracy z zespołem dobranym do potrzeb, w skład mogą wejść m.in. lekarze neurolodzy i specjaliści z zakresu rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuci, neuropsycholodzy, logopedzi, neurologopedzi, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki i pracownicy socjalni).
- Rehabilitacja zawodowa – ok. 2 spotkania (trwające po 60 minut), w zależności od potrzeb uczestników.

[69] KOMPLEKSOWA REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego http://www.rehabilitacjakardiologicznaptk.pl/wp-content/uploads/2015/02/standardy.pdf [dostęp dnia 11.07.2016]

Dodatkowo, w ramach Programu pacjent będzie miał możliwość odbycia 2 indywidualnych konsultacji z psychologiem (w celu zwiększenia motywacji, redukcji lęku lub wczesnego wykrycia ewentualnych objawów depresyjnych często towarzyszących chorobie) i 2 indywidualnych konsultacji z dietetykiem (w celu ustalenia indywidualnego planu żywienia). Każda z konsultacji planowana jest na 60 minut.

Rysunek 3. Przykładowy schemat organizacyjny bloku II – Działania w ramach rehabilitacji neurologicznej



Przez cały okres realizacji Programu każdy uczestnik Programu będzie miał możliwość telefonicznego kontaktu z wyznaczonym do tego celu członkiem zespołu.

Warsztaty edukacyjne

Edukację uczestnika projektu należy dostosować do jego stanu ogólnego i neurologicznego — do stopnia nasilenia deficytów ruchowych oraz poznawczych. Zakres tej edukacji powinien odpowiadać poziomowi możliwości poznawczych uczestnika i jego opiekunów, a także etapowi choroby. Zakres wiedzy przekazywanej osobom z niewielkim ubytkiem neurologicznym może być szeroki, natomiast w przypadku chorych z dużym stopniem niepełnosprawności poudarowej trzeba edukować przede wszystkim rodzinę i opiekunów.

W ramach programu przewiduje się edukację osób samodzielnych, bez nasilonych deficytów ruchowych, bez zaburzeń afatycznych, objawów zespołu otępiennego.

Warsztaty edukacyjne będą kierowane do uczestników Programu, ale w sesjach edukacyjnych będą mogli uczestniczyć także członkowie ich rodzin. Każdorazowo zakres tematów będzie ustalany po uwzględnieniu specyficznych potrzeb identyfikowanych na poziomie danej grupy uczestniczącej w Programie. Będą się odbywać w grupach liczących maksymalnie 10 uczestników i ewentualnych członków rodzin. Wśród głównych tematów poruszanych podczas sesji edukacyjnych znajdą się m.in.:

- pierwsza pomoc przedmedyczna – zajęcia rozpoczynające każdy cykl warsztatów z udziałem członków rodziny pacjenta prowadzone przez lekarza,
- wyjaśnienie przyczyny udaru, zapewnienie niezbędnych informacji na temat jego przebiegu i powikłań,
- ukazanie konieczności i sposobu zmiany stylu życia (promocja zachowań prozdrowotnych) oraz poprawy kontroli czynników ryzyka po udarze,
- elementy wsparcia emocjonalnego i wartościującego stymulujące poczucie zaufania do siebie i poczucie wartości – zajęcia prowadzone przez psychologa,
- nauka czynności pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych dla członków rodzin,
- instruktaż w zakresie przygotowania zaplecza socjalnego (adaptacja mieszkania, wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny),
- podanie informacji o możliwości uzyskania wsparcia (opieka społeczna, pielęgniarki środowiskowe, organizacje kościelne, pomoc psychologiczna),
- ukazanie konieczności konsekwentnej rehabilitacji w warunkach domowych oraz sposobów jej prowadzenia,
- nauka opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie, akceptacja ograniczeń– zajęcia warsztatowe prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne przez psychologa.

Oprócz ściśle edukacyjnego charakteru spotkań będą one miały również charakter wspierający pacjenta, m.in. poprzez rozbudowanie jego sieci oparcia społecznego.

Sesje rehabilitacji w ramach wielospecjalistycznych zespołów rehabilitacji

Zostaną powołane wielospecjalistyczne zespoły rehabilitacji wyspecjalizowane w opiece neurologicznej, w szczególności udarowej. Takie zespoły – działające lokalnie – powinny przejmować opiekę nad pacjentami wypisywanymi m.in. z oddziałów udarowych i rehabilitacji udarowej, którzy tego potrzebują.

Terapia będzie dopasowana do potrzeb pacjenta i będzie obejmowała m.in. następujące elementy:

1. Naukę czynności samoobsługowych w oparciu o wyniki skal funkcjonalnych
2. Ćwiczenia rehabilitacyjne oparte o skale zakresów ruchomości, siły mięśniowej, spastyczności takie jak Medical Reserch Council skrót ang. MRC, Ashworth.
3. Ćwiczenia samowspomagane -automobilizacja kończyn wg wskazówek zespołu terapeutycznego
4. Ćwiczenia równoważne dostosowane do potrzeb, możliwości i ograniczeń chorego oparte o wskaźniki ryzyka upadku i równowagi takie jak Tinetti, Berg, zasięg funkcjonalny Dankana ze wsparciem fizjoterapeuty (np. przemieszczanie ciężaru ciała na stronę porażoną, wychylanie tułowia do przodu i tyłu, ćwiczenia równoważne na dużej piłce gimnastycznej)
5. Ćwiczenia oporowe pośrednie ze wsparciem fizjoterapeuty (np. ćwiczenia z taśmą THERABAND, ćwiczenia oporowe w UGUL na linkach z obciążeniem (ciężarki różnej wagi)
6. Pionizacja(np. pionizacja czynna przy drabince lub chodziku, nauka samodzielnego wstawania i siadania, reedukacja chodu)
7. Rehabilitacja ręki (ćwiczenia przywracające normalizacje napięcia mięśniowego, poprawa czucia powierzchownego i głębokiego w oparciu o testy czucia powierzchownego i testu lustrzanego, od ćwiczeń bilateralnych do bimanualnych ze wskazaniem osiągnięcia możliwie jak najlepszej funkcjonalności kończyny górnej oraz docelowo - precyzje ruchów ręki, zginanie, prostowanie ręki, krążenia nadgarstkami, toczenie przedmiotu po powierzchni płaskiej, przeciwstawianie kciuka, rozkładanie i łączenie palców, chwytanie opuszkami palców, przenoszenie przedmiotów z jednego miejsca w drugie, utrzymywanie ciężaru ciała na opuszkach palców, tablica manualna).

Ćwiczenia aktywności fizycznej będą urozmaicone, uwzględniając różne ich rodzaje i formy. Ponadto ćwiczenia zostaną dobrane w taki sposób, aby pacjent mógł je wykonywać samodzielnie w domu, zgodnie z zasadami ADL (Activities of Daily Living – ćwiczenia nastawione na wymogi codziennego ruchu) i IADL (Instrumental Activities of Daily Living – ćwiczenia nastawione na złożone czynności życia codziennego), dostosowane do jego indywidualnych potrzeb. Zaleca się zindywidualizowany program treningowy w celu zwiększenia wydolności krążeniowo-oddechowej i zmniejszenia ryzyka powtórzenia się udaru.Zastosowanie różnych metod treningowych wpływa na zmianę postrzegania atrakcyjności wysiłku fizycznego przez pacjenta, umożliwiając mu wybór najbardziej

akceptowalnej dla niego formy, a tym samym zwiększając szansę na kontynuowanie treningu po zakończeniu udziału w Programie.

W uzasadnionych przypadkach zakłada się również możliwość stosowania telerehabilitacji, czyli działań świadczonych przy pomocy infrastruktury telekomunikacyjnej na odległość.

Dwa i cztery miesiące po zakończeniu całego cyklu ambulatoryjnej rehabilitacji w ramach Programu, jeden z członków zespołu skontaktuje się z uczestnikiem w celu przypomnienia o konieczności stosowania się do zaleceń (farmakoterapia, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna). Po kolejnych dwóch miesiącach pacjent zostanie zaproszony na wizytę kontrolną, podczas której ponownie zostaną ocenione czynniki ryzyka (zmiana nasilenia czynników ryzyka może świadczyć o skuteczności zastosowanej interwencji). Na zakończenie wizyty kontrolnej pacjent otrzyma informację dla lekarza prowadzącego. Nasilenie czynników ryzyka będzie również stanowiło element sprawozdawczości w ramach Programu.

Rehabilitacja zawodowa

Zagadnienie powrotu do aktywności zawodowej i pozazawodowej pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi, choć jest związane z procesem kompleksowej rehabilitacji neurologicznej, wykracza jednak poza problemy rehabilitacji medycznej.

