

**UCHWAŁA NR LXVII/470/2023  
RADY MIEJSKIEJ W KAMIEŃCU ZĄBKOWICKIM**

z dnia 27 października 2023 r.

**w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego  
pn.: „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2024-2025”**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 40 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022r. poz. 2561 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn.: „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2024-2025”, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Program, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Kamieńca Ząbkowickiego.

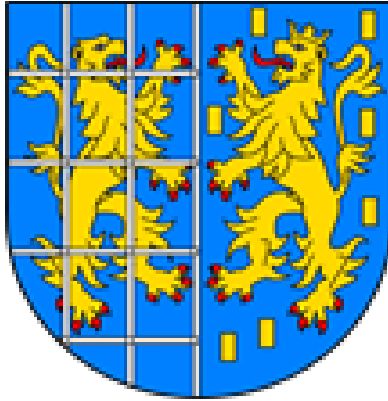
§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego.

Przewodnicząca Rady  
Miejskiej w Kamieńcu  
Ząbkowickim

**Bernadeta Chodasewicz**

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr LXVII/470/2023  
Rady Miejskiej w Kamieńcu Ząbkowickim  
z dnia 27 października 2023r.  
W sprawie uchwalenia profilaktycznego programu  
zdrowotnego pn.: „Rehabilitacja mieszkańców Gminy  
Kamieniec Ząbkowicki na lata 2024-2025”

Gmina  
Kamieniec Ząbkowicki



**„Rehabilitacja mieszkańców  
Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2024-2025”**

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

**Kamieniec Ząbkowicki 2023r.**

# Spis treści

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

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

### **I.1. Opis programu zdrowotnego**

Definicja rehabilitacji podkreśla jej medyczno-społeczny charakter. Słowo rehabilitacja oznacza dosłownie przywracanie sprawności. Często jednak podkreślany jest umowy charakter tej nazwy, bowiem nie odnosi się ona do wad wrodzonych, a jedynie nabytej utraty sprawności.

WHO określa rehabilitację jako działanie o charakterze kompleksowym, które osobom niepełnosprawnym fizycznie i psychicznie przywraca pełną albo maksymalną do osiągnięcia sprawność. Jest ona integralnym i nieodzownym elementem współczesnego procesu leczenia. Dzięki rehabilitacji osoba niepełnosprawna zyskuje możliwość włączenia się w życie społeczne i zawodowe.

Rehabilitacja jest integralnym procesem leczenia, a jej przebieg, czas trwania oraz wykorzystywane metody są uzależnione od stanu pacjenta oraz rodzaju utraty sprawności.

Jednym z elementów rehabilitacji medycznej jest fizjoterapia, w której obrębie wyróżnia się kinezyterapię, czyli leczenie poprzez ruch, masaże, a także fizykoterapię. Ostatnia wykorzystuje szereg różnorodnych technik i metod przywracania sprawności. Wśród nich wymienia się m.in.:

- termoterapię (leczenie wysokimi i niskimi temperaturami),
- światłolecznictwo,
- magnetoterapię oraz magnetostymulację,
- leczenie dźwiękiem,
- elektroterapię (prądy TENS, Traeberta, interferencyjne).
- masaż

Do programu zostanie wprowadzony element edukacyjny, który obejmować będzie w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej; fizjoterapeuta przedstawi pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych.

Rehabilitacja jest stosowana w przypadku utracenia sprawności w wyniku wad wrodzonych, przebytych chorób i urazów.

Rehabilitacja jest ważną składową leczenia, a wykorzystane przez nią metody umożliwiają przywrócenie sprawności i możliwość powrotu do życia społecznego oraz zawodowego.

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie. Wśród problemów takich najpowszechniejsze są choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego.

