

Załącznik
Do uchwały Nr XV/146/20
Rady Miejskiej w Kamieńsku
z dnia 11 lutego 2020 r.

**Program polityki zdrowotnej
Gminy Kamieńsk
na lata 2020-2024**



FIZJOTERAPIA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KAMIEŃSK

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 poz. 1373 t.j. ze zm.)

Kamieńsk, luty 2020

Spis treści	3
Spis tabel.....	3
Spis rycin.....	4
I.....	I
. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu.....	5
I.1 Opis problemu zdrowotnego	5
I.2 Dane epidemiologiczne	10
I.3 Obecne postępowanie	20
II.....	II
I. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	24
II.1 Cel główny	24
II. 2 Cele szczegółowe.....	24
II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	24
III.1 Populacja docelowa	26
III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu	28
Kryteria włączenia do programu	28
Kryteria wyłączenia z programu.....	29
III.3 Planowane interwencje.....	30
III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu	32
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie	33
III.....	III
V. Organizacja programu	35
IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	35
Etap I – działania organizacyjne	35
Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne	36
Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze	42
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	43

IV.....	V
. Sposób monitorowania i ewaluacji programu.....	46
V.1 Monitorowanie	46
V.2 Ewaluacja	47
VI.1 Koszty jednostkowe	49
VI.2 Koszty całkowite.....	50
1. Koszty organizacyjne	51
2. Koszty interwencji	51
3. Koszty ogólne programu	53
VI.3 Źródła finansowania.....	54
V.....	V
II. Bibliografia	55
VI.....	V
III. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora.....	59
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	59
ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie	61
ZAŁĄCZNIK 3. Sprawozdanie z wykonania świadczeń.....	62
ZAŁĄCZNIK 5. Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego.....	65
ZAŁĄCZNIK 6. Formularz oceny stanu uczestnika programu	66
ZAŁĄCZNIK 7. Testy funkcjonalne możliwe do zastosowania w ocenie efektywności programu – stan zdrowia uczestników programu.....	67

Spis tabel

Tabela 1. Grupy chorób	5
Tabela 2. Liczba świadczeniodawców	14
Tabela 3. Podstawowe statystyki wg podgrup analizowanej grupy chorób	19

Tabela 4. Ilość wykonywanych świadczeń / ilość osób w 2018r w podziale na wiek i rodzaj świadczeń	22
Tabela 5. Koszt jednostkowy zabiegów fizjoterapii	50
Tabela 6. Koszty jednostkowe uczestnictwa w programie	50
Tabela 7. Koszt świadczeń fizjoterapeutyczne z szacowaną liczebnością uczestników.....	52
Tabela 8. Planowany roczny budżet całkowity	53

Spis rycin

Rycina 1. Choroby i dolegliwości przewlekłe w Polsce: ból pleców, ból szyi według grup wieku. EHIS (2014).....	12
Rycina 2. Udział hospitalizacji z analizowanej grupy chorób [%]	12
Rycina 3. Struktura hospitalizacji według grup chorobowych [%]	13
Rycina 4. Liczba osób w gminie miejsko – wiejskiej Kamieńsk przypadających na 1 przychodnię	15
Rycina 5. Zapadalność rejestrowana na choroby mięśni.	15
Rycina 6. Zapadalność rejestrowana na choroby stawów.	16
Rycina 7. Współczynnik chorobowości szpitalnej wg powiatu zamieszkania pacjenta.	17
Rycina 8. Struktura procentowa hospitalizacji w woj. łódzkim dla analizowanej grupy - choroby układu kostno-mięśniowego, w podziale na oddziały szpitalne	18
Rycina 9. Liczba hospitalizacji według podgrup [%] w woj. łódzkim dla j grupy - choroby układu kostno-mięśniowego.	19
Rycina 10. Wybrane dane statystyczne dotyczące Kamieńska	26
Rycina 11. Ludność według płci i wieku w 2017	26
Rycina 12. Ludność według płci i wieku w powiecie radomszczańskim	27

I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Na skutek dolegliwości występujących ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej może nastąpić ograniczenie w sprawnym poruszaniu się czy wykonywaniu codziennych. Mając na uwadze etiologię i patogenezę tych schorzeń zarówno kryteria rozpoznania, przebieg choroby oraz obraz kliniczny i metody leczenia są złożone [1-5].

Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Schorzenia te występują w ramach grup ICD-10: M00-M99, G54, G55, T06, T09, S34, S52 [6,7,8]. Kluczową rolę w terapii schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego pełni rehabilitacja, o której skuteczności decyduje czas jej rozpoczęcia, a także: kompleksowość, intensywność i ciągłość zajęć terapeutycznych oraz wielodyscyplinarność świadczeń [9]. Nie może ona stanowić osobnej formy lub etapu terapii. Rehabilitacja musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej [10].

Główne grupy schorzeń układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Grupy chorób

ICD-10	Opis
M00-M99	Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego
M00-M15, M18-M22, M24-M25	Artropatie
M30-M36	Układowe choroby tkanki łącznej
M40-M49	Zniekształcające choroby grzbietu, choroby kręgosłupa
M50,M51	Choroby kręgów szyjnych, inne choroby krążka międzykręgowego
M54	Bóle grzbietu
M60-M79	Choroby tkanek miękkich
M53, M80-M99	Inne choroby grzbietu, inne choroby tkanki kostnej i chrzęstnej, inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ICD-10

Przyczynę chorób układu mięśniowo-szkieletowego może stanowić:

- schorzenie o podłożu zapalnym;
- schorzenie o podłożu zwyrodnieniowym;
- zmiany przeciążeniowe;
- urazy kończyn;
- zmiany neurologiczne;
- zespół cieśni nadgarstka[11-15].

Do najczęściej występujących w ogólnej populacji zapalnych chorób narządu ruchu należą schorzenia reumatyczne do których zalicza się: reumatoidalne zapalenie stawów oraz spondyloartropatie (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące nieswoistym zapalnym chorobom jelit). Rzadziej występują tzw. choroby tkanki łącznej, takie jak: toczeń rumieniowaty układowy, zespół Sjögrena, twardzina czy zapalenie skórno- i wielomięśniowe.

Najczęściej występującym w populacji niezapalnym schorzeniem narządu ruchu jest choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS), będąca skutkiem działania czynników biologicznych oraz mechanicznych. Czynniki te destabilizują powiązane ze sobą procesy degradacji i tworzenia chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości, ostatecznie obejmując wszystkie tkanki stawu. Choroba zwyrodnieniowa stawów charakteryzuje się głównie: bólem stawowym, ograniczeniem ruchomości w stawie oraz wtórnymi zmianami zapalnymi (np. wysiękiem w stawie) o różnym nasileniu (bez objawów ogólnoustrojowych). Wyróżnia się postać pierwotną ChZS (częściej występuje, a jej przyczyna jest nieznaną) oraz wtórną (wywołaną miejscowymi uszkodzeniami struktur, nieprawidłowościami budowy stawu lub chorobami ogólnoustrojowymi)[16].

Zaraz po zmianach stawów o podłożu reumatycznym, kolejną istotną przyczyną schorzeń układu ruchu są bóle i/lub urazy pleców oraz schorzenia kończyn górnych związane z pracą (powszechnie nazywane „urazami spowodowanymi chronicznym przeciążeniem

organizmu”). Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego zwykle dotyczą pleców, karku, ramion i kończyn górnych, choć mogą również dotknąć kończyn dolnych. Obejmują one wszelkie urazy lub schorzenia stawów i innych tkanek. Spektrum problemów zdrowotnych rozpoczyna się od drobnych bólów, a kończy na poważnych schorzeniach, wymagających leczenia farmakologicznego i rehabilitacji. W przewlekłych przypadkach mogą one nawet prowadzić do niepełnosprawności i konieczności rezygnacji z pracy [17,18].

Rozpoznanie schorzeń układu mięśniowo- szkieletowego oraz chorób kręgosłupa różni się w zależności od jednostki chorobowej. Ustalenie rozpoznania choroby wymaga analizy objawów, jakie stwierdza się u pacjenta, jak również wniosków z badania pacjenta przez lekarza i z badań dodatkowych wykonanych po ocenie chorego przez lekarza. Ten schemat postępowania jest podstawą diagnostyki wszystkich chorób, w tym chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa. Szczególne znaczenie ma ocena pacjenta przez doświadczonego reumatologa, ponieważ wiele objawów nie jest specyficznych dla konkretnej choroby, a najistotniejsze jest ich powiązanie z informacjami uzyskanymi od pacjenta. Przeprowadzone w dalszej kolejności badania laboratoryjne i obrazowe potwierdzają lub wykluczają wstępną diagnozę [19].

Przebieg chorób jest zmienny w czasie, charakteryzują go okresy remisji i zaostrzeń, stąd leczenie nie może bazować na sztywno ustalonych schemacie postępowania. Należy je okresowo weryfikować i dostosowywać do aktualnej sytuacji oraz oczekiwań chorego.

W leczeniu właściwe jest połączenie farmakologii z metodami nefarmakologicznymi i uwzględnia się czynniki takie jak:

- ogólne czynniki ryzyka – wiek, choroby współistniejące, polipragmazja;
- stopień nasilenia bólu;
- stopień niepełnosprawności;
- objawy stanu zapalnego;
- lokalizacja i stopień uszkodzenia struktur narządu ruchu.

Leczenie dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej różni się w zależności od jednostki chorobowej. Wymaga połączenia metod farmakologicznych oraz nefarmakologicznych. Oprócz farmakoterapii w leczeniu

objawowym zaleca się stosowanie wielokierunkowej terapii z uwzględnieniem fizjoterapii, rehabilitacji, psychoterapii, metod neuromodulacji, a u wybranych pacjentów – metod inwazyjnych (blokady, neurodestrukcja, endoprotezoplastyka).

Jednym z elementów terapii zespołów bólowych kręgosłupa oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego jest kinezyterapia oraz fizjoterapia. Kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch przyjmujący formę ćwiczeń. Celem kinezyterapii są: zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa, przykurczom i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie, utrzymanie bądź zwiększenie siły mięśni, poprawa albo utrzymanie wydolności oddechowej oraz poprawa sprawności ogólnej (ruchomości, wytrzymałości). Natomiast fizjoterapia oznacza stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii, która jest wytwarzana za pomocą aparatury (ultradźwięki, krioterapia, elektroterapia, magnetoterapia, światłolecznictwo, laseroterapia, ciepłolecznictwo). W leczeniu usprawniającym pełni ona funkcję pomocniczą, dlatego rzadko stosuje się ją jako zabieg podstawowy. Wspomaga ponadto ćwiczenia ruchowe oraz wykazuje działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe.

Rehabilitacja medyczna umożliwia nauczenie pozytywnych zachowań zdrowotnych, a także zwiększa skuteczność stosowania się do zalecanej farmakoterapii. Istotne jest to, aby plan rehabilitacji był dostosowany do potrzeb chorego podyktowanych jego stanem. Fizjoterapia powinna być zindywidualizowana ze względu na różne wymagania rehabilitacyjne pacjentów. Taki indywidualny plan musi uwzględniać cel, typ, częstotliwość oraz intensywność podejmowanych działań.

Metody nefarmakologiczne w leczeniu objawowym chorób mięśniowo-szkieletowych to stosowanie wielokierunkowej terapii uwzględniając fizjoterapię, rehabilitację, psychoterapię czy metody neuromodulacji. Niektórzy pacjenci wymagają zastosowania metod inwazyjnych takich jak blokady, neurodestrukcja czy endoprotezoplastyki [1,7,14,21,22,23]

Z definicji Światowej Organizacji Zdrowia rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Jest

to proces medyczno-społeczny, który dąży do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych.

Rehabilitację korelującą z wszystkimi specjalizacjami klinicznymi, można ją podzielić na:

- leczniczą;
- psychologiczną;
- zawodową;
- społeczną.

Rehabilitacja lecznicza i fizjoterapia to zasadniczo pojęcia, które używane są zamiennie. Stosowanie nowoczesnych metod terapeutycznych zapewni profesjonalną i kompleksową rehabilitację pacjentom z różnymi schorzeniami i w różnym stanie.

Brak kompleksowej terapii oraz rehabilitacji może doprowadzić u osób dotkniętych niepełnosprawnością lub zagrożonych niepełnosprawnością określone zmiany psychiczne lub psychopatologiczne. Można zatem stwierdzić, że niepełnosprawność powoduje w pewnym stopniu upośledzenie wszystkich obszarów życia człowieka, wywołując problemy natury fizycznej, psychicznej, zawodowej, społecznej, ekonomicznej i rodzinnej.

Jedną z form przywracania sprawności fizycznej osób ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i ze schorzeniami kręgosłupa jest rehabilitacja. Można tu wyróżnić rehabilitację medyczną, społeczną oraz zawodową. W grupie rehabilitacji medycznej (fizjoterapii) można wyróżnić kinezyterapię, fizykoterapię, a także masaż leczniczy. W przypadku bólów kręgosłupa i schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego terapia obejmuje m.in.:

- kinezyterapię;
- fizykoterapię.