Rola lekarza w poradnictwie zawodowym w aspekcie medycznym sprowadza się do:

- oceny „obciążalności" chorego,
- oceny ryzyka w aspekcie wykonywanej pracy.

Przez „obciążalność" rozumie się intensywność wysiłku, z jaką praca może być realizowana w trybie ciągłym. Powyższe fakty mają znaczenie w ocenie pracy zawodowej, która może stanowić zwiększone ryzyko dla uczestnika Programu.

W ramach programu planuje się ok. 2 spotkania, których celem będzie ustalenie możliwości dalszej aktywności zawodowej. Spotkania będą miały charakter informacyjno – edukacyjno- doradczy.

BLOK III Szkolenia mające na celu podniesienie kwalifikacji z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji medycznej

Szkolenia i warsztaty mające na celu podniesienie kwalifikacji, poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji medycznej, skierowane m.in. do podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne.

Pomimo systematycznie poprawiających się możliwości opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia, w tym z udarem mózgu w wielu podmiotach istnieją braki w kadrze zespołu rehabilitacyjnego (zwłaszcza w zakresie zatrudnianych wysoce wykwalifikowanych fizjoterapeutów, logopedów i neuropsychologów). Dlatego też, konieczne jest uzupełnienie brakujących kwalifikacji wśród kadry medycznej w celu poprawy jakości i wydłużenia czasu prowadzonych zajęć rehabilitacyjnych.

Szkolenia i warsztaty skierowane będą do osób pracujących z pacjentami ze schorzeniami układu krążenia, w tym po udarach mózgu. Prowadzenie szkoleń mających na celu podniesienie kwalifikacji z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji medycznej możliwe będzie wyłącznie przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej.

Szkolenia będą możliwe do realizacji wyłącznie w powiązaniu z usługami zdrowotnymi z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającymi powrót do pracy. Beneficjenci realizujący projekty będą musieli wskazać potrzebę realizacji szkoleń dla personelu medycznego realizującego zadania w ramach programu oraz wskazać m.in. zakres tematyczny, liczbę warsztatów, osoby prowadzące oraz planowany koszt, który musi być kosztem rynkowym tego typu usług.

Do rehabilitacji coraz częściej są wprowadzane nowe metody pomagające w usprawnianiu chorych. Do nich należą m.in. metody neurofizjologiczne. U chorych z niedowładem połowiczym najczęściej stosuje się metodę Kabata - proprioceptywnego torowania (PNF, Proprioceptive Neuromuscular Facilitation) i metodę Bobathów (NDT, NeuroDevelopmental Treatment) wywodzącą się z teorii neurorozwojowej. Stosuje się także wiele innych, jednak dwie wcześniej wymienione stały się najbardziej popularne. Nadrzędnym celem jest uzyskanie możliwie jak największej samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego. Na etapie tworzenia Programu wskazano m.in. następujące tematy szkoleniowe:

1) Zastosowanie kinezjologii wg. Vojty u dorosłych z zaburzeniami ruchowymi - Podstawą terapeutycznej metody Vojty jest kinezjologia rozwojowa, która pozwala odróżnić zachowania prawidłowe od zaburzonych wzorców ruchu. Metoda ta polega na wyzwalaniu u pacjenta reakcji mięśniowych nazwanych kompleksami odruchowej lokomocji: odruchowego obrotu i odruchowego pełzania. Stosuje się ją przede wszystkim w leczeniu niedowładów, a także w przypadkach uszkodzeń splotu ramiennego, przepuklinach oponowo-rdzeniowych oraz wszędzie tam, gdzie konieczne jest usprawnienie ruchowe, niezależnie od wieku pacjenta.

Uczestnicy kursu poznają w praktyce zasady terapeutycznej metody Vojty. Uczą się m.in. rozpoznawać zaburzenia kinezjologiczne pacjenta i układać odpowiedni do potrzeb program rehabilitacyjny. Opanowują technikę aktywizacji odruchowej lokomocji.

Po odbyciu szkolenia absolwenci otrzymują międzynarodowy certyfikat honorowany w większości krajów świata. Ilość godzin: 240

2) Kurs metody PNF (Prorioceptive Neuromuscular Facilitation - torowanie nerwowo-mięśniowe) - PNF jest koncepcją posiadającą własną filozofię i zasady pracy z pacjentem. Podstawowym celem terapii jest praca nad funkcją, której chory potrzebuje. Koncepcja ta zaleca postrzeganie chorego w sposób całościowy, wykorzystując do terapii silne i zdrowe regiony ciała. Umożliwia to pełne wykorzystanie rezerw tkwiących w organizmie, motywuje do dalszego działania, a co najważniejsze zapewnia bezbolesną pracę, bez traumatyzujących psychicznie i fizycznie doznań. Chory powinien być

partnerem fizjoterapeuty, określającym zakres i granice działania. To on ustala cele terapii. Terapeuta ma w tym wypadku rolę doradczą. Dzięki takiemu podejściu chory nawet z dużą dysfunkcją zachowuje dobrą motywację i jest pozytywnie nastawiony do współpracy z terapeutą.

- Kurs podstawowy metody PNF (Basic) - 100 godzin lekcyjnych, składa się z dwóch części.

  Część I - trwająca 5 dni to zapoznanie z filozofią, zasadami głównymi, teoretyczne i praktyczne przedstawienie koncepcji, techniki, wzorce ruchowe, analiza i nauka chodu, praca na materacu, demonstracje pracy z pacjentami przez instruktora IPNFA.

  Część II - trwająca 5 dni to rozwinięcie ww. zagadnień, praca z pacjentem pod nadzorem instruktora, który musi być uznany przez IPNFA i tylko takie kurs umożliwiają dalszą edukację w kierunku międzynarodowego terapeuty IPNFA. Cześć II obejmuje analizy zaburzeń funkcjonalnych pacjenta, rozwinięcie zastosowania technik i wzorców ruchowych oraz analiza biomechaniki ruchu i chodu oraz ich zaburzeń.

  Po ukończeniu kursu podstawowego każdy uczestnik otrzymuje certyfikat w dwóch wersjach językowych (j. polski, j. angielski), umożliwiający dalsze kształcenie w koncepcji PNF.
- Kurs rozwijający metody PNF - Kurs obejmuje 50 godzin lekcyjnych. Główną częścią kursu rozwijającego PNF jest precyzyjna analiza zaburzeń funkcjonalnych pacjenta. Instruktor prowadzący, wraz z uczestnikami, opracowują przykłady terapii bezpośredniej i pośredniej wielu zaburzeń ortopedycznych i neurologicznych analizując je na poziomie strukturalnym, funkcjonalnym i aktywności dnia codziennego.

  Wiedza zdobyta na kursie podstawowym PNF zostaje poszerzona o szczegółowe analizy biomechaniczne oraz neurofizjologiczne ludzkiego organizmu. Codzienna praca z pacjentem daje uczestnikom możliwość doskonalenia własnego warsztatu terapeutycznego pod okiem instruktora, a także praktycznego zastosowania nowo zdobytych umiejętności.

  Kurs musi być prowadzony przez certyfikowanego i akredytowanego instruktora IPNFA (International PNF Association). Kurs ten kończy się egzaminem pisemnym i praktycznym w języku polskim. Po pomyślnym zdaniu egzaminu uczestnik otrzymuje dyplom z tytułem "Dyplomowany Terapeuta PNF".
- Kurs PNF w neurologii - to kurs trwający 50 godzin lekcyjnych. Na kursie tym omawiane są takie zagadnienia jak: neuroanatomia, neuropatologia, neuropsychologia, dysfunkcje pacjentów związane z zaburzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego, badanie i terapia pacjentów neurologicznych W trakcie kursu podawane są przykłady badania i specjalistycznej terapii zaburzeń neurologicznych. Przedstawiane są najnowsze doniesienia ze świata medycyny związane z badaniami nad etiologią, przebiegiem i terapią schorzeń

układu nerwowego. Każdy z uczestników pracuje z pacjentem, co daje możliwość praktycznego zastosowania przekazanej wiedzy i zdobytych umiejętności.

Kurs kończy się egzaminem teoretycznym i praktycznym. Po pozytywnym zdaniu egzaminu uczestnik otrzymuje certyfikat umożliwiający przystąpienie do kursu międzynarodowego. Kursy muszą być prowadzone przez instruktorów z tytułem Advanced Instruktor posiadających duże doświadczenie zawodowe z zakresu wykładanych zagadnień.