Najczęstszą przyczyną dolegliwości ze strony układu ruchu są choroby zwyrodnieniowe stawów - ChZS). Choroba zwyrodnieniowa stawów powstaje na skutek oddziaływania czynników mechanicznych i biologicznych, które destabilizują powiązane ze sobą procesy degradacji i tworzenia chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości. Choroba zwyrodnieniowa stawów charakteryzuje się głównie bólem stawowym, ograniczeniami ruchomości w stawie, trzeszczeniami oraz wtórnymi zmianami zapalnymi o różnym nasileniu, którym nie towarzyszą objawy ogólnoustrojowe. Chorobę można rozpoznać u ponad połowy osób po 40 roku życia, a u 10-20% powoduje ona istotne ograniczenie sprawności; ChZS najczęściej ujawnia się w wieku 40-60 lat. Wyróżnia się postać pierwotną o nieznannej etiologii oraz postać wtórną choroby, będącą konsekwencją miejscowych uszkodzeń struktur i nieprawidłowości budowy stawu lub chorób ogólnoustrojowych. Do czynników zwiększających ryzyko ChZS zalicza się m.in. starszy wiek, nadwagę i otyłość, mutacje genetyczne, czynniki mechaniczne (m.in. pracę zawodową wymagającą częstego zginania kolan, która zwiększa ryzyko 12-krotnie), płć żeńską, dużą gęstość mineralną kości, zaburzenia czucia głębokiego). Istotną rolę w leczeniu ChZS odgrywa kinezyterapia, stosowana w celu utrzymania zakresu ruchów w stawie oraz siły mięśniowej; może ona również zmniejszać ból.

CHZS zajmuje zwykle jeden lub kilka stawów, rzadko ma postać uogólnioną. Ze względu na umiejscowienie zmian wyodrębnia się m.in. chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego (koksartroza), stawu kolanowego (gonartroza), stawów rąk, stawów kręgosłupa (spondyloartroza).

Najczęstszą przyczynę dolegliwości spotykanych w praktyce reumatologicznej i w podstawowej opiece zdrowotnej stanowią choroby z grupy reumatyzmu tkanek miękkich (tzw. regionalne zespoły bólowe). Spowodowane są one urazami oraz powtarzającymi się przeciążeniami wynikającymi z zaburzeń postawy, wykonywanej pracy lub uprawianej dyscypliny sportu. Choroby te dotyczą tkanek okołostawowych (mięśni, ścięgien, kaletek maziowych oraz więzadeł). Jest to bardzo niejednorodna grupa chorób, której wspólnymi cechami są: miejscowy proces zapalny wywołujący ból i niekiedy ograniczenie ruchomości czynnej, dobry stan ogólny chorego i

prawidłowe wyniki badań laboratoryjnych. Wprowadzono podział tej grupy chorób ze względu na umiejscowienie dolegliwości i zajęty obszar na: – stany zapalne ścięgien (tendopatie) i ich przyczepów (entezopatie), – zapalenia tkanek okołostawowych (periartropatie), – zapalenia pochewek ścięgnistych, – zapalenia kałek maziowych, – fibromialgię (zespół uogólnionego bólu mięśniowo-stawowego), – zespoły bólowe kręgosłupa, – inne zespoły bólowe. Choroby, o których mowa powyżej mogą wystąpić w każdym okresie życia, lecz ich częstość wzrasta wraz z wiekiem.

Profilaktyka zdrowotna wskazana jest dla osób ze schorzeniami narządu ruchu i chorób kręgosłupa, które powodują ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania, a także konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Naturalny przebieg chorób narządu ruchu zmienia się w czasie, występują okresy remisji i zaostrzeń, dlatego leczenie nie powinno opierać się na sztywno ustalonym schemacie, lecz powinno być okresowo weryfikowane i dostosowane do aktualnej sytuacji i oczekiwań chorego. Celem leczenia jest nie tylko złagodzenie bólu, lecz także poprawa czynności i ograniczenie niesprawności, zahamowanie lub spowolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej następstwom. Dlatego do programu będzie wprowadzony element edukacyjny, który będzie obejmować będzie w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej; fizjoterapeuta przedstawi pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych.