Pierwsza z nich składowa rehabilitacji – ruch jest środkiem leczniczym przyjmującym formę ćwiczeń. W przypadku fizykoterapii stosuje się wytwarzaną przez aparaturę energię, można tu wyróżnić:

- ultradźwięki;
- krioterapię;
- elektroterapię;

- magnetoterapię;
- światłolecznictwo;
- laseroterapię;
- ciepłolecznictwo.

W przypadku leczenia usprawniającego fizykoterapia jest stosowana jako terapia pomocnicza rzadko stosowana jest jako zabieg podstawowy, wspomaga ćwiczenia ruchowe oraz wykazuje działanie łagodzące ból [24].

Przy zastosowaniu kinezyterapii w przypadku schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego celem jest:

- zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa;
- zapobieganie przykurczom i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie;
- utrzymanie lub zwiększenie siły mięśni;
- poprawa lub utrzymanie wydolności oddechowej;
- poprawa sprawności ogólnej- ruchomość, wytrzymałość (poprawa zdolności do wykonywania lekkiej pracy fizycznej domowej i zawodowej) [7,24,25,27].

Ważnym aspektem jest to by plan rehabilitacji był zindywidualizowany względem potrzeb osoby chorej i podyktowany jego stanem, plan musi uwzględniać: cel, typ, częstotliwość a także intensywność podejmowanych działań [24].

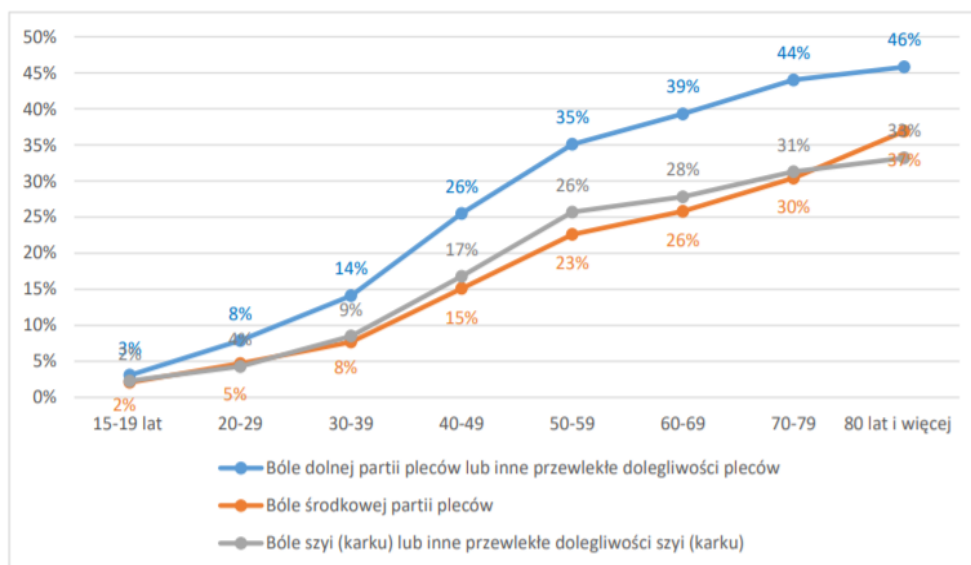
1.2 Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości pochodzące ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2015 roku na całym świecie przekraczały 1,3 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów [28]. W świetle danych Światowej Organizacji Zdrowia każdego dnia na świecie na skutek urazów zewnętrznych umiera 14 tysięcy osób co w skali roku daje 5 milionów zgonów spowodowanych tymi przyczynami. Wedle tych szacunków urazy stają się jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym – odpowiedzialną za 9% przypadków śmierci każdego roku. Urazy śmiertelne stanowią nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu przypadkach konsekwencją jest niepełnosprawność lub konieczność leczenia szpitalnego co związane jest z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w kontekście

ekonomicznym oraz dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe – 24% przyczyn zgonów. Kolejne miejsce zajmują inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała – 18%, kolejne pozycje przyczyn urazów to: próby samobójcze – 16%, upadki-14%, zabójstwa – 10%, utonięcia – 7%, oparzenia związane z pożarami – 5%, zatrucia-4% [26]

Według opracowania *Murray 2010* ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa stanowi szóstą (na 291 analizowanych) przyczynę obciążenia chorobowego społeczeństwa mierzonego przy użyciu DALY (*disability-adjusted life year*) w skali świata. W Europie Zachodniej jest to pierwsza, a w Środkowej i Wschodniej – trzecia przyczyna utraty lat życia w zdrowiu. Natomiast obciążenie w wyniku bólu szyi znajduje się na 21. miejscu w skali świata, a w Europie zajmuje 8. pozycję w części zachodniej kontynentu oraz 14. w centralnej i 18. we wschodniej [27].

Według danych EHIS – *European Health Interview Survey* (Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia) realizowanego w 2014 roku - 59% dorosłych mieszkańców Polski deklaroowało w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotnych lub chorób przewlekłych. Najczęściej wymienianą dolegliwością były bóle dolnej partii pleców. W grupie kobiet deklaroowało je 28,4%, a w grupie mężczyzn – 21,2% w wieku 15 o więcej lat. Bóle środkowej części pleców deklaroowało odpowiednio 19% i 12,9%. Bóle szyi wystąpiły u 21% ankietowanych kobiet i 13% mężczyzn [20] Dane przedstawione na rycinie 1.

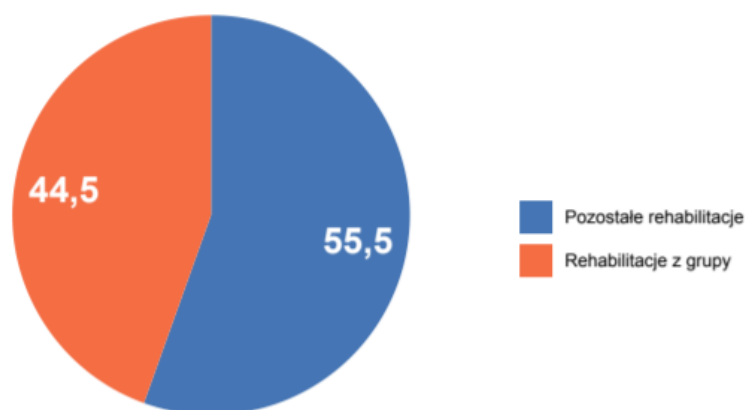


Rycina 1. Choroby i dolegliwości przewlekłe w Polsce: ból pleców, ból szyi według grup wieku. EHIS (2014).

Źródło: GUS – Stan zdrowia ludności 2014.

Zgodnie z danymi map potrzeb zdrowotnych, najwyższą zapadalność i chorobowość rejestrowaną na 100 tys. ludności w Polsce w 2014 r. w grupie chorób układu kostno-mięśniowego odnotowano dla chorób kręgosłupa (zapadalność rejestrowana 1 594,6, chorobowość rejestrowana 12 814,5). W drugiej kolejności były to choroby stawów (odpowiednio zapadalność 1 538,0, chorobowość 12 299,8) [28].

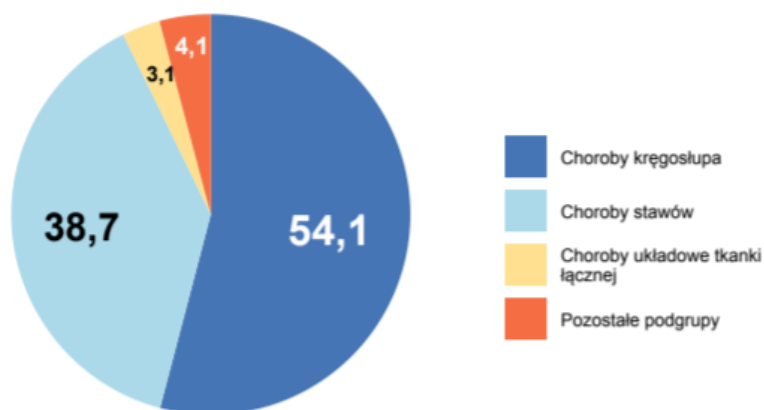
W Polsce w 2016 roku 304 świadczeniodawców sprawozdało hospitalizacje realizowane na oddziałach rehabilitacji stacjonarnej w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego. Rycina 2 przedstawia statystykę udziału liczb sprawozdanych hospitalizacji z analizowanej grupy chorób:



Rycina 2. Udział hospitalizacji z analizowanej grupy chorób [%]

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

Na rycinie 3 widnieje struktura rehabilitacji w analizowanej grupie chorób



Rycina 3. Struktura hospitalizacji według grup chorobowych [%]

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

Tabela 2 zawiera informacje o liczbie świadczeniodawców sprawujących hospitalizacje z zakresu rehabilitacji stacjonarnej z zakresu analizowanych grup chorób z podziałem na oddziały według kodu resortowego (VIII część kodu resortowego):

- 4300 - oddział rehabilitacyjny
- 4301 - oddział rehabilitacyjny dla dzieci
- 4302 - oddział rehabilitacji narządu ruchu
- 4303 - oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
- 4306 - oddział rehabilitacji neurologicznej
- 4310 - oddział rehabilitacji pulmonologicznej
- 4311 - oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci

Tabela 2. Liczba świadczeniodawców

Województwo	Ogółem	4300 oraz 4302	4301 oraz 4303	4306	4310	4311
dolnośląskie	33	29	3	5	1	-
kujawsko-pomorskie	18	17	-	3	-	-
lubelskie	23	22	1	2	-	-
lubuskie	10	8	1	2	-	-
łódzkie	20	19	3	4	-	-
małopolskie	27	21	5	7	-	-
mazowieckie	39	35	5	6	-	-
opolskie	4	4	-	1	-	-
podkarpackie	14	14	1	1	-	-
podlaskie	9	8	1	-	-	-
pomorskie	14	11	3	4	-	-
śląskie	36	32	6	5	-	1
świętokrzyskie	12	12	2	1	-	-
warmińsko-mazurskie	11	9	2	-	-	1
wielkopolskie	24	23	1	1	-	-
zachodniopomorskie	10	10	-	2	-	-
Polska	304	274	32	44	1	2

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

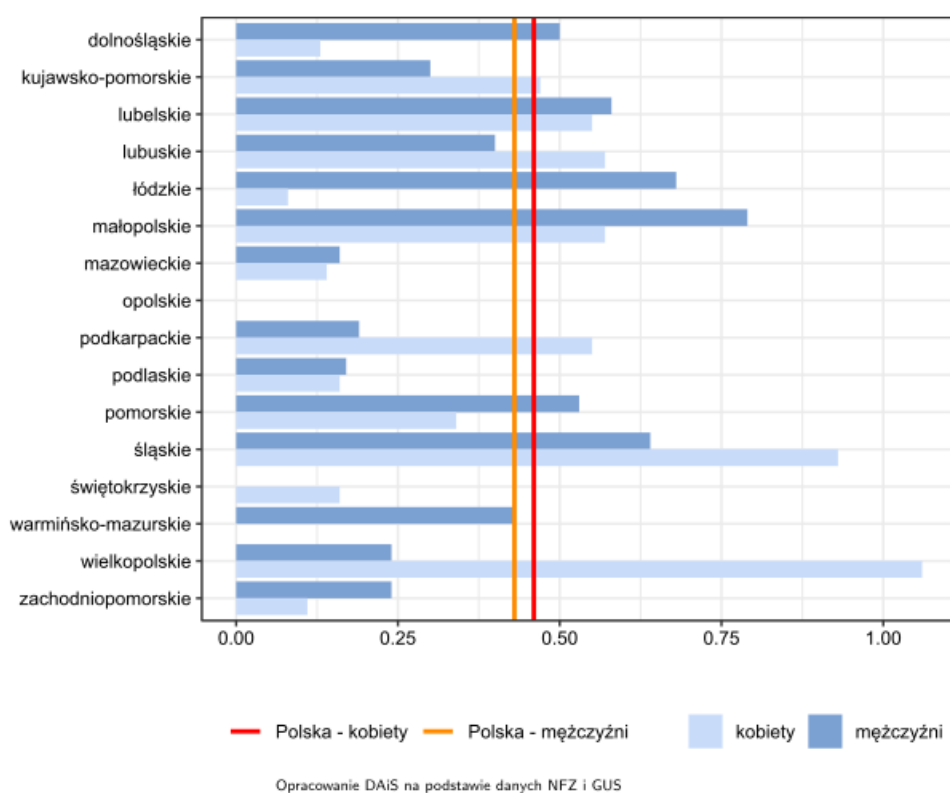
Rycina 4 zawiera informacje o liczbie osób w gminie miejsko – wiejskiej Kamieńsk przypadających na 1 przychodnię. W tabeli zawarta jest również liczba przychodni i ilość porad udzielonych na 1 mieszkańca.

2017	Powiat	Gmina
Liczba osób przypadających na 1 przychodnię	2149	2989
Przychodnie	53	2
Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone na 1 mieszkańca	5,4	3,0

Rycina 4. Liczba osób w gminie miejsko – wiejskiej Kamieńsk przypadających na 1 przychodnię

Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca 2018

Rycina 5 prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy (Choroby mięśni) w 2016 roku w zależności płci w przeliczeniu na 100 tys. ludności (w ramach płci), wyraźnie widać, iż zapadalność w województwie łódzkim na choroby mięśni znacznie przekracza wskaźniki ogólnopolskie, a w przypadku mężczyzn jest najwyższa w kraju.