3) IBITA Bobath dla dorosłych (IBITA Bobath for adults)

- Szkolenie podyplomowe prowadzone w ramach kursu podstawowego trwa 120 godzin lekcyjnych. Na kursie bardzo szczegółowo omawiane są zagadnienia związane z wszystkimi dolegliwościami i zaburzeniami tej grupy pacjentów, jak również pokazywane są propozycje ich terapii. Częścią kursu jest także analiza prawidłowego ruchu, która umożliwia wnikliwe zrozumienie patomechanizmu zaburzeń powstających w ciele pacjenta z uszkodzonym centralnym układem nerwowym (CUN). Uczestnicy szkolenia otrzymują wskazówki, jak prawidłowo i rzetelnie badać pacjentów oraz w jaki sposób prowadzić skuteczną terapię. Proces usprawniania przedstawiany na kursie obejmuje zarówno postępowanie w fazie ostrej, jak i przewlekłej. Analizuje 24 godzinny model usprawniania (wskazówki dla opiekunów i rodziny pacjenta) oraz porusza zagadnienia związane z samoobsługą.

  W trakcie szkolenia przeprowadzane są demonstracje wzorcowych terapii pacjenta. Obligatoryjną częścią szkolenia jest praca uczestnika kursu z pacjentem przez 10 dni, oceniana przez instruktora, jako część egzaminu końcowego.

  W trakcie szkolenia uczestnicy zdają także egzamin teoretyczny oraz w przerwie pomiędzy częściami szkolenia, opracowują samodzielny opis przypadku terapii pacjenta z uszkodzeniem CUN, w formie opisowej i dokumentacji filmowej. Pomyślne ukończenie kursu daje dyplom międzynarodowego terapeuty koncepcji Bobath.
- Szkolenie w ramach kursu rozwijającego trwa 40 godzin lekcyjnych. Kurs rozwijający IBITA Bobath daje możliwość pogłębienia i poszerzenia wiedzy zdobytej na kursie podstawowym. Bardzo ważną częścią kursu jest codzienna praca uczestników kursu z pacjentem oraz demonstracje pacjentów prowadzone przez instruktorów.

  Po zakończeniu kursu uczestnik będzie potrafił: wykazać się zaawansowanymi umiejętnościami rozumowania w ocenie klinicznej i leczeniu w zakresie schorzeń neurologicznych, krytycznie oceniać i syntezować teoretyczne podstawy rehabilitacji neurologicznej i analizy ruchu głębokiego w celu opracowania indywidualnie dopasowanych zabiegów, jasno wytłumaczyć w jaki sposób zmiany na poziomie neuro-fizjologicznym mogą wpłynąć na kliniczną

prezentację pacjenta i poziom jego funkcjonowania, krytycznie oceniać i rozwijać indywidualne programy leczenia pacjenta oraz zastosować leczenie według odpowiednich środków.

4) Funkcjonalna fizjoterapia dorosłych chorych po ogniskowych uszkodzeniach mózgu - Moduł I,II,III - Jest to intensywne szkolenie praktyczne z zakresie technik i strategii odbudowy najważniejszych funkcji motorycznych (chód, ruchy kończyny górnej, funkcje dnia codziennego) chorych po udarach mózgowych, urazach czaszkowo-mózgowych oraz w przebiegu innych chorób oun. trwa 40 godzin lekcyjnych, Celem kursu jest poszerzenie wiedzy praktycznej dotyczącej terapii pacjentów po uszkodzeniu oun na poziomie struktury tkanki (np. likwidacja przykurczów spastycznych), funkcji ciała (np. pobudzanie skurczu mięśniowego) i aktywności (reedukacja funkcji dnia codziennego). Szkolenie trwa 9 dni – każdy z modułów po 3 dni.

Program poszczególnych modułów może wyglądać następująco:

Moduł I

- Wprowadzenie do reedukacji funkcji po ogniskowych, niepostępujących uszkodzeniach oun. Zasady odbudowywania aktywności po uszkodzeniu oun. Tworzenie indywidualnego modelu fizjoterapii.
- Reedukacja funkcji ruchowych tułowia oraz podstawowych aktywności motorycznych (zmiany pozycji w leżeniu, siadanie).
- Fizjoterapia chorych ze spastycznością i patologią napięcia mięśniowego.
- Demonstracje chorych z deficytem podstawowych funkcji motorycznych przez prowadzącego, praca praktyczna z pacjentami przez uczestników szkolenia, zajęcia warsztatowe.

Moduł II

- Reedukacja wzorca chodu u chorych z niedowładem połowiczym
- Redukcja deficytu motorycznego kończyny dolnej po udarze mózgu (mięśnie obręczy kończyny dolnej, mięśnie stawu biodrowego, mięśnie stawu kolanowego i mięśnie stopy).
- Demonstracje chorych (z zaburzeniami chodu) przez prowadzącego, praca praktyczna z pacjentami przez uczestników szkolenia, zajęcia warsztatowe.

Moduł III

- Algorytm reedukacji funkcji ruchowych kończyny górnej po udarze mózgu.
- Shaping i wymuszenie funkcji jako podstawowe elementy odbudowy aktywności kończyny górnej.
- Strategie i konkretne rozwiązanie kliniczne redukcji deficytu motorycznego we wszystkich zespołach mięśniowych kończyny górnej z rozdzieleniem na: mm. wokół łopatki, stawu ramiennego, łokciowego, stawu promieniowo-nadgarstkowego i mięsnie ręki.
- Demonstracje chorych z deficytem funkcji motorycznych kończyny górnej przez prowadzącego, praca praktyczna z pacjentami przez uczestników szkolenia, zajęcia warsztatowe.

5) Spastyczność - Jest to 4-dniowy kurs skierowany do terapeutów pracujących z pacjentami spastycznymi, tj. po: udarach mózgu, stłuczeniu pnia mózgu czy urazie rdzenia kręgowego.

   Na kursie odbywają się demonstracje pacjentów oraz poruszane są inne problemy związane z wyżej wymienionymi uszkodzeniami. Omawiane są przyczyny, objawy oraz najnowsze i najskuteczniejsze metody walki ze spastycznością

6) Rehabilitacja Kardiologiczna w praktyce – kurs trwający 4 dni obejmujący następujące zagadnienia:
   - Współczesne zasady rehabilitacji kardiologicznej
   - Prewencja pierwotna i wtórna schorzeń układu sercowo naczyniowego, jako stały element rehabilitacji kardiologicznej
   - Studium przypadku
   - Metody diagnostyczne stosowane w rehabilitacji kardiologicznej z wykorzystaniem sprzętu medycznego
   - Metody terapeutyczne rehabilitacji kardiologicznej
   - Rola edukacyjna fizjoterapeuty w rehabilitacji kardiologicznej
   - KRK u chorych po ostrym zespole wieńcowym (OZW)
   - KRK u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych
   - KRK u chorych po wszczepieniu kardiostymulatora lub kardiokonwertera - defibrylatora
   - KRK u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych
   - KRK u chorych z chorobami współistniejącymi (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, POCHP, inne)
   - Wpływ leków i używek na reakcje układu krążenia w trakcie wysiłki

Celem szkoleń dla personelu medycznego będzie podniesienie jakości usług świadczonych w środowisku lokalnym. Proponowane szkolenia zawodowe będą spełniały zalecenia odpowiednich towarzystw i instytutów branżowych, zarówno krajowych jak i międzynarodowych.

Kadra kierowana przez beneficjenta realizującego program będzie musiała dysponować odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem, wymaganym do przystąpienia do konkretnego kursu.

Tematyka szkoleń dla personelu medycznego, będzie wynikała z sytuacji problemowej przedstawionej w ramach poszczególnych projektów.

Harmonogram szkoleń będzie wynikał z działań projektowych

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Program skierowany jest do pacjentów, posiadających wskazania i których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. W trosce o zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa na jak najwyższym poziomie w Programie wezmą udział pacjenci, których lekarz prowadzący wyrazi pisemną zgodę na uczestnictwo w Programie i uzupełni ankietę dotyczącą czynników ryzyka.

Kwalifikacja do Programu będzie zgodna z opisem "Optymalnego Modelu Kompleksowej Rehabilitacji i Prewencji Wtórnej" Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Pacjenci po hospitalizacji z powodu operacji kardiochirurgicznej, ostrego zespołu wieńcowego lub niewydolności serca powinni być poddawani rehabilitacji szpitalnej (stacjonarnej), rehabilitacji w oddziale dziennym lub rehabilitacji hybrydowej. W cztery tygodnie po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji należy ocenić kontrolę czynników ryzyka. Pacjenci, u których czynniki ryzyka nie będą wystarczająco kontrolowane mimo udziału we wskazanej rehabilitacji, powinni być kierowani do udziału w niniejszym Programie w ramach rehabilitacji kardiologicznej. Pacjenci po hospitalizacji z powodu stabilnej choroby niedokrwiennej serca, u których czynniki ryzyka nie będą wystarczająco kontrolowane oraz pacjenci, którzy w ww. przypadkach nie mają możliwości udziału we wskazanej kompleksowej rehabilitacji mogą być skierowani do udziału w niniejszym Programie w ramach rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio po hospitalizacji.

