

Załącznik
do uchwały nr 1167/19 Zarządu
Województwa Zachodniopomorskiego
z dnia 3 lipca 2019 r.



REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Rehabilitacja medyczna po przebytych udarach mózgowym na lata 2020-2022

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. 2018 r. poz. 1510 ze zm.).

Szczecin, lipiec 2019 r.

Spis treści

I.	Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu.....	3
I.1.	Opis problemu zdrowotnego	3
I.2.	Dane epidemiologiczne	8
I.3.	Opis obecnego postępowania.....	10
II.	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności.....	13
II.1.	Cel główny	13
II.2.	Cele szczegółowe	13
II.3.	Mierniki efektywności realizacji programu	13
III.	Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji.....	15
III.1.	Populacja docelowa.....	15
III.2.	Kryteria kwalifikacji do programu oraz wyłączenia z programu	16
III.3.	Planowane interwencje	17
III.4.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu	25
III.5.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	26
IV.	Organizacja programu polityki zdrowotnej	27
IV.1.	Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	27
IV.2.	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	29
V.	Monitorowanie i ewaluacja.....	30
V.1.	Monitorowanie.....	30
VI.	Budżet programu	33
VI.1.	Koszty całkowite	33
VI.2.	Koszty jednostkowe	33
VI.3.	Źródła finansowania	36
VII.	Bibliografia	37
	Ankieta satysfakcji	39

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu

I.1. Opis problemu zdrowotnego

W Polsce udary mózgu stanowią od wielu lat główną przyczynę zachorowań oraz zgonów. W ostatnich dekadach spada liczba zachorowań kończących się zgonem w młodym wieku. Głównymi powodami takiej sytuacji prawdopodobnie może być m.in. zmiana nawyków na prozdrowotne mieszkańców Polski przejawiająca się w zmianie nawyków żywieniowych czy wzroście aktywności fizycznej. Kolejnym czynnikiem jest m.in.: znaczne polepszenie dostępu do wysokiej jakości usług medycznych w zakresie chorób układu krążenia. Nadal jednak wyniki osiągnięte w polskim systemie ochrony zdrowia stawiają Polskę znacznie za pozostałymi krajami UE. Wzrost występowania udarów mózgu jest też silnie skorelowany z wydłużaniem się długości życia i wzrostem odsetka osób po 65. roku życia. Udary mózgu stanowią drugą przyczynę zgonów na świecie oraz pierwszą przyczynę niepełnosprawności wśród populacji osób dorosłych w większości krajów na świecie. Następstwem postępującej niepełnosprawności jest m.in. utrata zdolności do wykonywania pracy zawodowej, co skutkuje wykluczeniem z aktywności zawodowej oraz społecznej. Udary mózgu skutkują poważnymi następstwami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi, nie tylko w skali jednostki, ale również społeczeństwa. Mają istotny wpływ na pogorszenie jakości życia chorego. Kluczową rolę w terapii udarów mózgu pełni rehabilitacja, o której skuteczności decyduje czas jej rozpoczęcia, a także: kompleksowość, intensywność i ciągłość zajęć terapeutycznych oraz wielodyscyplinarność świadczeń¹. Nie może ona stanowić osobnej formy lub etapu terapii. Rehabilitacja musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej². Profilaktyka oraz wczesne wykrycie udarów mózgu umożliwia szybkie wdrożenie właściwej terapii, co pozwala na osiągnięcie zadowalających celów terapeutycznych.

Proponowany program polityki zdrowotnej dotyczy rehabilitacji medycznej osób po przebytych udarach mózgowym. Wpisuje się zatem w priorytet zdrowotny, jakim jest: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469)

Definicja

A Stroke Association (AHA/ASA, 2013) definiują udar mózgu jako nagłe, ogniskowe, naczyniopochodne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (mózgu, siatkówki lub rdzenia kręgowego), którego warunkiem rozpoznania jest potwierdzenie obecności ogniska udarowego w badaniach neuroobrazowych lub utrzymywanie się

¹ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.*

² *Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.*

i objawów ogniskowych ponad 24 godziny przy wykluczeniu innych przyczyn zaburzeń neurologicznych. Zgodnie z tą definicją rozpoznanie udaru obejmuje również pacjentów z uwidocznionymi w badaniach obrazowych ogniskami zawałowymi, u których objawy kliniczne ustąpiły w czasie krótszym niż 24 godziny³. Udar mózgu to nagły stan bezpośrednio zagrażający życiu, wymagający bezwzględnej hospitalizacji⁴.