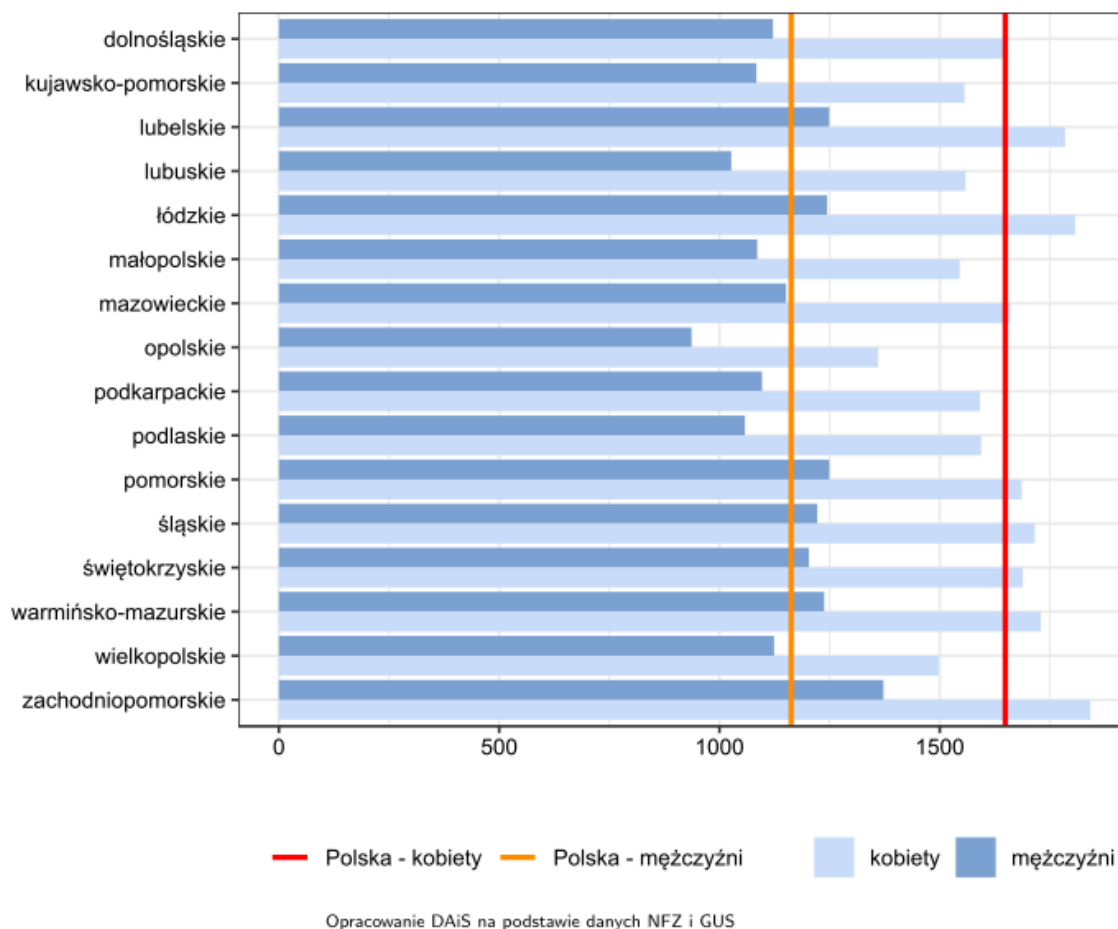


Rycina 5. Zapadalność rejestrowana na choroby mięśni.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

Rycina 6 prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy (Choroby stawów) w 2016 roku w zależności płci w przeliczeniu na 100 tys. ludności (w ramach płci), podobnie jak w przypadku wcześniejszego wykresu mamy tutaj jedno z najwyższych

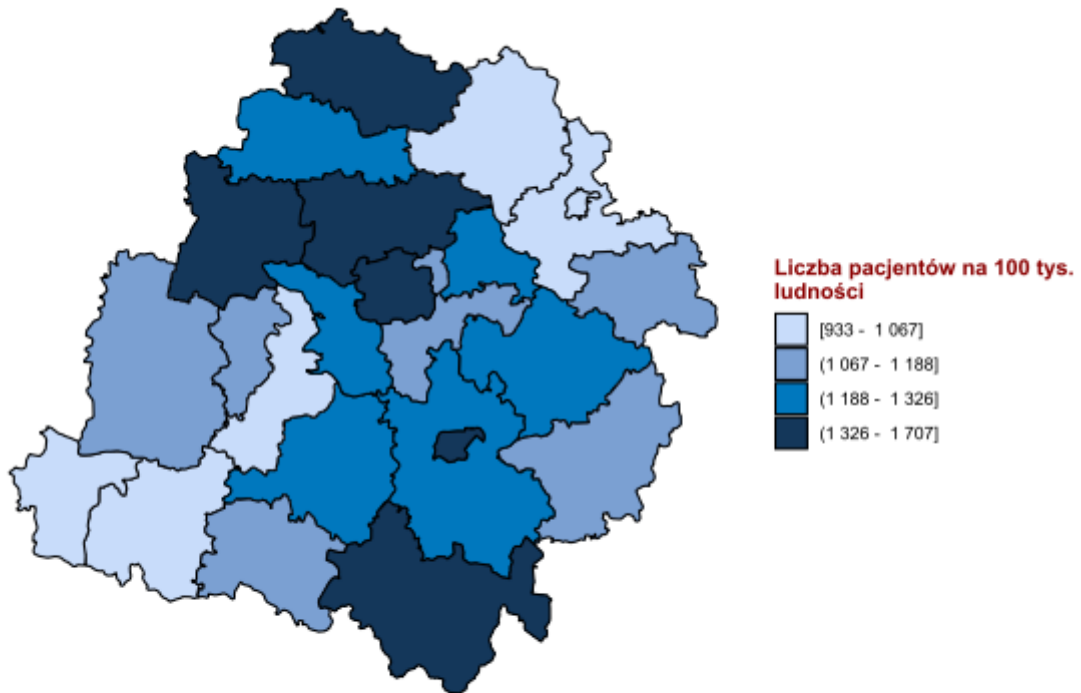
wskaźników zapadalności w grupie chorób stawów dla województwa łódzkiego, zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet.



Rycina 6. Zapadalność rejestrowana na choroby stawów.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych wg miejsca zamieszkania z powodu chorób układu kostno-mięśniowego w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Powiat radomszczański, na terenie którego leży Gmina Kamieńsk, ma jedno z najwyższych wskaźników hospitalizowanych pacjentów z powodów schorzeń układu kostno-mięśniowego.

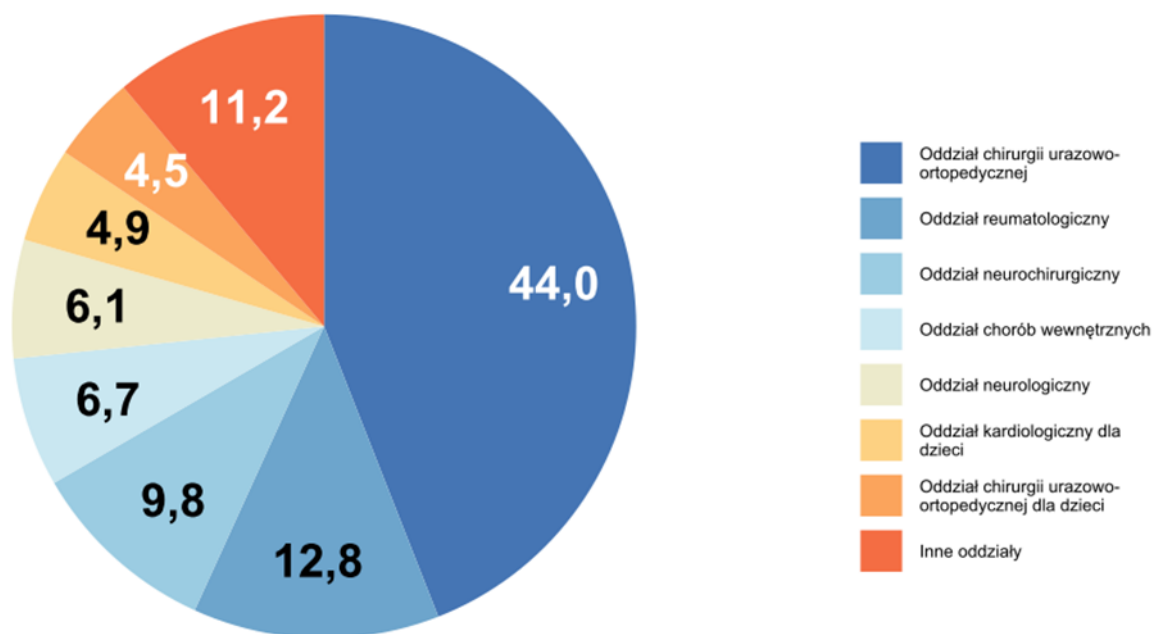


Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 7. Współczynnik chorobowości szpitalnej wg powiatu zamieszkania pacjenta.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

Strukturę procentową i liczbę hospitalizacji w woj. łódzkim dla grupy - choroby układu kostno-mięśniowego, w podziale na oddziały szpitalne przedstawiają kolejne ryciny:

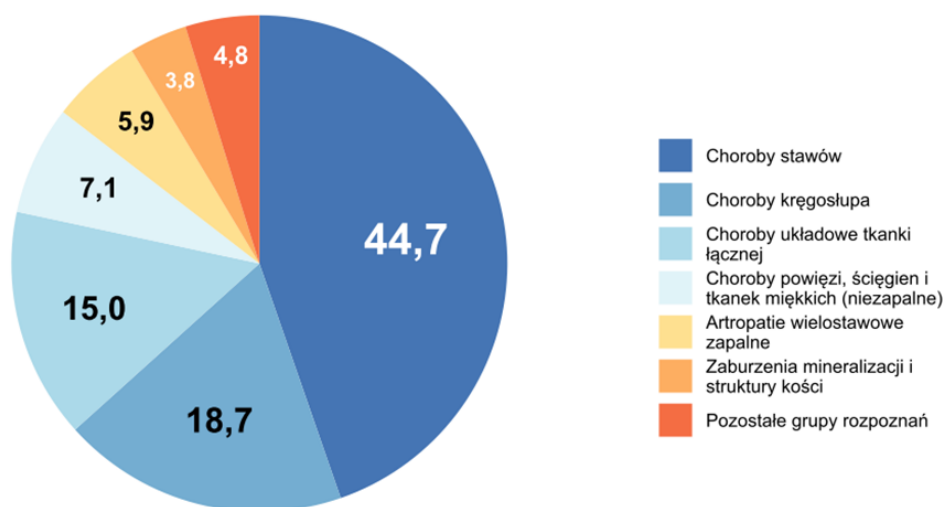


Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ

Rycina 8. Struktura procentowa hospitalizacji w woj. łódzkim dla analizowanej grupy - choroby układu kostno-mięśniowego, w podziale na oddziały szpitalne

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

Program profilaktyki zdrowotnej Gminy Kamieńsk na lata 2020-2024
Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk



Rycina 9. Liczba hospitalizacji według podgrup [%] w woj. łódzkim dla j grupy - choroby układu kostno-mięśniowego.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

Tabela 3. Podstawowe statystyki wg podgrup analizowanej grupy chorób

Podgrupa	Liczba pacjentów [tys.]	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednodniowy) [tys.]	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego) [tys.]	Liczba hosp. (w trybie jednodniowym) [tys.]	hospitalizacje [%]	hospitalizacje skumulowane [%]
Choroby stawów	9,50	10,28	1,06	0,60	44,68	44,68
Choroby kręgosłupa	4,00	4,29	0,08	0,00	18,65	63,33
Choroby układowe tkanki łącznej	2,81	3,45	0,69	0,00	15,01	78,35
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	1,56	1,64	0,42	0,07	7,11	85,45
Artropatie wielostawowe zapalne	1,28	1,37	0,10	-	5,94	91,39
Zaburzenia mineralizacji i struktury kości	0,62	0,87	0,47	-	3,79	95,18
Inne choroby kości i tkanki chrzęstnej	0,42	0,48	0,05	0,00	2,09	97,27
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)	0,35	0,37	0,19	0,05	1,60	98,87
Choroby mięśni	0,14	0,14	0,01	-	0,63	99,50
Artropatie związane z zakażeniami	0,06	0,06	-	-	0,25	99,76
Inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	0,05	0,06	0,00	-	0,24	100,00

Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

I.3 Obecne postępowanie

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytet zdrowotny „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

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.

Według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, najważniejszymi zadaniami są między innymi: rehabilitacja oraz zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi. Z kolei w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 zwrócono uwagę na sytuację osób starszych. Wskazuje się szczególnie na 5 cel operacyjny, czyli promocję zdrowego oraz aktywnego starzenia się, który realizowany ma być rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnymi.