Wsparcie w ramach programu ma na celu ułatwienie powrotu do pracy - w przypadku większego zainteresowania udziałem w Programie, niż zaplanowana liczba miejsc, do Programu będą kwalifikowani uczestnicy, którzy w największym stopniu rokują odzyskanie zdolności do pracy.

O ostatecznej kwalifikacji do Programu zadecyduje lekarz realizujący świadczenia w ramach Programu na podstawie indywidualnej oceny ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, uwzględniając m.in. model stratyfikacji ryzyka incydentów sercowych prowokowanych treningiem fizycznym (sesje aktywności fizycznej są jednym z elementów Programu).

Ze względu na ograniczenia budżetowe przewidziano, że w Programie weźmie udział 5 650 osób. Rekrutacja będzie przeprowadzana w oparciu o poszczególne kryteria:

- wiek od 18 r. ż do osiągnięcia wieku emerytalnego,
- występowania schorzenia układu krążenia, których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Po spełnieniu kryteriów kwalifikacji uczestnicy Programu zostaną skierowani na odpowiedni rodzaj i formę rehabilitacji.

d) Zasady udzielania świadczeń

Działania realizowane w ramach Programu będą służyć uzupełnieniu i wyrównaniu dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Stworzą one również możliwość skorzystania z odpowiedniego rodzaju rehabilitacji medycznej, dzięki czemu pacjenci będą mogli w szybszym czasie powrócić do aktywności zawodowej.

Świadczenia udzielane w ramach Programu będą dla pacjenta bezpłatne. Świadczenia będą realizowane przez zespół specjalistów, ściśle współpracujący z lekarzem prowadzącym.

Program będzie realizowany przez odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, posiadającą odpowiednie doświadczenie. Dla każdej grupy pacjentów zostanie wskazana jedna osoba z zespołu, jako jej osobisty opiekun w kontaktach między poszczególnymi etapami Programu.

Program zakłada długotrwałą współpracę, której celem jest wypracowanie odpowiednich zachowań zdrowotnych u pacjenta i ich podtrzymanie - uczestnik zostanie objęty działaniami w ramach Programu średnio przez okres około 6 miesięcy.

Wsparcie uzupełniające mogą stanowić działania mające na celu poprawę dostępu do usług zdrowotnych, w tym m.in.: zapewnienie dojazdu do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem oraz opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu w czasie korzystania ze wsparcia, rozliczane po cenach rynkowych.

Beneficjenci realizujący Program będą zapewniali dojazd, w szczególności, dla osób, które ze względu na stan zdrowia nie będą w stanie same dotrzeć do miejsca realizacji usługi zdrowotnej.

Zasadą udzielania świadczeń rehabilitacyjnych w ramach *Programu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy* jest spełnienie przez uczestników kryteriów kwalifikacyjnych.

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi

Świadczenia w ramach niniejszego Programu stanowią wartość dodaną do oferowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach świadczeń gwarantowanych realizowana jest rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych w ramach NFZ możliwe jest również finansowanie rehabilitacji kardiologicznej w oddziale/ośrodku dziennym (choć w województwie opolskim to świadczenie nie jest realizowane przez żadnego świadczeniodawcę), a Program oferuje rehabilitację kardiologiczną w warunkach ambulatoryjnych. Proponowany Program ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej można uznać za kolejny etap - kontynuację świadczeń w ramach NFZ-u. Jednocześnie należy zauważyć, że realizacja Programu ma na celu „odciążenie" obecnie funkcjonującego systemu.

Wdrożenie Programu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy będzie wspierać i uzupełniać dotychczasowe działania z zakresu rehabilitacji. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje 46 zabiegów realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i domowych. W ramach programu planuje się wdrożyć dodatkowe świadczenia, które nie są refundowane.

Działania proponowane w ramach rehabilitacji medycznej dla osób, u których stwierdzono chorobę zaliczaną do grupy schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywacji zawodowej, pozwolą na kompleksowe dotarcie do bardzo szerokiej grupy docelowej mieszkańców województwa opolskiego.

Proponowane rozwiązania uzupełniają usługi finansowane przez NFZ, a przez planowane kompleksowe działania obniżą koszty publicznego systemu ochrony zdrowia poprzez realizację świadczeń na wczesnym etapie leczenia, również poprzez umożliwienie pacjentom szybszego powrotu na rynek pracy przez podjęcie szybkich i skutecznych działań medycznych. Działania te również zapobiegną wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnością będącą wynikiem choroby układu krążenia.

f) Spójność merytoryczna i organizacyjna

Przedmiotowy program stanowi uzupełnienie działań gwarantowanych Narodowego Funduszu Zdrowia i jest komplementarny zarówno z działaniami NFZ, jak i Ministerstwa Zdrowia. Jest on spójny organizacyjnie oraz merytorycznie. Ponadto niniejszy program dotyczy interwencji, które nie są objęte analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie ma zatem jego odpowiednika w zakresie świadczeń gwarantowanych. Należy jednak podkreślić, że jego zakres merytoryczny oraz organizacyjny oparty jest na aktualnych podstawach naukowych i nie budzi zastrzeżeń.

g) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania

Świadczenia realizowane w ramach Programu będą uzupełnieniem rehabilitacji świadczonej przez NFZ. Po zakończeniu udziału w Programie uczestnik, który skorzystał z Programu wraca pod opiekę swojego lekarza prowadzącego. Po zakończeniu rehabilitacji przeprowadzona zostanie ocena uzyskanych rezultatów. Na każdym etapie Programu, na życzenie pacjenta możliwa jest rezygnacja z uczestnictwa w projekcie.

h) Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany jedynie przez te podmioty, które zagwarantują dostęp do wykwalifikowanej kadry medycznej oraz zapewnią bezpieczeństwo prowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych. Jednostki wyłonione w konkursie na mocy Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 133 poz. 883) mają obowiązek ochrony danych osobowych pacjentów, a specjaliści udzielający świadczeń do zachowania tajemnicy lekarskiej, co z kolei wynika z art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152).

Ćwiczenia aktywności fizycznej, poza udowodnionymi korzyściami, mogą zwiększać ryzyko wystąpienia nagłych zdarzeń sercowych lub nasilać objawy choroby. Z punktu widzenia bezpieczeństwa przed przystąpieniem do ćwiczeń należy dokonać indywidualnej oceny ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych każdego uczestnika. Nie bez znaczenia są także choroby współistniejące, których powinien dotyczyć szczegółowy wywiad chorobowy.

Aby zapewnić uczestnikom bezpieczeństwo, obok pisemnego zalecenia udziału w Programie, kwalifikacji do Programu dokonuje lekarz kardiolog oceniający indywidualne ryzyko sercowo-naczyniowe. Zgodnie ze Standardami rehabilitacji kardiologicznej (Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej PTK) ryzyko zdarzeń sercowych jest jednym z najważniejszych elementów decydujących o kwalifikacji pacjenta do odpowiedniego modelu rehabilitacji, a także o formie zabezpieczenia pacjenta

podczas wykonywania ćwiczeń. W Tabeli nr 2. przedstawiono model stratyfikacji ryzyka zdarzeń sercowych.

Dodatkowo, w Programie zostaną uwzględnione następujące elementy wpływające na bezpieczeństwo pacjenta:

- Edukacja uczestników Programu - m.in. dotycząca konieczności sygnalizowania pojawiania się niepokojących objawów, nauka badania tętna, nauka prawidłowej metodyki ćwiczeń (np. uwzględnienie rozgrzewki).
- Nadzór personelu nad wykonywanymi ćwiczeniami – pomiar ciśnienia i tętna przed rozpoczęciem, w trakcie i po treningu, stosowanie stałego lub okresowego monitorowania EKG u pacjentów, których stan kliniczny tego wymaga.
- Możliwość udzielenie natychmiastowej pomocy medycznej – poprzez odpowiednie wyposażenie sali, w której prowadzone są ćwiczenia i prowadzenia ich przez wykwalifikowaną kadrę.
- Edukacja rodziny – w zakresie udzielanie pierwszej pomocy i informacji o przebiegu, objawach itp. choroby.

i) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Podmioty realizujące Program (w roli lidera lub partnera) powinny posiadać odpowiednie kompetencje w zakresie rehabilitacji medycznej, oraz zapewnić odpowiednie zasoby kadrowe oraz infrastrukturę, które umożliwią efektywną realizację Programu.

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, beneficjenci realizujący Program muszą spełniać wymagania określone w odrębnych przepisach, w tym są obowiązani do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach o działalności leczniczej. Pomieszczenia muszą być wyposażone w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz posiadające stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

j) Dowody skuteczności

Odnalezione dowody naukowe jednoznacznie wskazują, że zapobieganie chorobom układu krążenia jest ściśle związane z prowadzeniem zdrowego i aktywnego trybu życia. W związku z powyższym istotnym elementem samorządowych programów polityki zdrowotnej jest prowadzenie działań edukacyjnych, mających na celu uświadomienie społeczeństwa na temat ryzyka występowania chorób układu krążenia.

Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. (ESC) z 2012 r. rehabilitacja kardiologiczna po incydencie sercowym uzyskała rangę zalecenia klasy I, gdyż

poprawia rokowanie, zmniejsza częstość rehospitalizacji, wydłuża życie i jest interwencją efektywną kosztowo[70].

Wpływ edukacji pacjentów na rokowanie – metaanaliza 13 badań klinicznych z udziałem 68.556 pacjentów z chorobą niedokrwienną serca – wykazano trend w kierunku zmniejszania śmiertelności, częstości rewaskularyzacji i hospitalizacji wśród pacjentów, którzy przebyli programy edukacyjne [71].

Rehabilitacja kardiologiczna oparta na ćwiczeniach fizycznych jest efektywną i bezpieczną formą terapii w postępowaniu z klinicznie stabilnymi pacjentami po zawale serca (MI), po zabiegach PCI lub u pacjentów z niewydolnością serca[72].

Działania w zakresie wtórnej prewencji i rehabilitacji kardiologicznej są rekomendowane w leczeniu pacjentów z chorobą wieńcową (klasa zaleceń I) przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne oraz American Heart Association i American College of Cardiology.

Rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i jakości życia osób z chorobami układu krążenia. Dowody naukowe potwierdzają, że po wystąpieniu incydentu sercowo-naczyniowego działania z zakresu prewencji wtórnej podejmowane w ramach usystematyzowanego programu rehabilitacji są efektywne kosztowo. Wykazano np. że interwencja oparta na ćwiczeniach fizycznych w grupie osób z IHD zmniejsza ryzyko zgonu o 13% (z wszystkich przyczyn), o 26% z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz o 31% ryzyko hospitalizacji[73].

Istnieją także dowody skuteczności rehabilitacji kardiologicznej w grupie pacjentów z niewydolnością serca – m.in. zmniejsza ona ryzyko konieczności hospitalizacji z tego powodu (Davies, Moxham, Rees i in., 2010). Uaktualnienie przeglądu systematycznego uwzględniającego 33 randomizowane badania kontrolne (4.740 dorosłych uczestników z niewydolnością serca) utrzymało stanowisko, że w porównaniu z osobami niećwiczącymi, rehabilitacja oparta na ćwiczeniach fizycznych nie ma wpływu na ogólne ryzyko zgonu w krótkim okresie (do 12 miesięcy) lecz redukuje ryzyko hospitalizacji i odnosi korzystny wpływ na jakość życia związaną ze zdrowiem (Cochrane Database Syst Rev., 2014).

Z algorytmami dotyczącymi postępowania rehabilitacyjnego po udarze mózgu można zapoznać się w oficjalnych dokumentach różnych towarzystw i organizacji, m.in. Deklaracji

[70] Piepoli, M.F., Carre, F., Heuschmann, P., i in. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training. Eur Heart J 2010, 31: 1967 1976

[71] Brown. J.P., Clark, A.M., Dalal, H. i in. (2012). Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Eur J Prev Cardiol 2012, 22.

[72] Anderson, L., Taylor, R.S. (2014). Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 12;12:CD011273

[73] Heran BS., Chen JM., Ebrahim S., Moxham T., Oldridge N., Rees K., Thompson DR., Taylor RS., Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease, Cochrane Database Syst Rev. 2011; 7: CD001800.

Helsingborskiej (1995 r. i 2006 r.), European Federation of Neurological Societies Task Force (1997 r.), European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management (2003 r.), American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems (2005 r.), American Heart Association, Heart and Stroke Statistical Standards of Physiotherapy in Neurology (2007 r.), Locomotor Experience-Applied Post-Stroke Trial (2007 r).

Poprawa świadomości pacjentów POZ oraz wczesne interwencje zmierzające do redukcji występowania czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych powinny bezpośrednio przełożyć się na zmniejszenie częstości występowania chorób naczyń mózgowych, redukcję kosztów leczenia, poprawę ogólnego stanu zdrowia, redukcją absencji w pracy, zapobieganie śmiertelności i niepełnosprawności z powodu chorób naczyń mózgowych. Wytyczne American Heart Association AHA i American Stroke Association ASA dotyczące profilaktyki pierwotnej udarów mózgu podkreślają, że istotną rolę w poprawie w zakresie profilaktyki pierwotnej udaru mózgu mają oddziaływania wielokierunkowe obejmujące edukację pacjenta, audyt postępowania oraz używanie „checklisty". Proponowany program jest więc całkowicie zgodny z zaleceniami ekspertów.

Edukacja chorych należy do coraz bardziej docenianych i coraz lepiej poznanych czynników, które mogą istotnie wpłynąć na pozytywne efekty terapeutyczne. W cukrzycy, dyslipidemii, nadciśnieniu tętniczym czy niewydolności serca udokumentowano, że działania edukacyjne zintegrowane z tradycyjnym modelem leczenia przynoszą istotne dodatkowe korzyści. Poprawa skuteczności terapii dzięki programom edukacyjnym wynikać może z dwóch spraw. Po pierwsze, chorzy regularniej przyjmują zalecane leki, po drugie, edukacja chorego może i powinna powodować korzystne zmiany w stylu życia. Wyniki badań potwierdzają znany fakt, że skuteczne działania profilaktyczne i edukacyjne są efektywne kosztowo i mogą istotnie obniżyć wydatki związane z leczeniem powikłań sercowo-naczyniowych wynikających z braku świadomości chorego.

Do chwili obecnej nie ma „złotego standardu" zaleceń dietetycznych dla chorych kardiologicznych. W prewencji wtórnej zasady odżywiania powinny uwzględniać propozycje Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, natomiast w przypadku chorych z niewydolnością serca zalecenia ESC. Specjalnego postępowania wymagają pacjenci ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) powyżej 25 kg/m^2 i/lub obwodem talii: mężczyźni ponad 100 cm, kobiety ponad 90 cm, szczególnie ze współistniejącym nadciśnieniem, hyperlipidemią, insulinoopornością lub cukrzycą. W tych przypadkach celem postępowania rehabilitacyjnego, poza modyfikacją czynników ryzyka, powinno być również obniżenie ciężaru ciała o około 5-10%. Cel ten należy jednak osiągać głównie poprzez zwiększenie aktywności fizycznej, a dopiero w drugiej kolejności poprzez dietę. Realistyczny deficyt kalorii zaproponowany w diecie powinien być indywidualnie dobierany we współpracy z pacjentem, a odsetek kalorii ze spalania tłuszczów powinien wynosić nie więcej niż 20-30%.

Skuteczna profilaktyka udaru mózgu zależy od właściwej kontroli czynników ryzyka: obniżenia ciśnienia tętniczego, zmniejszenia masy ciała oraz odstąpienia od niekorzystnych

dla zdrowia zachowań i nawyków. Efektywność działań profilaktycznych można zwiększyć za pomocą programów edukacji chorego, prowadzonych równolegle z leczeniem farmakologicznym. Ukierunkowana oświata zdrowotna promująca zmiany stylu życia stanowi jedną z wytycznych Narodowego Programu Leczenia i Profilaktyki Udaru Mózgu oraz zaleceń European Stroke Initiative (EUSI) z 2003 roku.

W przypadku osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego powinniśmy mówić o kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej gdzie rehabilitacja jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania do nowego życia chorego i umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności" (WHO).

W ocenie NIK Minister Zdrowia, we współpracy z instytucjami realizującymi zadania związane z różnymi formami rehabilitacji (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, NFZ, PFRON, ZUS, KRUS, firmy ubezpieczeniowe czy organizacje osób niepełnosprawnych), powinien podjąć działania w celu poprawy efektywności funkcjonowania i lepszej koordynacji systemu rehabilitacji w Polsce, obejmującego **rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną.**

5. Koszty

Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 2 165 000 euro (85%). Pozostałe 15 % będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maks. 10%) oraz wkładu własnego beneficjenta (min. 5%). Zgodnie z Planem działania w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, całościowa alokacja na Program rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy wynosi ok. 10 799 529 PLN (wg kursu euro przyjętego dla przedmiotowego Planu działania, 1 euro= 4,2400 PLN)[74]. W okresie realizacji Programu planuje się objąć wsparciem w sumie 5 650 osób, stąd średni koszt przypadający na jednego uczestnika wynosi 1 911 PLN.

W Programie wystąpią również koszty związane z organizacją przedsięwzięć - tzw. koszty pośrednie. Koszty przewidziane w Programie muszą być ponoszone na warunkach określonych w wytycznych dot. kwalifikowalności wydatków [75] . Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Opolskiego na lata 2014-2020.