Leczenie wymaga stosowania wielokierunkowej terapii z uwzględnieniem i naciskiem na kompleksową rehabilitację jako jedyną formę dającą szansę na poprawę sprawności.

Rehabilitacja lecznicza jest integralną częścią procesu terapeutycznego, który umożliwia wspomaganie naturalnych procesów regeneracyjnych i zmniejszanie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby.

## **I.2 Dane epidemiologiczne**

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce, w 2025 roku będzie żyło 37 741 tys. osób, z czego w wieku poprodukcyjnym – 8 189 tys. Z jednej strony trwający, a zarazem postępujący proces starzenia się społeczności, a z drugiej stale rosnąca świadomość społeczeństwa co do roli edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób i zagrożeń zdrowotnych, sprzyjają stwarzaniu społeczeństwu możliwości poszerzania wiedzy i rozwijania umiejętności w zakresie promowania zdrowia, poszerzania kompetencji zdrowotnych,

sposobów unikania ryzyka zdrowotnego, zmian zachowań i postaw zdrowotnych seniorów oraz wspierania ich w tych działaniach.

Na świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi 15% całej populacji. Około 110–190 milionów osób dorosłych ma poważne problemy w funkcjonowaniu. Według szacunków United Nations General Assembly w 2013 r. aż 80% osób niepełnosprawnych żyje w krajach rozwijających się.

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2014 r. żyło blisko 7,7 mln osób niepełnosprawnych tj. osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (uwzględniono zarówno poważne, jak i mniej poważne ograniczenia).

Jak wynika z badania Diagnoza Społeczna 2015, stworzonego przez Radę Monitoringu Społecznego odsetek osób niepełnosprawnych w wojewódzkie dolnośląskim w 2015 roku wynosi 9,9%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców w Gminie Kamieniec Ząbkowicki, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować w granicach 808 mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki.

Program zdrowotny oparto na priorytetach zdrowotnych ustalonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 02 marca 2018 r. (Dz. U. 2018 poz. 469 ze zm.), mając szczególnie na uwadze zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego, ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadku, a także zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności. Działania programu ukierunkowane są na zapobieganie wystąpienia lub ograniczenia postępu niepełnosprawności, która stanowi poważny problem społeczny, zarówno w wymiarze jednostki, rodzinnym jak i ogólnospołecznym.

### **I.3 Opis obecnego postępowania**

Rehabilitacja, według Światowej Organizacji Zdrowia jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych, edukacyjnych i zawodowych w celu przystosowania chorego do życia w nowych uwarunkowaniach i umożliwienia mu jak największej sprawności. Świadczenia rehabilitacji leczniczej są finansowane ze środków publicznych i udzielane w podmiotach, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z tego zakresu. 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. Świadczenia ambulatoryjne obejmują:

- a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną poprzez poradę lekarską rehabilitacyjną,
- b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
  - wizytę fizjoterapeutyczną,
  - zabieg fizjoterapeuty.

Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia jest ograniczona ze względu na limity i zmniejszenie kontraktów, co przekłada się na wydłużenie kolejki oczekujących pacjentów. Niezależnie od jednostki chorobowej o skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Pacjent, u którego wcześniej zastosuje się rehabilitację ma szansę na powrót do pełnej sprawności. Stąd istnieje konieczność wdrożenia Programu umożliwiającego lepszy dostęp do rehabilitacji.

W powiecie ząbkowickim funkcjonują trzy instytucje świadczące rehabilitację w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia – dwie w Ząbkowicach Śląskich, jedna w Ziębicach. Pomimo stosunkowo wysokich nakładów finansowych, czas oczekiwania na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lekarska jest bardzo długi. Jedną z ważniejszych przyczyn opracowania niniejszego Programu jest umożliwienie jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

Gmina Kamieniec Ząbkowicki realizowała program zdrowotny pn. „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2019 – 2023” finansowany z własnych środków budżetowych i zamierza kontynuować program w kolejnych latach.

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **II.1 Cel główny**

Zmniejszenie dolegliwości bólowych uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2024-2025.