Zgodnie obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z 30 stycznia 2018 r. w ramach rehabilitacji schorzeń narządu ruchu dostępne są świadczenia gwarantowane obejmujące m.in.:

- lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną – porada lekarska rehabilitacyjna;
- fizjoterapię ambulatoryjną – wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny (kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia);
- realizowane w warunkach domowych – porada lekarska rehabilitacyjna, fizjoterapia domowa (wizyta fizjoterapeutyczna i zabieg fizjoterapeutyczny, w tym: kinezyterapia,

masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, balneoterapia);

- realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki; rehabilitacja ogólnoustrojowa.

katalog zakresu świadczeń NFZ obejmuje lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną podzieloną na poradę rehabilitacyjną (26 pkt rozliczeniowych) oraz na kompleksową poradę rehabilitacyjną (57 pkt rozliczeniowych), a także fizjoterapię ambulatoryjną - wizyta ambulatoryjna, wyceniona na 13 pkt rozliczeniowych.

Zgodnie z cytowanym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia świadczenia gwarantowane skierowane do pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu realizowane są również w warunkach stacjonarnych, w ramach zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.

Na podstawie danych pozyskanych z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (NFZ)

[[https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?page=19&search=true&Case=1&ServiceName=DZIA%C5%81%20\(PRACOWNIA\)%20FIZJOTERAPII&State=05](https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?page=19&search=true&Case=1&ServiceName=DZIA%C5%81%20(PRACOWNIA)%20FIZJOTERAPII&State=05)] data dostępu: 15.11.2019r. w woj. łódzkim funkcjonowało 195 gabinetów/pracowni fizjoterapeutycznych.

W zależności od miejsca liczba oczekujących waha się od 0 do 3094 osób, a czas oczekiwania do przyjęcia wynosił maksymalnie 454 dni. 6 placówek nie opublikowało danych dotyczących listy oczekujących, a jedynie w 4 placówkach można było uzyskać świadczenia bez kolejki.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960), na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Niemniej jednak w związku z ograniczoną dostępnością zabiegów rehabilitacyjnych dla mieszkańców Gminy Kamieńsk, spowodowanych brakiem na terenie gminy placówki z kontraktem z NFZ, Gmina Kamieńsk zdecydowała o finansowaniu programu ze środków budżetowych gminy.

W 2018 roku, gabinet fizjoterapii w Kamieńsku udzielił 16 742 świadczeń dla 584 osób, szczegółowe zestawienie w tabeli poniżej:

Tabela 4. Ilość wykonywanych świadczeń / ilość osób w 2018r w podziale na wiek i rodzaj świadczeń

Podziały wiekowe, najczęściej występujące zdarzenia/problemy zdrowotne	Ilość świadczeń/ilość osób
ilość świadczeń dla osób w wieku do 18 roku życia	530 zabiegów 23 osoby
ilość świadczeń dla osób w wieku do 18 roku życia po wypadkach/urazach (jakie zdarzenia) <ul style="list-style-type: none"> • stany po złamaniach (podudzia, przedramienia, ramienia) • zwichnięcia stawów (skokowych i nadgarstkowych) • skręcenie (staw skokowy) • zerwanie więzadeł (stawu kolanowego) 	260 zabiegów 12 osób
ilość świadczeń dla osób w wieku od 18 do 60 roku życia ogółem rodzaje najczęstszych problemów zdrowotnych od 18 do 60 roku życia: <ul style="list-style-type: none"> • zmiany zwyrodnieniowe wielostawowe (najczęściej stawy biodrowe, kolanowe, kręgosłupa) • choroby krążka międzykręgowego (dyskopatia, wypuklina, przepuklina, zespół korzeniowy, lumbago, rwa kulszowa) • choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uszkodzeniem (PHS, łokieć golfisty/tenisisty, zespół cieśni nadgarstka, ostroga piętowa) • RZS • Złamanie (kości przedramienia, ramienia, stawu nadgarstkowego) • uszkodzenie aparatu więzadłowo-mięśniowego 	7 604 zabiegów 247 osób
ilość świadczeń dla osób po 60 roku życia: <ul style="list-style-type: none"> • zmiany zwyrodnieniowe wielostawowe (najczęściej stawy biodrowe, kolanowe, kręgosłupa) • choroby krążka międzykręgowego (dyskopatia, przepuklina, wypuklina, zespół korzeniowy, lumbago, rwa kulszowa) • choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uszkodzeniem (PHS, łokieć golfisty/tenisisty, zespół cieśni nadgarstka, ostroga piętowa, zablokowanie stawów biodrowo-krzyżowych) • RZS • Złamanie (kości przedramienia, ramienia, stawu nadgarstkowego, kręgosłupa-osteoporotyczne) • uszkodzenie aparatu więzadłowo -mięśniowego • po endoprotezoplastyce stawu biodrowego 	8608 zabiegów 314 osób

i kolanowego	
--------------	--

Źródło: Gabinet Fizjoterapeutyczny Kamieńsk

Program został opracowany w odpowiedzi na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, a tym samym zapewnienia możliwości 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. Niniejszy program w połączeniu z działaniami informacyjno-edukacyjnymi korzystnie wpłynie na poprawę sprawności mieszkańców i zapobiegnie ograniczeniom zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym w przyszłości.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u osób z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk poprzez objęcie w okresie 2020-2024, świadczeniami fizjoterapeutycznymi do 600 osób rocznie.

II. 2 Cele szczegółowe

- 1) Uzyskanie racjonalnego cyklu świadczeń fizjoterapeutycznych wśród 10% populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024.
- 2) Zmniejszenie o 50 przypadków liczby hospitalizacji z powodów schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024
- 3) Zwiększenie łatwego dostępu uczestnikom programu – z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024 – do świadczeń fizjoterapii, poprzez skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia fizjoterapeutyczne
- 4) Podniesienie świadomości zdrowotnej (w tym kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków behawioralnych) u co najmniej 50% osób z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, uczestniczących w części edukacyjnej programu.

II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- 1) Procentowa liczba osób biorących udział w programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu, wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, ustalona na podstawie zgód przekazanych przez Realizatora programu.
- 2) Liczba osób, które zgłosiły się do Realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczba osób, które faktycznie odbyły rehabilitację wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez Realizatora programu.

- 3) Liczba osób u których uzyskano obiektywną poprawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych i ograniczeń w ruchomości, na podstawie badania końcowego, wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez Realizatora programu.
- 4) Liczba osób z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024 oczekujących na uzyskanie świadczenia fizjoterapeutycznego poniżej 3 miesięcy od wystawienia skierowania przez lekarza kierującego
- 5) Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie cyklu świadczeń fizjoterapeutycznych od wystawienia skierowania przez lekarza kierującego, przez mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024
- 6) Procentowa liczba osób niezakwalifikowanych z różnych przyczyn do programu z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, w stosunku do populacji kwalifikującej się do programu, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez Realizatora programu.
- 7) Liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie – minimum 60% osób, które wyraziły zgodę na udział w programie z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024,
- 8) Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, wartość docelowa minimum 75% ocen pozytywnych.
- 9) Wzrost wiedzy (w tym wiedzy na temat zachowań i nawyków behawioralnych) u minimum 50% uczestników części edukacyjnej programu wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, (weryfikacja na podstawie ankiety ewaluacyjnej);
wartość docelowa mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu

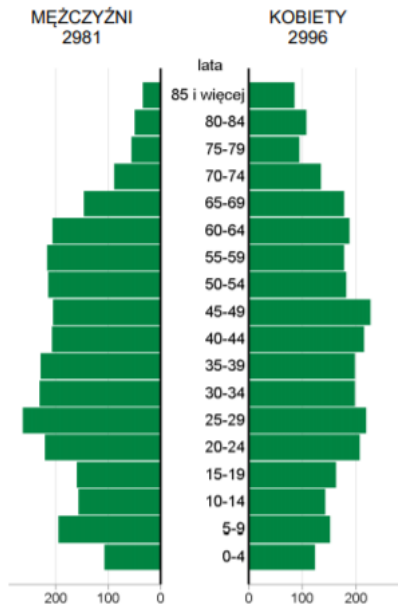
III.1 Populacja docelowa

Według danych zawartych w Statystycznym Vademecum Samorządowca Ludność miejscowości Kamieńsk w 2017 roku wносиła 5977. Dane dotyczące liczby ludności na przestrzeni lat 2015, 2016 zawarte są na rycinie 8. Ludność według płci i wieku znajduje się na rycinie 9 i 10.

Wybrane dane statystyczne	2015	2016	2017	Powiat 2017
Ludność	6093	6010	5977	113923
Ludność na 1 km ²	63	62	62	79
Kobiety na 100 mężczyzn	100	101	101	104

Rycina 10. Wybrane dane statystyczne dotyczące Kamieńska

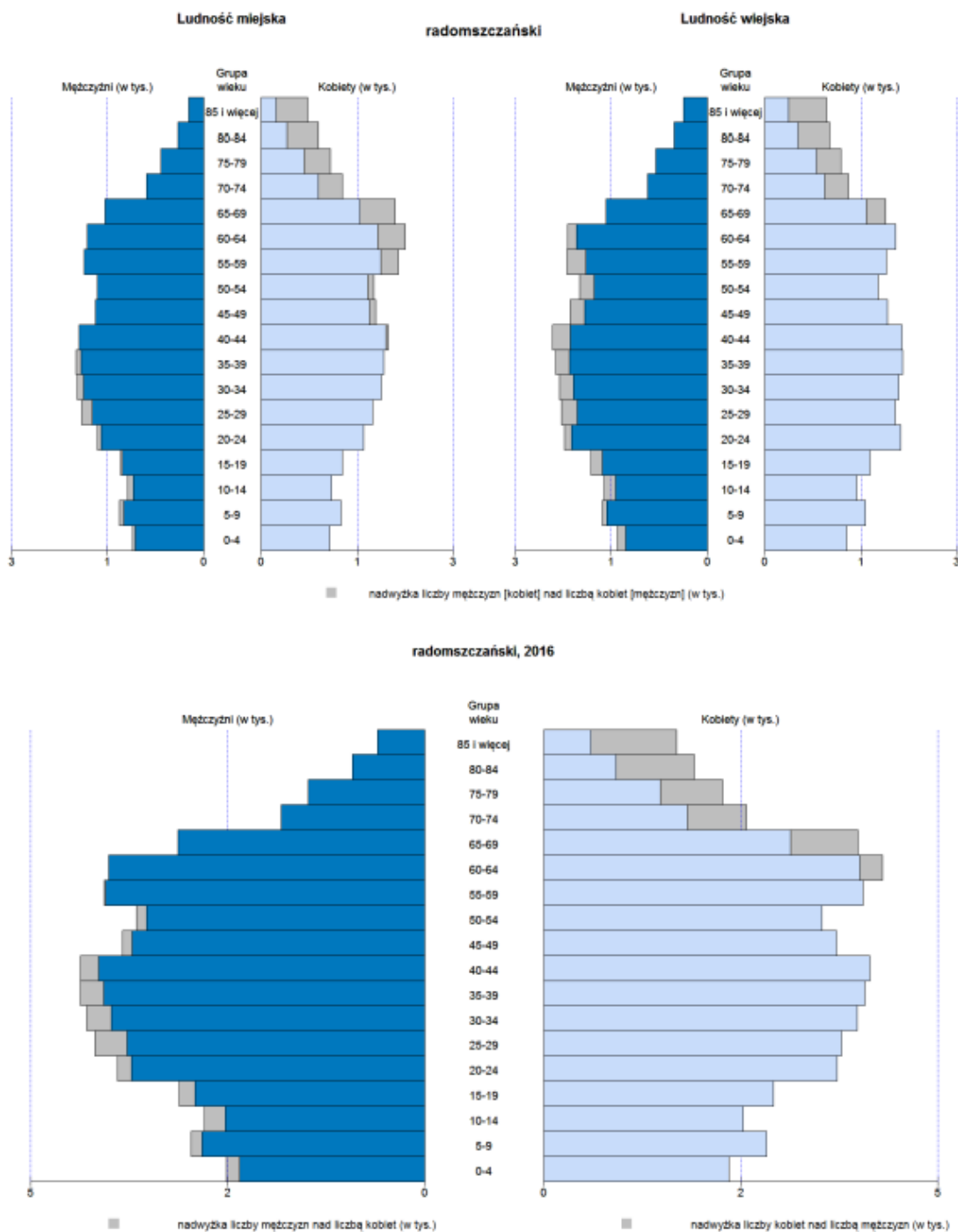
Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca 2018



Rycina 11. Ludność według płci i wieku w 2017

Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca 2018

Program profilaktyki zdrowotnej Gminy Kamieńsk na lata 2020-2024
Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk



Rycina 12. Ludność według płci i wieku w powiecie radomszczańskim

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego. <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-lodzkie/#>

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 w próbie badanej 3 409 było osób niepełnosprawnych, a odsetek osób niepełnosprawnych wynosił 10,3%. Najwięcej osób niepełnosprawnych mieszkało w województwie lubuskim (20%), a najmniej w województwie zachodniopomorskim (6%). Odsetek osób niepełnosprawnych w woj. łódzkim w 2015 r. wynosił 10,1%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców gminy Kamieńsk, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 478 mieszkańców ww. gminy.