[74] Całościowy koszt programu wskazany w PLN jest szacunkowy. Będzie on ponownie przeliczany na etapie harmonogramu naborów wniosków o dofinansowanie, głoszenia o konkursie i podpisywaniu umów.

[75] Umowa Partnerstwa 2014-2020. Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, Warszawa, 10.04.2015r.

Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotują szczegółowy budżet odpowiadający na zdiagnozowane deficyty.

Przyjęte kierunki interwencji wpisują się w priorytety zdrowotne państwa określone w dokumencie *Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020* oraz stanowią działania zaplanowane do realizacji w ramach PI 8vi, Działania 7.4 Wydłużenie aktywności zawodowej, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020. Powyższe wynika ze zdiagnozowanych w regionie priorytetowych potrzeb, na które wskazuje Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020.

Tabela 5 Kosztorys

l.p.	Działania	Szacunkowy koszt jednostkowy (średnia wysokość)
1.	Grupowe warsztaty edukacyjne*	20 zł/ os/godz.
2.	Sesja aktywności fizycznej	100 zł/sesję.
3.	Sesja rehabilitacji w ramach wielospecjalistycznych zespołów rehabilitacji	140 zł/sesję.
4.	Rehabilitacja zawodowa	60 zł/godz./osobę.
5. 4.	Indywidualne wsparcie psychologiczne	100 zł/godz.
6.	Indywidualne konsultacje dietetyczne	100 zł/godz.
7.	Konsultacja lekarska	120 zł/os.

* limit środków na działania informacyjno-edukacyjne zostanie wskazany na etapie regulaminu konkursu/kryteriów wyboru projektów

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 6 Przykładowe koszty szkoleń z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji medycznej

l.p.	Działania	Szacunkowy koszt jednostkowy (średnia wysokość)
1.	Zastosowanie kinezjologii wg. Vojty u dorosłych z zaburzeniami ruchowymi	12 000 zł.

2.	Kurs podstawowy metody PNF	4000 zł
3.	Kurs rozwijający metody PNF	2500 zł
4.	Kurs PNF w neurologii	3000 z
5. 4.	IBITIA Bobath dla dorosłych	9 000 zł
6.	IBITIA Bobath dla dorosłych / kłus rozwijający	4000 zł
7.	Funkcjonalna fizjoterapia dorosłych chorych po ogniskowych uszkodzeniach mózgu	1800 zł/ jeden moduł
8.	Spastyczność	2000 zł
9.	Rehabilitacja Kardiologiczna w praktyce	1800 zł

Źródło: Opracowanie własne

W ramach środków przeznaczonych na realizację programu przewiduje się możliwość finansowania wsparcia uzupełniającego działania, czyli działań mających na celu poprawę dostępu do usług zdrowotnych, w tym m.in.: zapewnienie dojazdu do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem ora z opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu w *czasie korzystania ze wsparcia*. Koszty te rozliczane będą po cenach rynkowych.

Przy konstruowaniu szczegółowego budżetu projektu beneficjent będzie zobowiązany do uzasadnienia wyboru poszczególnych działań w programie, ich kosztu, ilości oraz czasu trwania. Wszystkie koszty w ramach projektu muszą być ponoszone w sposób racjonalny, efektywny oraz zapewniający terminową realizacje.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Program rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 przez podmioty wybrane w drodze konkursowej. Biorąc to pod uwagę ocena Programu, w tym jego monitorowanie mierników efektywności, będzie opierać się m.in. na informacjach pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów RPO WO 2014-2020, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Ponadto beneficjenci będą zobowiązani do przeprowadzenia ankiet informujących o poziomie zadowolenia adresatów programu objętych realizacją danego projektu, co będzie stanowiło

element oceny realizacji programu na jego zakończenie. Beneficjenci będą zobowiązanie do badania poziomu wskaźników wśród uczestników programu przed i po zakończeniu udziału w programie, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Ocena zgłaszalności do Programu obejmie liczbę uczestników poszczególnych jego etapów. Monitorowaniu będą podlegać także m.in. przyczyny braku uczestnictwa/rezygnacji pacjentów z poszczególnych etapów/części Programu, w celu identyfikacji pojawiających się barier/trudności i w celu wypracowania skutecznych sposobów zapobiegania im w późniejszym czasie. Członek zespołu będzie zobowiązany do kontaktu z osobą, która omija poszczególne sesje w celu ustalenia przyczyny i przywrócenia (w miarę możliwości) zaangażowania pacjenta.

a) Ocena zgłaszalności do programu

Monitorowana na podstawie deklaracji udziału uczestników w danym projekcie. Planuje się, że Program obejmie wsparciem ok. 5 650 osób. Informacja o poziomie frekwencji będzie analizowana w trakcie realizacji Programu, a dokonywana będzie przez beneficjentów na podstawie informacji zbieranych w trakcie realizacji danego projektu. W przypadku niskiej frekwencji pozwoli to na wprowadzanie dodatkowych działań, np. w formie uzupełniającej akcji zapraszającej do udziału. Za analizę zgłaszalności do danego projektu i podejmowanie ewentualnych działań dodatkowych/naprawczych odpowiadać będzie beneficjent. Poziom zgłaszalności będzie elementem końcowej oceny realizacji Programu dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od beneficjentów.

b) Ocena jakości świadczeń w Programie

Ocena jakości świadczeń będzie oparta m.in. na ankietach satysfakcji uczestników z udzielonych w ramach Programu świadczeń; zostanie dokonana minimum dwukrotnie przez beneficjenta realizującego Program. Przykładowa ankieta dla uczestnika - do modyfikacji i rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program stanowi załącznik 2 do Programu.

c) Ocena efektywności programu

Analizie i ocenie podlegać będzie poziom osiągnięcia wskaźników określonych w Programie. Ocena Programu, w tym jego monitorowanie będzie opierać się m.in. na informacjach pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów RPO WO 2014-2020. Informacje zebrane w ww. cyklu sprawozdawczym pozwolą na przygotowanie oceny realizacji Programu na zakończenie jego realizacji oraz umożliwią monitorowanie jego realizacji na poszczególnych etapach. Wykonana analiza odnosić się będzie do osiągniętych efektów w porównaniu z założonymi miernikami

efektywności i przeprowadzona zostanie na zakończenie jego realizacji.

d) Ocena trwałości efektów Programu

Program zakłada ścisłą współpracę beneficjentów realizujących Program z lekarzem prowadzącym (lekarz prowadzący wypełnia m.in. Zalecenie do udziału w Programie stanowiące załącznik 1 do Programu, a po zakończeniu Programu pacjent przekazuje swojemu lekarzowi prowadzącemu Kartę informacyjną).

W przypadku potrzeby np. wykonania poszerzonej diagnostyki u danego uczestnika, będzie mógł on skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ.

Dodatkowo, udział uczestnika Programu w zajęciach edukacyjnych oraz aktywizacyjnych odegra znaczącą rolę w zwiększeniu poziomu jego wiedzy, świadomości zdrowotnej oraz motywacji do utrzymania i podejmowania zachowań prozdrowotnych (m.in. kontynuowaniu aktywności fizycznej), a to zapewni trwałość efektów Programu.

Ze względu na planowane cele program gwarantuje on funkcjonowanie wypracowanych rezultatów po zakończeniu ich finansowania ze środków EFS. Zarząd Województwa będzie się starał również o utrzymanie wypracowanych rozwiązań funkcjonalnych w przyszłości.

7. Okres realizacji programu

Realizacja programu będzie trwała od 2016-2020 roku.