## **II.2 Cel szczegółowe**

Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u osób z populacji docelowej w latach 2024-2025.

## **II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie; wd. co najmniej 40%).
2. Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami; wd. wzrost o 30%).

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

### **III.1 Populacja docelowa**

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców w Gminie Kamieniec Ząbkowicki wynosi 7596. Beneficjentami programu będą wszyscy, potrzebujący rehabilitacji, mieszkańcy Gminy Kamieniec Ząbkowicki.

Z rehabilitacji będzie mogła skorzystać osoba raz w roku.

Przewiduje się, że podczas trwania Programu z zabiegów będzie mogło skorzystać 800 osób.

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

Za kwalifikację do programu odpowiedzialny będzie Realizator.

#### Kryteria włączenia:

- oświadczenie o zameldowaniu (stałym bądź czasowym) na terenie gminy Kamieniec Ząbkowicki,
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,

- kwalifikacja lekarza specjalisty określająca rodzaj i liczbę zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych,
- pisemna zgoda na uczestnictwo w programie.

#### Opis przyjęcia do programu:

##### **Krok 1. Akcja informacyjna:**

Nieodłącznym elementem Programu będzie akcja informacyjna. Zakłada się ścisłą współpracę beneficjenta realizującego Program z podstawową opieką zdrowotną i organizacjami pozarządowymi w celu dotarcia do osób zainteresowanych. W ramach akcji informacyjnej mogą zostać wydrukowane m.in. ulotki, plakaty, broszury o Programie.

##### **Krok 2. Kwalifikacja do Programu – I porada rehabilitacyjna**

Ostatecznej kwalifikacji pacjenta do Programu dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub magister specjalista fizjoterapii udzielający porady rehabilitacyjnej. Podczas wizyty przeprowadzany jest szczegółowy wywiad, uwzględniający m.in. takie aspekty jak zakres niesprawności/zaburzenia, stosowane dotychczas metody leczenia i rehabilitacji, zażywane leki, rodzaj stosowanego zaopatrzenia ortopedycznego, informacje o wykonywanej pracy zawodowej, nawykach ruchowych, aktywności fizycznej i wykonuje odpowiednie badanie przedmiotowe (wydolności fizycznej, siły mięśniowej, zakresu ruchów, oceny zjawiska bólu - zakres i miejsce występowania bólu). Wywiad ten ma na celu zwiększenie skuteczności podejmowanych działań poprzez identyfikację zagrożeń, uprzedzeń i barier, jakie mogą wystąpić ze strony pacjenta. Jedną z nich może być przekonanie o tym, że jakakolwiek aktywność fizyczna może wywołać lub spotęgować już istniejący ból. Ból związany z aktywnością fizyczną może być jednym z powodów, dla których pacjent przestaje ćwiczyć lub zmniejsza intensywność tych ćwiczeń. Następnie pacjent jest informowany o przebiegu Programu. Wyraża zgodę na udział w nim. Następnie ustalany jest program rehabilitacji, dostosowania zabiegów do schorzenia pacjenta.

##### **Krok 3. Rehabilitacja z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej - zabiegi fizjoterapeutyczne**

W ramach Programu pacjent odbędzie cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Lekarz/ magister specjalista fizjoterapii może wystawić pacjentowi zlecenie na ok. 3 zabiegi dziennie wykonywanych w ciągu 10 dni. Rodzaj zleconych zabiegów fizykoterapeutycznych poszczególnych pacjentów jest ustalany każdorazowo w oparciu o wskazania i wytyczne o jak największej sile dowodowej.