Powyższe wartości odnoszą się do osób niepełnosprawnych. Natomiast niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy osób o ograniczonej sprawności z powodów również występujących urazów i wypadków, stanów nagłych i nie ogranicza się jedynie do osób ze stwierdzoną niepełnosprawnością.

Dlatego też, zakładając maksymalny koszt całkowity na uczestnika Programu oszacowany w rozdziale VI.1 pozwala on na objęcie interwencją do około 600 osób rocznie, co daje 3000 osób w całym 5-letnim okresie trwania programu. Stanowi to około 50% zakładanej populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, wskazanej jako populacja docelowa programu.

III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria włączenia do programu

- 1) Posiadanie skierowania od lekarza POZ lub specjalisty mającej zastosowanie w terapii układu narządu ruchu np. ortopedii, rehabilitacji, fizjoterapii, chirurgii na cykl rehabilitacji leczniczej.

Skierowanie na zabiegi powinno zawierać:

- a) pieczęć nagłówkową podmiotu leczniczego,
- b) imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania świadczeniobiorcy,
- c) rozpoznanie w języku polskim,
- d) opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na fizjoterapię,

- e) informację o chorobach przebytych i współistniejących oraz innych czynnikach (np. wszczepiony rozrusznik lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogących mieć wpływ na proces fizjoterapii,
 - f) zleczone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa/lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu,
 - g) pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania.
- 2) Od daty wystawienia skierowania do rejestracji w placówce realizującej program nie minęło więcej niż 30 dni kalendarzowych.
 - 3) Podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce Realizatora z zachowaniem przepisów dotyczących dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania [31].
 - 4) Zamieszkiwanie na terenie Gminy Kamieńsk (na podstawie dokumentów przedłożonych do wglądu, stosownego zaświadczenia lub oświadczenia).
 - 5) Brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących wykonanie świadczeń w ramach programu; w przypadku czasowych przeciwwskazań może zostać ustalony nowy termin rozpoczęcia uczestnictwa.

Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Brak odpowiedniego skierowania od lekarza POZ.
- 2) Skierowanie wystawione z datą powyżej 30 dni od momentu zgłoszenia się do placówki realizującej program.
- 3) Brak pisemnej zgody na udział w programie.
- 4) Brak potwierdzenia zamieszkania na Gminy Kamieńsk.
- 5) Od ostatnio wykonanego cyklu rehabilitacji minęło mniej niż 6 miesięcy.
- 6) Zaplanowane w terminie krótszym niż 2 miesiące cykl interwencji objętych programem.
- 7) Korzystanie ze świadczeń objętych programem finansowanych przez NFZ, ZUS KRUS lub PFRON w terminie krótszym niż 3 miesiące od zgłoszenia do placówki.
- 8) Dodatkowo z programu zostaną wyłączone osoby, które w czasie ostatniego miesiąca zakończyły pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystały z

ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ, a także osoby, które nie ukończyły cyklu terapeutycznego w ramach programu z powodu dobrowolnej rezygnacji.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklaruje Realizator w złożonej do konkursu ofercie. Program obejmie wszystkie osoby z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

III.3 Planowane interwencje

W ramach programu Realizator przeprowadzi następujące działania:

Etap I – działania organizacyjne – szczegółowo opisane w części IV.1.

1. Akcja informacyjna.
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II – działania edukacyjne i terapeutyczne

3. Działania edukacyjne.
4. Działania diagnostyczne i terapeutyczne:
 - a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;
 - b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych;
 - c) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze - szczegółowo opisane w części IV.1.

5. Monitorowanie prac w ramach programu.
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

Działania edukacyjne:

Skierowane do osób zamieszkujących Gminę Kamieńsk. Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury,

szkołach itp. Uczestnikom programu będą przekazywane także informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej podczas wizyt w siedzibie Realizatora podczas uczestniczenia ze świadczeń fizjoterapeutycznych.

Edukacja powinna odbyć się co najmniej cztery razy w roku. Najlepiej, by działania edukacyjne połączone były z akcją prozdrowotną w zakresie aktywności ruchowej angażującej szerokie grono uczestników, np. pikników, koncertów, wydarzeń rekreacyjno-sportowych, (np.: biegi masowe, zawody sportowe), dożynki, itp.

Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych Realizatora.

Badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne:

Badania kwalifikacyjne zostaną wykonane w populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, którzy zgłoszą się do siedziby Realizatora z odpowiednim skierowaniem od lekarza POZ lub lekarza specjalisty rehabilitacji. Przy okazji badania fizjoterapeutycznego związanego z diagnostyką wstępną i wywiadem personel biorący udział w interwencji przeprowadzi działania z zakresu promocji zdrowia. Wizyta kwalifikacyjna będzie rozpoczynała się konsultacją (w celu wykluczenia przeciwwskazań), ocena stanu zdrowia uczestnika i zakwalifikowaniem go do indywidualnego cyklu terapeutycznego. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta.

Cykl zabiegów terapeutycznych:

Każdy z zakwalifikowanych pacjentów, w zależności od problemu zdrowotnego, uzyska 10-dniowy cykl zabiegów składających się do 5 rodzajów zabiegów zleconych przez lekarza – o ostatecznej ilości powtórzeń, jak i o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację fizjoterapeuta, ale nie może przekraczać w zaleceniach w/w ilości. Każdy z mieszkańców będzie mógł w ciągu roku wykorzystać do dwóch serii zabiegów. Jednak w szczególnych przypadkach tj.: świeże złamania, skręcenia, zwichnięcia i stłuczenia oraz

świeże udary mózgu jak i usprawnianie po wszczępieniu endoprotez kończyn oraz u kobiet po mastektomii (zabiegi tylko z zakresu kinezyterapii) ilości zabiegów będą rozpatrywane indywidualnie, w zależności od dostępności terminów i możliwości kadrowych Realizatora.

Wśród zaplanowanych interwencji mogą znaleźć się takie działania jak:

- zabiegi fizykalne;
- masaże mechaniczne;
- kinezyterapia;
- terapie manualne.

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej postawy ciała, poprawa lub zahamowanie pogłębiania się schorzenia układu kostno-stawowego i mięśniowego. Wszystkie osoby zakwalifikowane do programu będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych.

III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu

Uczestnicy programu będą przyjmowani w trakcie trwania programu – w latach 2020-2024. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć, wskazane jest aby Realizator świadczył usługi przynajmniej 5 razy w tygodniu, co najmniej po 8 godzin dziennie, natomiast docelowo powinien realizować świadczenia również w godzinach popołudniowych, umożliwiając skorzystanie uczestnikom z cyklu interwencji po zakończeniu pracy zawodowej lub zajęć szkolnych.

Program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

W odniesieniu do omawianej interwencji dla mieszkańców Gminy Kamieńsk świadczeniem alternatywnym jest brak dostępności do fizjoterapii w ramach NFZ. Planowaną interwencję można zatem traktować jako uzupełnienie świadczeń finansowanych ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad, interwencje podejmowane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a) działania edukacyjne programu mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie;
- b) interwencje terapeutyczne będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania zgodne z obowiązującymi przepisami [31,32];
- c) świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje [33];
- d) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [34].

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych, zakończenia procesu terapeutycznego lub zakończenia programu.

Zakończenie udziału w programie będzie wiązało się z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania oraz ewentualnego kontynuowania rehabilitacji na rynku komercyjnym. Po zakończeniu cyklu interwencji i braku konieczności dalszej diagnostyki fizjoterapeuta zobowiązany jest do przekazania uczestnikom wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazań do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w trakcie przeprowadzanego postępowania terapeutycznego, uczestnicy będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem zaburzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu z adnotacją, iż uczestnik został poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem cyklu terapeutycznego, a także o braku możliwości uczestnictwa w programie w ciągu 12 miesięcy od rezygnacji.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

IV. Organizacja programu

IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu Realizator przeprowadzi następujące działania:

Etap I – działania organizacyjne

1. Akcja informacyjna.
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II – działania edukacyjne i terapeutyczne

3. Działania edukacyjne.
4. Działania diagnostyczne i terapeutyczne:
 - a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;
 - b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:
 - b.1. zabiegi w siedzibie Realizatora;
 - b.2. instruktaż w siedzibie Realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;
 - b.3. instruktaż dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej.
 - c) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

5. Monitorowanie prac w ramach programu.
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

Etap I – działania organizacyjne

Ad 1. Akcja informacyjna

Skierowana do mieszkańców Gminy Kamieńsk. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne i pozostałe placówki opieki duszpasterskiej.

Mieszkańcy Gminy Kamieńsk, zostaną poinformowani m.in. objawach, powikłaniach oraz przede wszystkim profilaktyce chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz skuteczności wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia, a także unikania bagatelizowania objawów chorobowych oraz o ramach organizacyjnych programu.

Ad 2. Rekrutacja do programu

Realizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Podstawowe kryteria formalne to status mieszkańca Gminy Kamieńsk, posiadanie odpowiedniego skierowania od lekarza POZ lub lekarza specjalisty (np. ortopedii, rehabilitacji, chirurgii) wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody), zgłoszenie się w odpowiednim terminie od wystawienia skierowania do Realizatora oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych. Kryteria szczegółowe zostały opisane wcześniej w rozdziale III.2.

Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie Realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

Ad 3. Działania edukacyjne

Skierowane do osób zamieszkujących Gminę Kamieńsk. Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury, szkołach itp. Uczestnikom programu będą przekazywane informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej także podczas wizyt w siedzibie Realizatora podczas korzystania ze świadczeń fizjoterapeutycznych.

W programie w ramach edukacji zostanie poruszony temat ryzyka i korzyści wynikających m.in. ze zmiany nawyków żywieniowych i behawioralnych. Edukator powinien przekazać informacje na temat leczenia schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego, które obejmuje postępowanie niefarmakologiczne, obejmujące: redukcję czynników ryzyka, odpowiednie odżywianie, zapewnienie optymalnego stężenia witaminy D (dieta i ekspozycja na słońce), zapobieganie upadkom, ćwiczenia fizyczne, rehabilitację po złamaniach, zaopatrzenie ortopedyczne, walkę z bólem. Tematyka edukacji to także skuteczność

wcześnie podjętej profilaktyki i leczenia, a także unikania bagatelizowania objawów chorobowych. Szczególną uwagę zwróci się na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających urazom, ergonomię pracy i życia codziennego oraz proste ćwiczenia, które osoby z grupy docelowej mogłyby wykonywać we własnym zakresie. Edukacja powinna również obejmować praktyczne zagadnienia dotyczące treningu fizycznego oraz (w miarę potrzeb uczestników, a także możliwości Realizatora) również poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne.

Działania edukacyjne zaplanowane w ramach PPZ mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu (przykładowa treść testu w załączniku). Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części IV.2 programu.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych Realizatora. Podczas działań edukacyjnych Realizator może wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo może posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i tym podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości grupy odbiorców.

Działania edukacyjne:

- Realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o leczeniu schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego, które obejmuje postępowanie nefarmakologiczne;

- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności do tego rodzaju świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ.

Ad. 4 Działania diagnostyczne i terapeutyczne

Każdy mieszkaniec Gminy Kamieńsk spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z interwencji terapeutycznej w ramach programu.

Składają się na nią:

- a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;
- b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:
 - b.1. zabiegi w siedzibie Realizatora;
 - b.2. instruktaż w siedzibie Realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;
 - b.3. instruktaż dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej.
- c) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Ad 4a. Badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika

Działania zaplanowane w tym punkcie to wizyta uczestnika w siedzibie Realizatora wraz z przeprowadzeniem wywiadu przez fizjoterapeutę i wypełnieniem formularza uwzględniającego aktualny stan zdrowia oraz historię chorób współistniejących występujących u uczestnika (wzór formularza wywiadu w załączeniu), kolejną czynnością będzie ocena i opis stanu funkcjonowania pacjenta przed rozpoczęciem fizjoterapii.

Przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględnić ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007). We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Następnie fizjoterapeuta podejmie decyzję o udziale uczestnika w programie oraz zaplanuje postępowanie fizjoterapeutyczne, wraz z wyznaczeniem terminu rozpoczęcia cyklu.

Ad 4b. Cykl zabiegów fizjoterapeutycznych

4.b.1. zabiegi w siedzibie Realizatora

Każdy z zakwalifikowanych pacjentów, w zależności od problemu zdrowotnego, uzyska 10-dniowy cykl zabiegów składających się do 5 rodzajów zabiegów zleconych przez lekarza – o ostatecznej ilości powtórzeń, jak i o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację fizjoterapeuta, ale nie może przekraczać w zaleceniach w/w ilości. Każdy z mieszkańców będzie mógł w ciągu roku wykorzystać do dwóch serii zabiegów. Jednak w szczególnych przypadkach tj.: świeże złamania, skręcenia, zwichnięcia i stłuczenia oraz świeże udary mózgu jak i usprawnianie po wszczepieniu endoprotez kończyn oraz u kobiet po mastektomii (zabiegi tylko z zakresu kinezyterapii) ilości zabiegów będą rozpatrywane indywidualnie, w zależności od dostępności terminów i możliwości kadrowych Realizatora.