8. Piśmiennictwo

Literatura:

1. Achttien, R.J., Staal, J.B., van der Voort S., Kemps, H.M., Koers, H., Jongert, M.W.A., Hendriks E.J.M. on behalf of the Practice Recommendation Development Group (2015). Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with chronic heart failure: a Dutch practice guideline. Neth Heart J 23:6-17
2. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. N Engl J Med. 2001;345:892-902
3. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. 3rd ed. Champaign, Ill. Human Kinetics Publishers; 1999
4. Anderson, L., Taylor, R.S. (2014). Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 12;12:CD011273
5. Arendarczyk M., Ostre zespoły wieńcowe, w: Pielęgniarstwo Kardiologiczne, red. D. Kaszuba, A. Nowicka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011
6. Balady GJ, Ades PA, Comoss P et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A statement for healthcare professionals from the American Heart association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 2000;102:1069-73
7. Barinow-Wojewódzki A., W. Kasprzak, Fizjoterapia w wybranych chorobach internistycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2013
8. Beck AT., Weissman A., Lester D., et al.: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J. Consult. Clin. Psychol., 1974,42 (6), 861-865.
9. Bordkiewicz A. Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej; poradnik dla lekarzy, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2011
10. Brown. J.P., Clark, A.M., Dalal, H. i in. (2012). Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Eur J Prev Cardiol 2012, 22.
11. Cobelli F, Tavazzi L. Relative role of ambulatory and residential rehabilitation. Journal of Cardiovascular Risk 1996;3:172-175
12. Czapiński, J., Panek, T. (2015). Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Opieka zdrowotna. Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego
13. Członkowska A., Sarzyńska-Długosz I., Kwolek A., Krawczyk M., Ocena potrzeb w dziedzinie wczesnej rehabilitacji poudarowej w Polsce, Neurologia i Neurochirurgia Polska 2006, 40, 6: 471-477
14. Dalal, H.M., Doherty, P., Taylor, R.S. (2015). Cardiac rehabilitation. BMJ; 351:h5000
15. Davies, E.J., Moxham, T., Rees, K., i in. Exercise training for systolic heart failure, Cochrane systematic review and meta-analysis. Eur J Heart Fail, 2010; 12:706-715
16. Deklaracja Helsingborgska 2006 Europejskich Strategii Udarowych
17. Dudek J., Terapia Energotonowa, Ogólnopolski Przegląd Medyczny 2002; 11: 22
18. Dylewicz P, Borowicz-Bieńkowska S, Deskur-Śmielecka E, Przywarska I. Cardiac rehabilitation. W: Public Health in Europe. W.Kirch red. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. s. 219-225.

19. Dylewicz P, Przywarska I, Borowicz-Bieńkowska S. Zasady rehabilitacji pozawałowej. W: Ostre Zespoły Wieńcowe. G.Opolski, KJ Filipiak, L Poloński red. Urban&Partner Wrocław 2002 s. 466-471
20. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok, Kardiologia Polska 2012; 70, supl. I: S 1–S 100
21. Fletcher DF, Balady GJ, Amsterdam EA et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation 2001;104:1694-1740
22. Giannuzzi P. Saner H, Björnstad P et al. Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation. Position Paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2003;24:1273-1278
23. Gierlotka M, Zdrojewski T, Wojtyniak B, et al. Zapadalność, leczenie, śmiertelność szpitalna
24. Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych; https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/tablica, dostęp z dnia 1.04.2016 r.
25. Gohlke H, Gohlke-Bärwolf C. Cardiac rehabilitation. Eur Heart J 1998;19:1004-1010
26. Hak A., Oryniak M., Szner-Dobrowolska J., Kaczmarzyk R., Jagier M., Oliwiński Z., Elektroterapia „horyzontalna" w rehabilitacji, Fizjoterapia Polska 2004; 4 (3): 292-4
27. Heran BS., Chen JM., Ebrahim S., Moxham T., Oldridge N., Rees K., Thompson DR., Taylor RS., Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease, Cochrane Database Syst Rev. 2011; 7: CD001800.
28. Janiszewski M., Polak A., Ocena skuteczności terapii wysokotonowej (TWT) jako czynnika wspomagającego rehabilitację u pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu, Fizjoterapia Polska 2003; 3 (1): 66-70
29. Jankowski, P., Niewada, M., Bochenek, A., Bochenek-Klimczyk, K., Bogucki, M., Drygas, W., Dudek, D., Eysymontt, Z., Grajek, S., Kozierkiewicz, A., Mamcarz, A., Olszowska, M., Pająk, A., Piotrowicz, R., Podolec, P., Wolszakiewicz, J., Zdrojewski, T., Zielińska, D., Opolski, G., Stępińska, J. (2013). Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji. Kardiologia Polska, 71, 9: 995-1003
30. Joliffe JA, Rees K, Taylor RS et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. The Cochrane Library, Volume (Issue 3) 2001
31. Karczniewicz E., Kania A., Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2014 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2016,
32. Krajowe Ramy Strategiczne- Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Warszawa, 2015
33. Kruk, M., Lewczuk, B., Lodczyk, H., Mikulec, Ł., Szczepocka, I., Turczyn, M. Żelazko-Kątna, A. (2016) Analiza sytuacji województw w obszarach oddziaływania Europejskiego Funduszu Społecznego w latach 2007- 2014, Departament Europejskiego Funduszu Społecznego, Ministerstwo Rozwoju, Warszawa
34. Krzemińska S., Borodzicz-Cedro A., Kucharski W., Wpływ rehabilitacji kardiologicznej na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego, w: Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, red. Uchmanowicz I., Jankowska B., Panaszak B., Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2010
35. Księżopolska-Orłowska K., Krasowicz-Towalska O., Wroński Z., Rehabilitacja pacjentów z chorobami reumatycznymi, Reumatologia 2007; 45/1 (supl. 1)

36. Kwolek A., Rehabilitacja w leczeniu i wtórnej profilaktyce udaru mózgu, Post. Reh. 2002; 16: (1)
37. Lear SA, Ignaszewski A. Cardiac rehabilitation: a comprehensive review. Curr Control Trials Cardiovasc Med. 2001;2:221-232
38. Lewandowska A., Rola rehabilitacji w profilaktyce i leczeniu otyłości u pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, Kinezyterapia nr 4, 2013
39. Runge M.S., M.E. Ohman, Kardiologia Nettera, Elsever Urban & Partner, Wrocław 2009, tom 2
40. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_lodzkie.pdf, dostęp z dnia 19.04.2016 r.
41. Meyer K. Richtlinien zur Methodik der Bewegungstherapie in stationärer Rehabilitation von Herzpatienten. Herz Kreislauf 1993;25:9-10
42. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (1994), Rewizja dziesiąta, Tom !, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS", Kraków
43. Mika A., Polak P., Zastosowanie terapii energotonowej w rehabilitacji pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych, Fizjoterapia Polska, MEDSPORTPRESS, 2007; 4(4); Vol. 7, 401-408
44. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007
45. Niewada, M., Lasocka, J., Jankowski, P., Opolski, G., Stępińska, J., Jakubczyk, M. (2013). Analiza następstw ekonomicznych wdrożenia w Polsce „Optymalnego modelu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji", Health Quest, Warszawa
46. Nowak, Z. (2015). Podstawy kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
47. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. Circulation 1989;80:234-244
48. Obałkowska A., Terapia energotonowa w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego, Fizjoterapia 2003; 11 (3): 40-51
49. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials JAMA 1988;260:945-950
50. "Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji". Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
51. Piepoli, M.F., Carre, F., Heuschmann, P., i in. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training. Eur Heart J 2010, 31: 1967 1976
52. Pierzchała W., Barczyk A., Górecka D., Śliwiński P., Zieliński J., Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), Pneumonol. Alergol. Pol. 2010; 78, 5: 318–347
53. Piña IL, Apstein CS, Balady GJ et al. Exercise and Heart Failure. A Statement from the American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention. Circulation 2003;107:1210-1225
54. Piotrowicz E., Jakubowska E., Rehabilitacja Kardiologiczna, w: Pielęgniarstwo Kardiologiczne, red. Kaszuba D., Nowicka A., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011

55. Podolec P., Kopeć G., Pająk A. (2007) Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki Tom 1, red. Podolec, P., Medycyna Praktyczna, Kraków
56. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, GUS Warszawa 2014
57. Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD, Neurol. Neurochir. Pol. 2008, 4 (supl. 3), s. 203-288.
58. Psychological Problems in Rehabilitation of the International Society of Cardiology. Zurich 1976.
59. Put M., Taping jako metoda postępowania terapeutycznego. Fizjoterapia 2007; 15:27 –34
60. Raport Najwyższej Izby Kontroli, Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej- informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2014
61. Recommendations by the Working Group on Cardiac Rehabilitation of the European Society of Cardiology. Long-term comprehensive care of cardiac patients. Eur Heart J 1992;13(suppl C):1C-45C
62. Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Opole 2014
63. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522)
64. Rudnicki S. Rehabilitacja w chorobach układu krążenia i po operacjach serca. W:. Rehabilitacja Medyczna. A. Kwolek red. T. II. Urban & Partner Wrocław 2003 s. 309-338
65. Sandesara P.B., Lambert, C.T., Gordon, N.F., Fletcher, G.F., Franklin, B.A., Wenger, N.K., Sperling, L. (2015). Cardiac Rehabilitation and Risk Reduction. Time to “Rebrand and Reinvigorate”. Journal of the American College of Cardiology, 65 (4), pobrany z http://content.onlinejacc.org/ w dn. 03.02.2016 r.
66. Sanne H., Wenger N.K: Psychological and Social Aspects of Coronary Heart Disease. Information for the Clinician. La Jack Communication. Inc. Greenwich, Connecticut, 1993.
67. Siek S., Tylka J.,: Autopsychoterapia chorych z zawałem serca. Psychoterapia, 1987,2, (61).
68. Skonieczny, G., Jaworska-Drozdowska, M., Jaworska, K., Panowicz, I., Leźnicka, M. (2013). Rehabilitacja kardiologiczna jako istotny element prewencji chorób układu krążenia. Rola samorządów terytorialnych Hygeia Public Health, 48(2): 194-199
69. Skopowska A., Biernacki M., Niespodziński B., Sinkowski J., Łukowicz M., Ożóg P., Pastwa A., Analiza napięć mięśniowych u osób z zespołem bólowym szyjnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu elektroterapii horyzontalnej- doniesienia wstępne, Journal of Health Sciences. 2013;3(13):50-67
70. Śliwiński Z., Płaza P., Gieremek K., Kufel W., Michalak B., Halat B., Śliwiński G., Wilk M., Kiebzak W., Ocena efektów usprawniania z wykorzystaniem terapii wysokotonowej u pacjentów po udarze mózgu, Fizjoterapia Polska, MEDSPORTPRESS, 2008; 2(4); Vol. 8, 197-205
71. Sobieszczańska S., Prewencja chorób sercowo-naczyniowych, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2011