Zabiegi mogą obejmować:

- kinezyterapię (której celem jest zwiększenie siły mięśni, poprawa sprawności fizycznej, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom oraz uniknięcie niesprawności), m.in. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, wyciągi. Spośród chorób reumatycznych kinezyterapii wymagają najczęściej: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenia stawów z zajęciem stawów kręgosłupa,
- ciepłolecznictwo; wskazania do ciepłolecznictwa to m.in. choroba reumatyczna, choroba zwyrodnieniowa.
- krioterapię; wskazania do krioterapii to m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów, choroby zapalne tkanki łącznej, dyskopatie, fibromialgie, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe stawów i mięśni, przykurcze w obrębie narządu ruchu, zespoły korzeniowe, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu.
- leczenie polem magnetycznym, m.in. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości; wskazania do leczenia polem magnetycznym to m.in. wybrane schorzenia reumatologiczne: choroba zwyrodnieniowa stawów, podostre i przewlekłe zapalenie stawów, schorzenia tkanek miękkich, entezopatie, schorzenia urazowo-ortopedyczne: niektóre powikłania po zabiegach operacyjnych, wykręceniach, stanach pourazowych, osteoporoza.
- leczenie ultradźwiękami m.in. ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza; wskazania do leczenia ultradźwiękami to m.in. zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów, entezopatie, zespoły korzeniowe, neuralgie, bóle poamputacyjne.
- laseroterapię; wskazania do laseroterapii to m.in.: choroba zwyrodnieniowa stawów, zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, entezopatie, stany po urazach, skręceniach, reumatoidalne zapalenie stawów.
- masaże m.in. suchy, masaż limfatyczny, masaż mechaniczny; wskazania do masażu to m.in.: choroby reumatyczne, stany po urazach i zabiegach operacyjnych w obrębie narządu ruchu, zaburzenia czynności mięśni w następstwie chorób mięśni lub stawów, stany po długotrwałym unieruchomieniu.

Podane powyżej wskazania nie wyczerpują wszystkich możliwości zastosowania poszczególnych interwencji. Jednocześnie, należy mieć na uwadze, że istnieją także przeciwwskazania do stosowania poszczególnych zabiegów. W cyklu rehabilitacji, w miarę możliwości, powinny przeważać zabiegi z

zakresu kinezyterapii, jako te, dla których wykazano największą skuteczność w rehabilitacji układu mięśniowo-szkieletowego. Dobór ćwiczeń fizycznych powinien uwzględniać w jak największym stopniu preferencje pacjenta, gdyż tylko wtedy jego motywacja pozwoli utrzymać później podjętą aktywność fizyczną. Indywidualizowana, dopasowana do oczekiwań, potrzeb i ograniczeń pacjenta rehabilitacja ruchowa jest skuteczniejsza.

Element edukacyjny obejmować będzie w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej; fizjoterapeuta przedstawi pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych, które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych.

#### **Krok 4. Końcowa konsultacja**

Ocena satysfakcji programu i zalecenia w zakresie wykonywania rehabilitacji domowej.

#### **Kryteria wyłączenia:**

- z rehabilitacji, jeden pacjent, może korzystać tylko raz w roku,
- wykluczeniu podlegają pacjenci spoza Gminy Kamieniec Ząbkowicki
- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).

### **III.3 Planowane interwencje**

W ramach Programu oferowana jest rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Rehabilitacja w tym trybie może być prowadzona także po powrocie pacjenta do pracy zawodowej, zmniejszając ryzyko wystąpienia u niego nawrotu choroby i poprawiając jego codzienne funkcjonowanie. Interwencje proponowane w ramach Programu zostały dobrane w taki sposób, aby oddziaływać m.in. na czynniki ryzyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego np. otyłość. Sesje edukacyjne uwzględniają aspekt utrzymywania prawidłowej diety, ale również konieczność nabycia jak najobszerniejszej wiedzy o swoich dolegliwościach oraz umiejętności radzenia sobie z sytuacją choroby. Jednocześnie Program zachęca do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu zdrowia uczestnika i akceptowanej przez niego. Oprócz korzystnego wpływu na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, regularna aktywność fizyczna jest

czynnikiem chroniącym lub zmniejszającym nasilenie dla chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, otyłości (OECD)

Każdy uczestnik programu odbędzie indywidualną rozmowę ze specjalistą - lekarzem/fizjoterapeutą, który określi rodzaj i liczbę zabiegów odpowiednio dostosowanych do schorzenia. W pakiecie zabiegów powinny znaleźć się:

- laseroterapia
- magnetoterapia
- elektroterapia
- krioterapia
- masaże
- ćwiczenia grupowe i indywidualne
- światłolecznictwo
- ultradźwięki
- ćwiczenia manualne.
- inhalacje,
- UGUL

Szczegółowe interwencje opisane w pkt III.2

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

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 1.