Odnalezione rekomendacje *NSF 2010* (National Stroke Foundation) oraz *VHA-DoD 2010* (Veterans Health Administration-Department of Defense) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (*RCP-NICE 2008* – Royal College of Physicians- National Institute for Health and Care Excellence, *RACGP 2009* – Royal Australian College of General Practitioners). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Należy pamiętać, iż nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb

oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

Wśród zaplanowanych interwencji mogą znaleźć się takie działania jak:

1. kinezyterapia	
	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.*
	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut
	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut
	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut
	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut
	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut
	wyciągi
2. masaż	
	masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.
3. elektrolecznictwo	
	galwanizacja
	jonoforeza
	elektrostymulacja
	prądy diadynamiczne
	prądy interferencyjne
	prądy TENS
	prądy TRAEBERTA
	ultradźwięki miejscowe
	ultrafonoforeza
4. leczenie polem elektromagnetycznym	
	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości
	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
5. światłolecznictwo i termoterapia	
	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe
	laseroterapia - skaner
	laseroterapia punktowa

Źródło: Opracowanie własne.

4.b.2. instruktaż w siedzibie Realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych

W przypadku pacjentów unieruchomionych, nie mających możliwości dojazdu do gabinetu, Realizator będzie oferował pięciogodzinny instruktaż dla osoby opiekującej się chorym. Zakres szkolenia będzie obejmował: ćwiczenia bierne, czynno- bierne, wspomagane i czynne kończyn górnych i dolnych oraz czynności lokomocji i samoobsługi.

4.b.3. instruktaż dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej

W przypadkach szczególnych, określonych na podstawie skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych zleconych przez lekarza specjalistę rehabilitacji. Realizator będzie oferował pięciogodzinny instruktaż bezpośrednio dla osoby chorej lub osoby opiekującej się chorym, ale w warunkach wizyty domowej. Zakres szkolenia będzie obejmował: ćwiczenia bierne, czynno- bierne, wspomagane i czynne kończyn górnych i dolnych oraz czynności lokomocji i samoobsługi.

Ad. 4c. Podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Po zakończeniu cyklu terapeutycznego wykonana zostanie przez fizjoterapeutę końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego uczestnika programu, która zostanie dołączona do dokumentacji medycznej.

Powyższe analizowane będzie przez odpowiednie narzędzia - kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów, konkretne testy i narzędzia będą stosowane przez fizjoterapeutę w odniesieniu do indywidualnego uczestnika programu. zależne będą od narządu objętego zmianami chorobowymi i poddanego rehabilitacji a także od wielu innych osobniczych zmiennych, np. wieku, stanu funkcjonalnego, wcześniejszych deficytów zdrowotnych, obecnej kondycji i wydolności pacjenta. [41]

Przykłady możliwych do zastosowania testów funkcjonalnych w fizjoterapii wymieniono w załączniku 7 do niniejszego programu.

Zakończenie udziału w programie będzie wiązało się także z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania oraz ewentualnego kontynuowania rehabilitacji na rynku komercyjnym. Po zakończeniu cyklu interwencji i braku konieczności dalszej diagnostyki fizjoterapeuta zobowiązany jest do przekazania uczestnikom wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazań do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia

jakichkolwiek nieprawidłowości w trakcie przeprowadzanego postępowania terapeutycznego, uczestnicy będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem zaburzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Dodatkowo, przy okazji wizyty personel biorący udział w interwencji przeprowadzi indywidualne działania profilaktyczne i edukacyjne. Uczestnikowi programu zostaną ponownie przedstawione informacje na temat czynników ryzyka oraz identyfikacja i ewentualna eliminacja niepożądanych zachowań. Będzie to uzupełnieniem syntetycznej wiedzy przekazanej w ramach działań edukacyjnych.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

Ad 5. Monitorowanie działań w ramach programu

Ważnym elementem w ramach programu będzie monitoring działań obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Uczestnik programu, po wykonaniu badań zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży opracowaniu przez Realizatora raportu rocznego dla Instytucji Zarządzającej programem.

Ad. 6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania będą miały charakter długofalowy.

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora wybranego w drodze konkursu zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Realizator powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu.

W kwestii spełniania wymagań dotyczących warunków lokalowych są to m.in.:

- wejście do obiektu dostosowane dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych,
- w obiekcie co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno sanitarne dla pacjentów, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- pomieszczenia światłolecznictwa i elektrolecznictwa, powinny być oddzielone ściankami do wysokości co najmniej 2m, umożliwiającymi stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej w pomieszczeniu,
- pomieszczenia przeznaczone do fizjoterapii powinny być zlokalizowane w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.

Jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Rodzaj sprzętu wykorzystywany do wykonywania zabiegów w programie polityki zdrowotnej w zakresie kinezyterapii:

- UGUL -urządzenie do ćwiczeń w odciążeniu;
- wyposażenie sali kinezyterapii (stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, materace);
- rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych;
- stół/ tablica do ćwiczeń manualnych ręki;
- cykloergometr;
- bieżnia;
- orbitrek.

Działania w ramach programu prowadzone będą na terenie Gminy Kamieńsk w miejscu wskazanym przez Realizatora. Informacje o placówkach i terminach w których będą realizowane działania w ramach programu zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zabezpieczone wymagane pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku).

Realizator powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Od Realizatora będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, oraz kadrę i sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych interwencji [32,33].

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe[35]. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizowaniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [36].

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu realizowane będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie. Wymagane jest, aby osoby prowadzące działania edukacyjne, miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, fizjoterapeuci, pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego). Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grupy odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do wieku i stanu psychicznego odbiorców.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego, zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień:

- 1) zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny;
- 2) fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń;
- 3) analiza efektywności i trwałości realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach; te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2020–2024, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Gminy Kamieńsk i posiadanych zasobów finansowych.

V.1 Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Wskaźniki mające zastosowanie w monitorowaniu programu polityki zdrowotnej zostaną wybrane przez Realizatora oraz Instytucję Zarządzającą i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Mogą być to m.in.:

- liczba osób, które zgłosiły się na badania przesiewowe w ramach programu,
- liczba uczestników programu w poszczególnych etapach jego realizacji,
- liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań lekarskich,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji,

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba uczestników programu, do których skierowane były wyłącznie działania z zakresu edukacji,
- liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia.

Ocena jakości udzielonych świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie fizjoterapii lub rehabilitacji – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez Realizatora, natomiast jakość świadczeń będzie sprawdzana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go anonimowo wypełnić. Następnie kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Jest ona zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągania większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja Zarządzająca programem na podstawie informacji, danych, raportów i sprawozdań przygotowanych przez Realizatora.

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji i mogą być wybrane z poniższej puli:

- liczba osób z dolegliwościami bólowymi,
- odsetek osób, u których stwierdzono ograniczenie ruchomości w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej w regionie,
- liczba uczestników PPZ z wykrytymi zmianami chorobowymi, którzy zostali skierowani do dalszego postępowania medycznego,
- liczba urazów wśród uczestników programu,
- liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu,
- liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu,
- zmiana poziomu wiedzy nt. czynników ryzyka schorzeń kręgosłupa,
- czas oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych
- liczba osób oczekująca krócej niż 3 miesiące
- średni czas oczekiwania na wykonanie cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych
- liczba osób, które po przeprowadzonej edukacji zaprzestały palenia papierosów, zmniejszyły spożycie alkoholu, zwiększyły częstość aktywności fizycznej, zredukowały masę ciała.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania interwencji.

Powyższe analizowane będzie przez odpowiednie narzędzia - kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów. Mogą zostać wykorzystane dane pozyskane podczas oceny kwalifikacyjnej i oceny końcowej u wykonywanej u uczestników programu, z wykorzystaniem np. testów funkcjonalnych wymienionych w załączniku 7 do programu.

VI. Budżet programu

Na realizację programu *Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk* Gmina Kamieńsk przeznaczyło kwotę 200.000 zł rocznie, co daje 1.000.000 zł na cały okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną na podstawie wskaźników epidemiologicznych liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, koszty kampanii informacyjnej oraz realizacji działań edukacyjnych i badań diagnostycznych.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą podane w ofercie Realizatora wyłonionego w ramach konkursu. Poszczególne oferty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia. W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych wydatków dostępne środki będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada pięcioletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja Zarządzająca zmieni poziom finansowania lub też zmienią się koszty składowych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

Przy realizacji programu założono liczbę uczestniczących osób zamieszkujących Gminę Kamieńsk, uwzględniając dostępne zasoby finansowe.

VI.1 Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje m.in. koszt badania fizjoterapeutycznego kwalifikacyjnego wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika, koszt podsumowania zabiegów fizjoterapeutycznych i ocenę końcową stanu zdrowia uczestnika, koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, działań promocyjno-edukacyjnych oraz inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją programu).

Przyjęto uśrednione stawki za realizację poszczególnych procedur w ramach programu, na podstawie danych opublikowanych na stronach internetowych Tourmedica.pl Sp. z o.o. [38,39]

Przybliżony koszt jednostkowy interwencji w ramach programu przedstawia tabela 4.

Tabela 5. Koszt jednostkowy zabiegów fizjoterapii

rodzaj zabiegu	cena od	cena do
Kinezyterapia indywidualna	60,00 zł	120,00 zł
Ćwiczenia czynno-bierne	25,00 zł	50,00 zł
Konsultacja fizjoterapeutyczna	100,00 zł	150,00 zł
UGUL	25,00 zł	
Ciepłolecznictwo	15,00 zł	30,00 zł
Jonoforeza	15,00 zł	60,00 zł
Prądy diadynamiczne DD	15,00 zł	30,00 zł
Laseroterapia punktowa	15,00 zł	40,00 zł
Laseroterapia powierzchniowa	15,00 zł	
Światłolecznictwo	15,00 zł	30,00 zł
Ultradźwięki	40,00 zł	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Tourmedica.pl

Koszty jednostkowe uczestnictwa w programie oszacowano na poziomie (tabela 5):

Tabela 6. Koszty jednostkowe uczestnictwa w programie

RODZAJ ŚWIADCZENIA	cena
badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;	25,00 zł
cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:	
zabiegi w siedzibie Realizatora	300,00 zł
instruktaż w siedzibie Realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych	150,00 zł
instruktaż dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej	200,00 zł
podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika	10,00 zł

Źródło: opracowanie własne

VI.2 Koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe.

1. Koszty organizacyjne

Koszty roczne organizacyjne zakłada się na poziomie około 5.000 zł.

Przykładowe organizacyjne koszty roczne po stronie Realizatora:

- organizacja kampanii informacyjnej,
- koszty administracyjno-biurowe, wydruki ankiet, usługi kurierskie, transport materiałów,
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych, koszty marketingu,
- zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej dedykowanej programowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie),
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji uczestników.

2. Koszty interwencji

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora to:

- działania edukacyjne
- świadczenia fizjoterapeutyczne
 - badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;
 - cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:
 - b.1. zabiegi w siedzibie Realizatora
 - b.2. instruktaż w siedzibie Realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych
 - b.3. instruktaż dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej
 - podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej w programie.

Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru

Realizatora. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez Realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora zakłada się na poziomie około 185.000 zł.

Zakładając maksymalny koszt całkowity na uczestnika Programu pozwala to na objęcie interwencją do około 600 osób rocznie co daje 3000 osób w całym 5-letnim okresie trwania programu. Stanowi to około 50% zakładanej populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, wskazanej jako populacja docelowa programu.

Szacuje się, że nie wszyscy uczestnicy przejdą cały cykl zabiegów fizjoterapeutycznych.

Zakłada się, że pełne cykle zostaną wykonane u 75% zakładanej populacji, co dałoby liczebność około 450 osób rocznie, u których zostanie wykonane podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika. Odsetek osób nie kończących cykli zabiegów związany jest albo z czasowym pogorszeniem stanu zdrowia, albo zakończeniem rocznego kalendarzowego okresu sprawozdawczego – zakładano, że program ma charakter ciągły i będzie realizowany w latach 2020-2024.

Powyższa kwota obejmuje koszty:

- działań edukacyjnych – maksymalna kwota przeznaczona na wynagrodzenia prelegentów, a także przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań nie powinna przekroczyć 6.000 zł;
- świadczenia fizjoterapeutyczne oraz koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu i materiałów medycznych. Zakłada się je na poziomie 179.000 zł.