72. Spielberger CD., Gorsuch RL., Lushene RE: STAI Manual for the State – Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1970, 1-24.
73. Spielberger CD., Krasner SS., Solomon EP. The experience, expression and control of anger. W: Janisse MP. (Wyd.) Health Psychology: Individual differences and stress. Springer – Verlag. New York 1988
74. Sprawozdanie z działalności konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii, 2014 (raport roczny za 2013 r.)
75. Standardy Orzecznictwa Lekarskiego ZUS (2013). Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa
76. Standardy Rehabilitacji Kardiologicznej Kompleksowa Rehabilitacja Kardiologiczna, Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; http://www.rehabilitacjakardiologicznaptk.pl/standardy-rehabilitacji-kardiologicznej/; dostęp z dnia 21.04.2016 r.
77. Steg, G., James, S.K., Atar, D. i in. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). EurHeart J 2012, 33: 2569-2619.
78. Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr. 4487/2013 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 23 grudnia 2013 r.
79. Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r., Załącznik do Uchwały Nr XXV/325/2012 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 28 grudnia 2012 r.
80. Świerczyńska A., Kłusek R., Czachor T., Gajda B., Kinezjotaping jako jedna z metod leczenia urazów rdzenia kręgowego, Przegląd Lekarski 2011/68/ 11, Kraków 2011
81. Szefler J., Głowacka P., Patalong-Ogiewa M., Kinesiology taping jako metoda wspierająca terapię ośrodkowego uszkodzenia nerwu VII, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2012
82. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med. 2004;116:682-692
83. Taylor, R.S., Sagar, V.A., Davies, E.J., Briscoe, S., Coats, A.J., Dalal, H., Lough, F., Rees, K., Singh, S. (2014) Exercise-based rehabilitation for heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Apr 27;4:CD003331
84. Thompson PD, Buchner D, Piña IL, Balady GJ, Williams MA et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. A statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). Circulation 2003;107:3109-3116
85. Thompson PD, Crouse SF, Goodpaster B et al. The acute versus the chronic response to exercise. Med. Sci Sports Exerc 2001;33 (Suppl):S438-S445
86. Tylka J., Makowska M.,: Skala Oceny Psychologicznej Efektywności Rehabilitacji (SOPER). Przegląd Psychologiczny, 1985, T XXVIII, 3, 815 – 828.
87. Umowa Partnerstwa 2014-2020. Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020

88. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135)
89. W. Nyka, B. Jankowska, Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym mózgu, Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 2
90. Ware JE Jr. Sherbourne CD: The MOS 36-item short – form health survey (SF-36): 1.conceptual framework and item selection. Med. Care 1992, 30 (6), 473 – 481.
91. Wenger NK, Smith LK, Froelicher ES, Comoss P. Cardiac Rehabilitation. A Guide to Practice in the 21st Century. New York. Basel. Marcel Dekker, Inc. 1999
92. Więckowska, B (red.). (2015) Proces leczenia w Polsce – analizy i modele , Tom II Kardiologia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa
93. World Health Organization Expert Committee on Rehabilitation after Cardiovascular Diseases, with Special Emphasis on Developing Countries. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: report of a WHO expert committee. WHO, Geneva World Health Organ Tech Rep Ser 1993;831:1-122
94. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps, WHO, Geneva 1980
95. Wróbel P., Trąbka R., Niedźwiedzka B., Terapia energotonowa w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowego, Fizjoterapia Polska 2003; 3 (2): 205-209
96. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (2015) Minister Rozwoju, Warszawa
97. Zarządzenie NR 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza
98. http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/, [dostęp: 01.02.2016]
99. http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.dims?p_id=883778&p_token=0.06837833888570433/, [dostęp:28.01.2016]
100. http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks, [dostęp:27.01.2016]
101. https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/%5C, [dostęp: 27.01.2016]
102. https://www.ptkardio.pl/pobierz.../8b90df3becee0537419affe81c67da4c/, [dostęp: 27.01.2016]
103. www.udarowcy.com.pl [dostęp: 27.01.2017]
104. https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=054,
105. Informator o zawartych umowach NFZ https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/

9. Załączniki

Załącznik nr 1 do programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy”

Zalecenie udziału
w Programie rehabilitacji medycznej ułatwiającym powroty do pracy

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Adres	
Nr telefonu:	

Oświadczam, że Pacjent kwalifikuje się do udziału w programie.

Czynniki ryzyka (proszę o podanie wartości w oparciu o aktualne wyniki badań):

1. palenie tytoniu **.....**
2. ciśnienie tętnicze **.....**mmHg
3. stężenie cholesterolu LDL **.....**mmol/l lub**.....** mg/dl
4. stężenie hemoglobiny glikowanej **.....**% lub
5. stężenie glukozy na czczo **.....**mmol/l lub **.....**mgdl)
6. wskaźnik masy ciała (BMI) **.....**kg/m^2

…… ……

data podpis os. przeprowadzającej badanie

Załącznik nr 2 do programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy”

A N K I E T A

dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości udzielonych świadczeń

Niniejsza ankieta skierowana jest do Państwa w związku z realizacją świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy” w celu oceny poziomu satysfakcji pacjenta, jak również oceny jakości świadczeń medycznych. Badanie przeprowadzane jest anonimowo.

1. Jak ocenia Pani/Pan swój poziom satysfakcji z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy”:

a) poziom wiedzy o oczekiwanych efektach zdrowotnych po wykonaniu cyklu czynności medycznych

1.	2.	3.	4.	5.
1. Bardzo źle 2. Źle 3. Neutralnie 4. Dobrze 5. Bardzo dobrze				
proszę postawić znak **X** przy odpowiedniej kratce				

b) poziom wiedzy o możliwych zagrożeniach związanych z wykonaniem czynności medycznych

1.	2.	3.	4.	5.
1. Bardzo źle 2. Źle 3. Neutralnie 4. Dobrze 5. Bardzo dobrze				
proszę postawić znak **X** przy odpowiedniej kratce				

c) poziom zadowolenia z uczestnictwa w programie

1.	2.	3.	4.	5.
1. Bardzo źle 2. Źle 3. Neutralnie 4. Dobrze 5. Bardzo dobrze				
proszę postawić znak **X** przy odpowiedniej kratce				

2. Jak ocenia Pani/Pan jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

a) terminowość wykonania czynności medycznych

1.	2.	3.	4.	5.
1. Bardzo źle 2. Źle 3. Neutralnie 4. Dobrze 5. Bardzo dobrze				
proszę postawić znak **X** przy odpowiedniej kratce				

b) poziom usług lekarskich (badania)

1.	2.	3.	4.	5.
1. Bardzo źle 2. Źle 3. Neutralnie 4. Dobrze 5. Bardzo dobrze				
proszę postawić znak **X** przy odpowiedniej kratce				

c) poziom usług rehabilitacyjnych

1.	2.	3.	4.	5.
1. Bardzo źle 2. Źle 3. Neutralnie 4. Dobrze 5. Bardzo dobrze				

proszę postawić znak **X** przy odpowiedniej kratce

3. Czy uważa Pani/Pan, że realizacja tego typu programu jest potrzebna?

1.		**2.**		**3.**	
1. Nie 2. Nie mam zdania 3. Tak					
proszę postawić znak **X** przy odpowiedniej kratce					

4. Czy w przyszłości wzięłaby Pani/wziąłby Pan udział w tego typu programie zdrowotnym?

1.		**2.**		**3.**	
1. Nie 2. Nie mam zdania 3. Tak					
proszę postawić znak **X** przy odpowiedniej kratce					

5. **Jakie są Pani/Pana potrzeby lub propozycje w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej na terenie województwa opolskiego?**

……

……