#### **III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia edukacyjne w formie ustnej dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,

- zostaje poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 1), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,

- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach program pacjent:

- zostaje poinformowany w formie ustnej o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,

- zostaje poinformowany ustnie o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

Należy podkreślić, iż dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie, na życzenie pacjenta.

#### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

1) opracowanie projektu programu,

2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,

3) podjęcie uchwały Rady Miejskiej dot. programu rehabilitacji,

4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu,

5) podpisanie umowy na realizację programu,

6) realizacja programu (akcja informacyjna, indywidualne plany rehabilitacji),

7) ewaluacja (sprawozdania),

8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Kamieńcu Ząbkowickim. Realizatorem programu będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.),

- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.),
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe/roczne (załącznik 2), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.), a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.).

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **V.1 Monitorowanie**

#### **1. Monitorowanie**

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w rocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
- analiza odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- analiza liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

## 2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej,
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności przed i po realizacji programu.

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### VI.1 Koszty jednostkowe

Średni koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika Programu szacowany jest na poziomie 750 zł/ osobę (600 000,00: 800 osób = 750,00 zł). Koszt ten obejmuje poniżej wymienione działania objęte ścieżką Programu (koszty bezpośrednie tj. koszty działań opisanych szczegółowo w punkcie Planowane interwencje oraz koszty związane z akcją promocyjną oraz koszty monitorowania i ewaluacji):

Koszty przewidywane na okres 24 miesięcy (2024-2025):

**zabiegi** - 450,00 (1 osoba 450 zł) 3 zabiegi dziennie cykl 10 dni (koszt jednego zabiegu 15zł)

### Propozycja zabiegów do programu:

FIZYKOTERAPIA	Cena
Krioterapia (punktowa)	15,00 zł
Lampa Sollux	15,00 zł
Laseroterapia ( punktowa )	15,00 zł
Pole magnetyczne	15,00 zł
Prądy (tens, diadynamik, interferencja, galwanizacja, jonoforeza)	15,00 zł



Ultradźwięki,	15,00 zł
Fonoforeza	15,00 zł
Inhalacja solankowa	15,00 zł
Inhalacja jodowo-bromowa	15,00 zł
Masaże (np. limfatyczny, mechaniczny)	15,00zł
Ćwiczenia instruktażowe z terapeutą	15,00 zł
Ćwiczenia izometryczne	15,00 zł
UGUL – ćwiczenia w odciążeniu/ ćwiczenia na przyrządach	15,00 zł

### CAŁKOWITE KOSZTY UDZIAŁU W PROGRAMIE

Rodzaj kosztów	Kwota przypadająca na 1 osobę w programie	Całkowity koszt
zabiegi	450 zł /osoba	360 000,00
Kwalifikacja do zabiegu + edukacja wstępna lekarza/fizjoterapeuty	190 zł /osoba	152 000,00
Edukacja - grupa 10 osób praca z fizjoterapeutą, broszury odnośnie schorzeń i zalecenia dalszego postępowania w domu po zakończeniu cyklu rehabilitacji oraz informacji o możliwości kontynuowania rehabilitacji	50 zł/osoba	40 000,00
akcja informacyjna ulotki, itp	10 zł/osoba	8 000,00
dokumentacja/ankiety - rejestracja medyczna (sporządzanie dokumentacji medycznej, ankiet satysfakcji, rejestr świadczeń i składanie sprawozdań z przebiegu programu)	50 zł/osoba	40 000,00

Całkowity koszt realizacji Programu to **600 000,00** - budżet na 24 miesiące przewidziany jest dla 800 osób.