Tabela 7. Koszt świadczeń fizjoterapeutyczne z szacowaną liczebnością uczestników

rodzaj świadczenia	cena	ilość uczestników	koszt łączny świadczenia
a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;	25,00 zł	600	15 000,00 zł

Program profilaktyki zdrowotnej Gminy Kamieński na lata 2020-2024
Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieński

b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:			
b.1. zabiegi w siedzibie Realizatora;	300,00 zł	500	150 000,00 zł
b.2. instruktaż w siedzibie Realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;	150,00 zł	30	4 500,00 zł
b.3. instruktaż dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej.	250,00 zł	20	5 000,00 zł
c) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.	10,00 zł	450	4 500,00 zł
RAZEM			179 000,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

3. Koszty ogólne programu

- rezerwa budżetowa, zakłada się ją na poziomie do 5.000 zł;

Rezerwę będzie można wykorzystać na zwiększenie liczebności populacji objętej programem, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

- koszty monitoringu i ewaluacji – szacuje się je na około 2.500 zł rocznie,
- koszty zarządzania programem – koszty przygotowania raportów, wydruki sprawozdań nie powinny przekroczyć 2.500 zł rocznie.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny oferty przez Instytucję Zarządzającą programem. Realizator na etapie oferty na realizację programu przygotowuje szczegółowy budżet.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą 200 000 zł w roku 2020 i docelowo kwota ta będzie odnawiana corocznie przez cały okres trwania programu, co daje kwotę 1.000 000 zł przez cały 5 letni okres trwania programu.

Tabela 8. Planowany roczny budżet całkowity

RODZAJ KOSZTÓW	KWOTA
1. Koszty organizacyjne	5 000,00 zł
2. Koszty interwencji	185 000,00 zł
w tym:	
działania edukacyjne	6 000,00 zł
świadczenia fizjoterapeutyczne	179 000,00 zł

Program profilaktyki zdrowotnej Gminy Kamieńsk na lata 2020-2024
Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk

a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;	15 000,00 zł
b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:	
b.1. zabiegi w siedzibie Realizatora;	150 000,00 zł
b.2. instruktaż w siedzibie Realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;	4 500,00 zł
b.3. instruktaż dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej.	5 000,00 zł
c) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.	4 500,00 zł
3. Koszty ogólne programu	10 000,00 zł
w tym:	
rezerwa budżetowa	5 000,00 zł
koszty monitoringu i ewaluacji	2 500,00 zł
koszty zarządzania programem	2 500,00 zł
RAZEM	200 000,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

VI.3 Źródła finansowania

Niniejszy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Kamieńsk sfinansowany zostanie w całości ze środków budżetu Gminy w ramach funduszu przeznaczonego na realizację programów polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Gmina zabezpieczy uchwałą Rady kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

VII. Bibliografia

1. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. Reumatologia 2012; 50: 162–165.
2. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tłustochowicz W.: Spondyloartropatie. Reumatologia 2012; 50: 93–102.
3. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tłustochowicz W.: Reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia 2012; 50: 83–90.
4. Pratt A.G., Isaacs J.D., Matthey D.L.: Current concept in the pathogenesis of early rheumatoid arthritis. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2009; 23: 37–48.
5. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: Rheumatoid arthritis. Lancet 2010; 376: 1094–1108.
6. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: Rheumatoid arthritis. Lancet 2010; 376: 1094–1108.
7. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. Reumatologia 2012; 50: 162–165.
8. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tłustochowicz W.: Spondyloartropatie. Reumatologia 2012; 50: 93–102.
9. Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.
10. Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r
11. International Association for the Study of Pain 2010, Pozyskano z: http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactsheets/MusculoskeletalPain_Polish.pdf, dostęp z 14.11.2019.
12. Kocot-Kępska M.: Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie, Pozyskano z: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologiapatofizjologia-leczenie>, dostęp z 14.11.2019.
13. Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. Med. Pracy 2011; 62(2): 153–160.

14. EUMUSC.NET. Musculoskeletal Health in Europe, Pozyskano z: <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/30%20August%20Final%20draft%20report.pdf>, dostęp z 14.11.2019.
15. European Commission 2007. Health in the European Union. Special Eurobarometer 272. 2007, Pozyskano z: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf, dostęp z 14.11.2019.
16. Medycyna Praktyczna. Choroba zwyrodnieniowa stawów <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.13>. [dostęp: 29.10.2019]
17. Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A.: Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce. The Work Foundation, London 2011.
18. Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. Med. Pracy 2011; 62(2): 153–160.
19. Kocot-Kępska M.: Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie, <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologiapatofizjologia-leczenie> [dostęp: 28.10.2019].
20. GUS: Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. – notatka informacyjna. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2015.
21. Ogdie A., Langan S., Love T. et al.: Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. Rheumatology 2013; 52: 568–575.
22. ACR OA Guidelines. Non-pharmacological Knee and Hip, 09.2009, Pozyskano z: <http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR%20OA%20Guidelines%20Nonpharmacological%20-%20Knee%20and%20Hip.pdf>, dostęp z 14.11.2019.
23. McAlidon T.E., Babburu R.R., Sullivan M.C. et al.: OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. Osteoarth. Cartilage 2014; 22: 363–388.
24. Opinia Prezesa AOTM nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r
25. Maly M.R., Robbins S.M.: Osteoarthritis Year in Review 2014: Rehabilitation and outcomes. Osteoarth. Cartilage 2014; 22(12): 1958–1988
26. Injures and violence. The facts, World Health Organization, Geneva 2014

27. Murray C. J. i in., Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet* 2012, 380 (9859): 2197-2223
28. Ministerstwo Zdrowia: *Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski*
<http://www.mpz.mz.gov.pl/mapa-dla-polski/> [dostęp: 31.10.2019]
29. Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Med. Pracy* 2011; 62(2): 153–160
30. Vos T et al., Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1545-1602
31. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018, poz. 2190 t.j. ze zm.)
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111120654> dostęp: 26.10.2019.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 poz. 595)
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000595> dostęp: 26.10.2019.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896).
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111510896> dostęp: 26.10.2019.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 poz. 2069).
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150002069>, dostęp z 26.10.2019.

35. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019, poz. 499 t.j. ze zm.),
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20011261381>, dostęp z 26.10.2019.
36. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019, poz. 175 t.j. ze zm.)
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20101070679>, dostęp z 26.10.2019.
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 poz. 2069).
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150002069>, dostęp z 26.10.2019.
38. <https://www.tourmedica.pl/kliniki/rehabilitacja-medyczna-fizjoterapia/> dostęp z 26.10.2019.
39. <https://www.tourmedica.pl/kliniki/fizykoterapia/> dostęp z 26.10.2019.
40. Buckup K., Buckup J. Testy kliniczne w badaniu kości, stawów i mięśni. PZWL, Warszawa 2014.
41. <https://fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/testy-funkcjonalne/testy-funkcjonalne-w-fizjoterapii.html>

VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

WZÓR

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

1. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan/Pani poziom fizjoterapeutycznej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jak ocenia Pan/Pani ogólny poziom opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

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

*Bardzo dziękujemy Państwu za wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług.*

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....

(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

Data i czytelny podpis pieczętka

Administratorem danych osobowych jest Realizator – szczegółowy opis po stronie Realizatora.

.....

*Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki programu*

ZAŁĄCZNIK 3. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

WZÓR

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ

.....

(nazwa programu)

1. Sprawozdanie

- miesięczne, za okres od do
 roczne, za rok

2. Liczba przyjętych osób (badanie wstępne)

3. Liczba osób skierowanych na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych
.....

4. Liczba wykonanych instruktaży postępowania w siedzibie Realizatora
.....

5. Liczba instruktaży w ramach wizyty domowej

6. Uwagi

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

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Realizatora programu

ZAŁĄCZNIK 4. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

WZÓR

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałeś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?

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

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

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

Inne uwagi:

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

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

ZAŁĄCZNIK 5. Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego

WZÓR

.....
(nazwa programu)

Imię i nazwisko PESEL

Wywiad:

Rozpoznanie

Dolegliwości

Choroby współistniejące:

	TAK	NIE		TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze			choroba zakrzepowo - zatorowa		
rozrusznik serca			ostre stany zapalne		
choroba nowotworowa			stany podgorączkowe		
padaczka			stany depresyjne		
gruźlica			cięża		
niewydolność serca			inne		
nadczynność tarczycy					

Zła tolerancja zabiegu(ów) rehabilitacyjnego(ych)

Adnotacja fizjoterapeuty

(podpis pacjenta)

(podpis fizjoterapeuty)

ZAŁĄCZNIK 6. Formularz oceny stanu uczestnika programu

WZÓR

.....
(nazwa programu)

A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko

Rozpoznanie

Zabiegi

B. Wypełnia pacjent

Proszę określić zaznaczając „x” (początek zabiegów) lub „•” (koniec cyklu zabiegów) natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

Dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchomość											
Oślabiona siła mięśni											
Zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

(podpis pacjenta)

ZAŁĄCZNIK 7. Testy funkcjonalne możliwe do zastosowania w ocenie efektywności programu – stan zdrowia uczestników programu

za: <https://fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/testy-funkcjonalne/testy-funkcjonalne-w-fizjoterapii.html>

- a) Staw ramienny
- Zakres ruchomości stawu ramiennego
 - Szybki test do oceny złożonego ruchu w stawie (test Apleya)
 - Chwyt Codmana
 - Test „znaku dłoni” i test „znaku palca”
- b) Testy zapalenia kaletki
- Objaw zapalenia kaletki podbarkowej
 - Test Dawbarna
- c) Dyskineza łopatkowo-żebrowa
- Test łopatkowy z asystą
- d) Pierścień rotatorów
- Test zerowego odwodzenia
 - Test mięśnia nadgrzebieniowego Jobe’a
 - Test mięśnia podłopatkowego
 - Objaw utożeniowy ramienia w rotacji wewnętrznej (IRLS- Internal Rotation
 - Lag Sign)
 - Test startu Gerbera
 - Test ucisku brzucha
 - Objaw oderwania ręki od brzucha
 - Objaw Napoleona
 - Test zerowej rotacji zewnętrznej (test mięśnia podgrzebieniowego)
 - Objaw ułożeniowy ramienia w rotacji zewnętrznej (ERLS, External Rotation Lag Sign)
 - Test odwodzenia i zewnętrznej rotacji (test Patte)
 - Niespecyficzny test mięśnia nadgrzebieniowego
 - Objaw opadającego ramienia (drop-arm)
 - Objaw trębacza wg Walcha
 - Test draśnięcia Apleya (Apleys Scratch Test)
 - Bolesny tuk I
 - Test ciasnoty Neera
 - Test siły w rotacji wewnętrznej ramienia (IRRSST, Internal Rotation Resistance Strength-Test)
- e) Staw barkowo-obończykowy
- Bolesny luk II
 - Test forsownego przywodzenia zwisającej kończyny górnej
 - Test przemieszczania dalszego końca obojczyka w płaszczyźnie poziomej
 - Test skrzyżowanego przywodzenia
 - Test forsownego przywodzenia w płaszczyźnie horyzontalnej
 - (cross body action)
 - Test stawu barkowo-obończykowego po iniekcji środka przeciwbólowego
 - Test ścienny Degi
- f) Ściągno głowy długiej mięśnia dwugłowego
- Niespecyficzny test ścięgna mięśnia dwugłowego
 - Test Abotta-Saundersa
 - Test dłoni zwróconej ku górze (Palm up Test)
 - Test trzasku
 - Test Yergasona
 - Objaw Huetera
 - Test więzadła poprzecznego kości ramiennej
 - Test Ludingtona
 - Test Lippmana
 - Uszkodzenie typu SLAP (Superior Labrum Anterior Posterior)
 - Czynno-kompresyjny test O’Briena
 - Test rozciągania
 - Test obciążania mięśnia dwugłowego ramienia I
 - Test obciążania mięśnia dwugłowego ramienia II
 - Test zgięcia z oporem Habermeyera
- g) Niestabilność stawu ramiennego
- Test ucisku
- Test ciasnoty Hawkinsa i Kennedyego
 - Test ciasnoty Neera po iniekcji środka przeciwbólowego

Program profilaktyki zdrowotnej Gminy Kamieńsk na lata 2020-2024
Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk

- Przedni test obronny
 - Test obronny w pozycji leżącej
 - Test rzutu
 - Test Lefferta
 - Test szufladki przedniej i tylnej
 - Tylne test obronny (Posterior Shift and Load Test)
 - Test przedniej szufladki Gerbera-Ganza (Anterior Drawer Test)
 - Test tylnej szufladki Gerbera-Ganza (Posterior Drawer Test)
 - Test szarpnięcia
 - Test Fukudy
 - Objaw rowka, dolna szufladka
 - Test nadmiernego odwiedzenia Gageya
 - Test Rowego
- h) Staw łokciowy
- Testy funkcjonalne stawu łokciowego
- Testy orientacyjne
 - Test maksymalnego zgięcia
 - Test wymuszonego odwracania
- Testy stabilności stawu łokciowego
- Test wymuszonego szpotawienia
 - Test wymuszonego koślawienia
 - Test koślawienia w ruchu
 - Tylno-boczny test obawy (tylno-boczny pivot-shift)
- Testy świadczące o obecności zespołów bolesności przedziałów stawu łokciowego
- Test krzesła
 - Test Bowdena
 - Test Thomsona (objaw łokcia tenisisty)
 - Test Milla
 - Test wymuszonego ruchu
 - Test Cozena
 - Odwrócony test Cozena
 - Objaw łokcia gracza w golfa
 - Test prostowania przedramienia
- Objawy ucisku pni nerwowych
- Test Tinela
 - Test zginania stawu łokciowego
 - Test kompresyjny mięśnia odwracacza
- i) Nadgarstek, ręka i palec
- Ocena ruchomości ręki
- Testy funkcjonalne ręki (testy ścięgien zginaczy)
- Mięsień zginacz głęboki palców
 - Mięsień zginacz powierzchowny palców
 - Mięsień zginacz długi kciuka i mięsień prostownik długi kciuka
 - Test Muckarda
- Test Finkelsteina
 - Test Grinda
 - Test Linburga
 - Test funkcjonalny Bunnella-Littlera
 - Test Watsona (test przemieszczania kości łódeczkowatej)
 - Test balotowania łódeczkowato-półksiężycowatego
 - Test wyprostu palców (test łuski)
 - Test przemieszczenia grzbietowego kości główkowatej
 - Test reakcji (test balotowania półksiężycowato-trójkątowego)
 - Test stabilności po uszkodzeniu pobocznych więzadeł łokciowych stawu
 - śródrečno-paliczkowego kciuka
 - Test unoszenia w odwróceniu
- Zespoły uciskowe nerwów kończyny górnej
- Test mięśnia nawrotnego obłęgo
 - Zespół kanału de Guyona
 - Zespół kanału nadgarstka
 - Zespół rowka nerwu łokciowego
- Motoryczne testy funkcjonalne ręki
- Badanie chwytu szczypcowego
 - Badanie chwytu klucza
 - Badanie chwytu zgrubnego
 - Badanie chwytu dłonią
 - Badanie siły chwytu
 - Szybki test dla nerwu promieniowego
 - Test prostowania kciuka
 - Test odwracania (supinacji)
 - Objaw Hoffmanna-Tinela
 - Szybki test dla nerwu pośrodkowego
 - Test Ochsnera
 - Objaw zespołu kanału nadgarstka
 - Test Phalena
 - Objaw cyrkla (kręgu)
 - Test butelki Liithy'ego
 - Odwrócony test Phalena
 - Test nawracania
 - Objaw Fromenta
 - Szybki test nerwu łokciowego
 - Test wewnętrznych mięśni ręki
 - Test O
 - Test zginania nadgarstka
- j) Kręgosłup
- Ocena ruchomości kręgosłupa
- Test odległości końca palca od podłogi (test palce podłoga)
 - Objaw Otta
 - Test Schobera (objaw Schobera)
 - Test fałdu skóry Kiblera

- k) Testy klatki piersiowej
- Test ucisku mostka
 - Test ucisku żeber
 - Test obwodu klatki piersiowej
 - Test Schepelmanna
- l) Testy szyjnego odcinka kręgosłupa
- Badanie przesiewowe ruchów rotacyjnych szyjnego odcinka kręgosłupa
 - Test rotacji głowy przy maksymalnym wyproście
 - Test rotacji głowy przy maksymalnym zgięciu
 - Segmentarny test funkcjonalny szyjnego odcinka kręgosłupa
 - Test Soto-Halla
 - Test perkusyjny
 - Test O' Donoghue'a
 - Test Valsalvy
 - Test Spurlinga
 - Test dystrykcyjny szyjnego odcinka kręgosłupa
 - Test Elveya (testy rozciągowe kończyny górnej)
 - Test rozciągowy splotu ramiennego
 - Test przemieszczania barku w kierunku dystalnym
 - Test odwiedzenia ramienia (test Bakody)
 - Test kompresyjny Jacksona
 - Test maksymalnej kompresji otworów międzykręgowych
 - Test kompresyjny w zgięciu
 - Test kompresyjny w wyproście
 - Objaw Lhermitte'a
- m) Testy piersiowego odcinka kręgosłupa
- Objaw Adama
 - Test wypadu (osuwania)
 - Segmentarne testy funkcjonalne piersiowego odcinka kręgosłupa
 - w wyproście i zgięciu
- n) Testy lędźwiowego odcinka kręgosłupa
- Test biernego zginania goleni wbrew oporowi
 - Test opukiwania wyrostków kolczystych
 - Objaw ze strony mięśnia lędźwiowego
 - Test Laseque'a
 - Test sprężynowania I
 - Test przeprostu
 - Test stania na jednej nodze
 - Test podpieranego (podtrzymywanego) zgięcia do przodu (test obręczy)
- o) Zespoły uciskowe korzeni nerwowych
- Test zgięciowy (Slump Test)
- Objaw Lasegue'a (test SLR – Straight Leg Raise)
 - Objaw udowy Lasegue'a (odwrócony objaw Lasegue'a)
 - Objaw Bonneta (objaw mięśnia gruszkowatego)
 - Objaw Lasegue'a-Moutauda-Martina (skrzyżowany objaw Lasegue'a)
 - Objaw Bragarda
 - Różnicujący test Lasegue'a
 - Objaw Duchenne'a
 - Test Kerniga-Brudzińskiego
 - Test poruszania się na piętach lub palcach
 - Objaw Lasegue'a w pozycji siedzącej
 - Objaw Hoovera
- p) Staw krzyżowo-biodrowy
- Testy więzadłowe
 - Test sprężynowania I I
 - Test Patricka (test Fabere)
 - Trójfazowy test przeprostu
 - Test kolców
 - Objaw wyprzedzania
 - Test sprężynowania stawów krzyżowo-biodrowych
 - Test mobilizacji stawu krzyżowo-biodrowego (test potrząsania, podrzucania, podnoszenia)
 - Objaw Derbolowsky'ego
 - Test Gaenslena (drugi objaw Mennella)
 - Test uciskowy kości biodrowej
 - Pierwszy objaw Mennella
 - Test Yeomana
 - Test Laguerre'a
 - Krzyżowo-biodrowy test rozciągania
 - Test odwodzenia z obciążeniem
- r) Staw biodrowy
- Zakres ruchomości stawu biodrowego
- Testy funkcjonalne stawu biodrowego
- Test końca palca
 - Test przykurczu mięśnia prostego uda
 - Test rozciągnięcia mięśnia prostego uda (test Ely'ego)
 - Test wyprostowania stawu biodrowego
 - Chwył Thomasa
 - Test kompresyjny Noble'a
 - Test Obera
 - Objaw Drehmanna
 - Test rotacji biernej (test rolowania)
 - Test Anvila
 - Test bólu przy pchnięciu w osi uda
 - Test na mięsień gruszkowaty

Program profilaktyki zdrowotnej Gminy Kamieński na lata 2020-2024
Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieński

- Objaw Trendelenburga-Duchenne'a
 - test Patricka
 - Objaw teleskopowy
 - Test Rosera-Ortolaniego-Barlowa
 - Test Galeazzi-Ellisa
 - Test antetorsji (test Craiga)
 - Test określający różnicę długości kończyn dolnych
 - Objaw sztywności prostowników biodrowo-łędźwiowych
 - Objaw podrażnienia krętarza (test roweru)
 - Test tylnego brzegu
 - Testy dysplazji biodra wg Kalchschmidta
 - Test cieśni udowo-panewkowej
- s) Staw kolanowy
- Testy rozciągania mięśni
- Test rozciągania mięśnia czworogowego uda (test przykurczu mięśnia czworogowego uda)
 - Test rozciągania mięśnia prostego uda
 - Test rozciągania mięśni zginaczy kolana (mięśni tylnej grupy uda)
- Obrzęk stawu kolanowego
- Test szcztokowania
 - Objaw balotowania rzepki (tańcząca rzepka)
- Rzepka
- Kąt Q
 - Test przemieszczania rzepki
 - Objaw Zohlena
 - Test bólowy po ucisku powierzchni stawowych
 - Test trzeszczenia (krepitacji)
 - Test obronny Fairbanka
 - Test McConnella
 - Test hamowania podwichnięcia
 - Test nachylania
 - Test Dreyera
 - Test fałdu przyśrodkowego rzepki
 - Test fałdu Hughstona
- Łąkotka
- Test dystrykcyjno-kompresyjny Apleya (Grinding Test)
 - Test Thessaly'ego
 - Test McMurraya (objaw Fouche)
 - Test Bragarda
 - Objaw Payra
 - Test Payra
 - Objaw Steinmanna I
 - Objaw Steinmanna II
 - Test Bóhlera-Krómera
 - Test Merke'a
- Test Cabota
 - Objaw Finoschietto (signo delsalto)
 - Objaw Childressa
 - Objaw Turnera
 - Przyśrodkowy i boczny test kompresyjny Andersona
 - Test rotacyjno-kompresyjny Passlera
 - Objaw Czaklina
 - Test Wilsona
- Testy stabilności
- Test odwodzenia-przywodzenia (test koślawienia-szpotawienia)
 - Testy funkcjonalne do oceny przedniego więzadła krzyżowego
 - Test Lachmanna (szufladka w pobliżu wyprostu)/test Noulisa
 - Test Lachmanna w pozycji leżenia przodem
 - Test Lachmanna po stabilizacji
 - Test Lachmanna bez dotykania (no touch)
 - Czynny test Lachmanna
 - Test przedniej szufladki w zgięciu stawu kolanowego do 90°
 - Test maksymalnej szufladki Jakoba
 - Test pivot-shift (test Galwaya)
 - Stopniowany test pivot-shift Jakoba
 - Zmodyfikowany test pivot-shift
 - Test przyśrodkowego przesunięcia (Medial Shift Test)
 - Łagodny test pivot-shift (Soft Pivot-shift Test)
 - Test Martensa
 - Test Loseego
 - Test Slocuma
 - Test cross over Arnolda (Cross over Test)
 - Test Noyesa
 - Test ustępowania (giving way) Jakoba
 - Test Lemaire
 - Test szarpnięcia Hughstona
- Testy funkcjonalne do oceny tylnego więzadła krzyżowego
- Test tylnej szuflady w zgięciu stawu kolanowego do 90° – tylny test Lachmanna
 - Odwrócony test pivot-shift Jakoba
 - Test skurczu mięśnia czworogowego
 - Test tylnego opadania
 - Łagodny tylnoboczny test szuflady
 - Test opadania pod wpływem grawitacji (Gravity Sign Recurvatum Test)

Program profilaktyki zdrowotnej Gminy Kamieński na lata 2020-2024
Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieński

- Test zewnętrznej rotacji i przeprostu Hughstona
 - Test G odfrey'a
 - Dynamiczny tylny test przemieszczenia
 - Test rotacyjny niestabilności przednio-tylnej Loomera
- u) Pasma biodrowo-piszczelowe
- Test kompresyjny Noble'a
- w) Staw skokowy i stopa
- Ocena ruchomości stawu skokowego – stopy
- Testy funkcjonalne stawu skokowego
- Test Grifki
 - Test Strunsky'ego
 - Test przesuwania paluc
 - Test „chrupania”
 - Chwył Gansslena
 - Test opukiwania őródstopia
 - Test uciskowy Thompsona
 - Objaw Hoffy
 - Test opukiwania őręgna piętowego (Achillesa)
 - Test Colemana
 - Test giętkości (elastyczności) stopy
 - Test korekcji przywiedzenia przodostopia
- Więzadła poboczne i więzozrosty
- Test stabilności skokowej 1 (test przywiedzenia/szpotaawienia)
 - Test stabilności skokowej 2 (test odwiedzenia/koślawienia)
 - Test szufladki przedniej i tylnej
 - Test rotacji zewnętrznej (test Kleigera)
 - Test wyciskania
 - Test zgięcia grzbietowego
 - Test uciskania pięty
- Zespoły cieśni stawu skokowego górnego (skokowo-goleniowego)
- Test na przedni zespół cieśni stawu skokowo-goleniowego (test przeprostu)
 - Test na tylny zespół cieśni stawu skokowo-goleniowego (test maksymalnego zgięcia)
- z) Uszkodzenia nerwów
- Test rozciągania na nerw międzypalcowy
 - Test trzasku Muldera (test Mortona)
 - Objaw Tinela
- aa) Złamania
- Test kompresji pięty
- ab) Zaburzenia postawy
- Test Krausa-Webera
 - Testy zdolności do utrzymania postawy Matthiasa
- Ac) Zakrzepica żylna
- Test Lowenberga
- Test Trendelenburga
 - Test Perthesa
 - Test Homansa
- Ad) Zaburzenia przepływu krwi w naczyniach tętnicznych – zespoły cieśni
- Test Allena (test zamknięcia pięści)
 - Test tętnicy kręgowej według George'a (test D e-K lyna)
 - Test Ratschowa-Boergera
 - Zespół górnego otworu klatki piersiowej
 - Test ężebrowo-objczykowy (chwył Geisela)
 - Test forsownego odwiedzenia
 - Test chromania przestankowego
 - Manewr Allena
 - Chwył Allena
 - Test Wrighta
 - Test Adsona
- Af) Zaburzenia nerwowe őródkowe
- Test utrzymywania kończyn górných
 - Test utrzymywania kończyn dolnych