#### VI.2 Koszty całkowite

Przewidywany koszt realizacji Programu wynosić będzie 600 00,00 zł.

#### VI.3 Źródła finansowania

Program w całości będzie finansowany z budżetu Gminy Kamieniec Ząbkowicki.

## VII. Bibliografia

- Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny pod red. Z. Wrzosek, J. Bolanowski, Warszawa, 2011;
- Rehabilitacja lecznicza, [www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/ehabilitacjalecznicza/](http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/ehabilitacjalecznicza/);
- [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl);
- [www.czytelniamedyczna.pl](http://www.czytelniamedyczna.pl);
- [www.gemini.pl/poradnik/zdrowy-styl-zycia/rehabilitacja/](http://www.gemini.pl/poradnik/zdrowy-styl-zycia/rehabilitacja/);
- Gajewski, P. (red.)(2016). Interna Szczeklika 2016. Medycyna praktyczna, Kraków 2016.
- Aitken, D., Buchbinder, R., Jones, G., Winzenberg, T. (2015). Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Australian Family Physician* vol. 44, no. 1–2, January–February 2015
- Kwolek (red.) (2012). Rehabilitacja medyczna. Wydawnictwo Edra Urban&Partner, Wrocław

## Karta oceny skuteczności „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2024-2025”

### 1. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię		..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)	
Data rozpoczęcia rehabilitacji		Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data zakończenia rehabilitacji		Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

\*ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji.

### 2. Ocena skuteczności programu

#### 2.1.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie ..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie ..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....  
(pieczęć i podpis lekarza/fizjoterapeuty)

#### 2.2.

Miernik efektywności	pre-test ..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)	post-test ..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi			

.....  
(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2024-2025”**

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od ..... do .....	Adresat:
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie do 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego

Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-teście w porównaniu do pre-testu

....., dnia .....  
*(miejsowość)* *(data)*

.....  
*(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)*

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec  
Ząbkowicki na lata 2024-2025”**

## I. Ocena rejestracji

Jak Pan/i ocenia:	bardzo dobrze	dobrze	przeciętnie	źle	bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

## II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak Pan/i ocenia:	bardzo dobrze	dobrze	przeciętnie	źle	bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów?					
poszanowanie prywatności podczas wykonywania zabiegów?					
staranność wykonywania zabiegów?					

## III. Ocena warunków panujących w rehabilitacji

Jak Pan/i ocenia:	bardzo dobrze	dobrze	przeciętnie	źle	bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie poczekalni (krzesła, itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					
dostęp i wyposażenie szatni pacjenta?					

## IV. Dodatkowe uwagi:

--

## UZASADNIENIE

### **do uchwały Rady Miejskiej w Kamieńcu Ząbkowickim w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn.: „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2024-2025”**

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki.

Profilaktyka zdrowotna wskazana jest dla osób ze schorzeniami narządu ruchu i chorób kręgosłupa, które powodują ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania, a także konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Naturalny przebieg chorób narządu ruchu zmienia się w czasie, występują okresy remisji i zaostrzeń, dlatego leczenie nie powinno opierać się na sztywno ustalonym schemacie, lecz powinno być okresowo weryfikowane i dostosowane do aktualnej sytuacji i oczekiwań chorego. Celem leczenia jest nie tylko złagodzenie bólu, lecz także poprawa czynności i ograniczenie niesprawności, zahamowanie lub spowolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej następstwom.

Leczenie wymaga stosowania wielokierunkowej terapii z uwzględnieniem i naciskiem na kompleksową rehabilitację jako jedyną formę dającą szansę na poprawę sprawności.

Rehabilitacja lecznicza jest integralną częścią procesu terapeutycznego, który umożliwia wspomóżenie naturalnych procesów regeneracyjnych i zmniejszenie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby.

Mając na uwadze powyższy fakt, proponuje się wdrożenie programu zdrowotnego „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2024-2025”