Udary mózgu ujęto w klasyfikacji ICD-10 w grupie chorób naczyń mózgowych (I60-I69):

- I60 Krwotok podpajęczynówkowy,
- I61 Krwotok mózgowy,
- I62 Inne nieurazowe krwotoki mózgowy,
- I63 Zawał mózgu,
- I64 Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy

Udary niedokrwienne (zawały mózgu) stanowią 85%⁵ wszystkich udarów, natomiast udary krwotoczne - 15%⁶ (w tym krwotoki śródmózgowe – 10%, a krwawienie podpajęczynówkowe – 5%)^{7, 8}. Zatem istotą udaru mózgu jest ostra niewydolność krążenia mózgowego o różnej etiologii, która powoduje zmniejszoną perfuzję mózgowia w przebiegu niedokrwienia lub krwotoku⁹.

Udar mózgu powstaje na skutek nagłego zaburzenia dopływu krwi do mózgu. Sytuacja taka ma miejsce, jeżeli duża tętnica doprowadzająca krew do mózgu lub mała tętniczka wewnątrzmożgowa ulegnie zamknięciu, znacznemu zwężeniu lub pęknięciu i nie dostarcza krwi z tlenem oraz substancjami odżywczymi do określonego obszaru mózgu. Konsekwencją zamknięcia lub dużego zwężenia tętniczki jest udar niedokrwienny, inaczej nazywany zawałem mózgu (podobny proces ma miejsce przy zawale serca, kiedy zamknięciu ulegają tętnice wieńcowe serca). Natomiast udar krwotoczny mózgu (potocznie nazywany „wylewem”) ma miejsce, kiedy tętniczka pęknie i krew rozleje się w pewnym obszarze mózgu^{10, 11}.

³ Sacco R.L., Kasner S.E., Broderick J.P. et al.: An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association, „Stroke” 2013; 44: 2064–2089.

⁴ Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M., Udar mózgu – pierwsze objawy, „Choroby Serca i Naczyń” 2005;2 (2): 84–87.

⁵ W zależności od źródeł podaje się zwykle przedział między 80 a 90%.

⁶ W zależności od źródeł podaje się zwykle przedział między 10 a 20%.

⁷ Krwotoki śródmózgowe oraz krwawienie podpajęczynówkowe to stany nagłe, przebiegające z ostrą niewydolnością krążenia mózgowego, których WHO nie zalicza do udarów mózgu. Krwotok podpajęczynówkowy oznacza wynaczynienie krwi do przestrzeni podpajęczynówkowej najczęściej związane z pęknięciem tętniaka. Zachorowaniu towarzyszą nagły, ostry ból głowy z nudnościami i wymiotami, rzadziej – napad drgawkowy lub utrata przytomności.

⁸ Bogucki M., Gierczyński J., Gryglewicz J., et al., Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2013.

⁹ Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M., Udar mózgu – pierwsze objawy, „Choroby Serca i Naczyń” 2005;2 (2): 84–87.

¹⁰ Kuczyńska-Zardzewiały A., Członkowska A., Co należy wiedzieć o udarze mózgu. Poradnik dla pacjentów, ich rodzin i wszystkich zainteresowanych, <https://szpital.slupsk.pl/wpcontent/uploads/2015/05/Co-nale%C5%BCy-wiedzie%C4%87-o-udarze-m%C3%B3zgu.pdf>.

¹¹ Bogucki M., Gierczyński J., Gryglewicz J., et al., Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2013.

Nawet małe ognisko niedokrwienne zlokalizowane np. w torebce wewnętrznej może objawiać się całkowitym paraliżem połowy ciała i utratą w niej czucia¹².

Udar pnia mózgu jest najcięższą postacią udaru mózgu, ponieważ w tej części mózgu znajdują się ośrodki odpowiedzialne za regulację ciśnienia krwi, pracę serca oraz oddychanie, a także przebiegają wszystkie drogi łączące mózg z rdzeniem. Zatem jego uszkodzenie może spowodować: niedowład czterech kończyn, zaburzenia świadomości (nawet śpiączkę), zaburzenia oddychania oraz krążenia krwi, co stanowi zagrożenie życia pacjenta¹³.

Czynniki ryzyka

Wśród czynników wpływających na zapadalność na udar mózgu wyróżnia się te, które nie podlegają modyfikacji oraz takie, które poddają się działaniom prewencyjnym (w tym czynniki ryzyka związane ze stylem życia).

Czynników ryzyka udaru, które nie podlegają modyfikacji jest znacznie mniej niż tych, na które można działać prewencyjnie. Zaliczają się do nich czynniki takie jak: płeć męska, starszy wiek, predyspozycje genetyczne, rasa czarna i Latynosi, przebyty udar mózgu^{14, 15}.

Modyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu to te, na które można wpływać działaniami medycznymi oraz pozamedycznymi, w tym przede wszystkim zmianą stylu życia. Do grupy najbardziej istotnych czynników ryzyka udaru mózgu poddających się leczeniu farmakologicznemu zalicza się: nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia. Do najważniejszych czynników ryzyka udaru, które można modyfikować poprzez zmianę stylu życia należą: palenie tytoniu oraz masa ciała¹⁶.

Rozpoznanie

Objawami udaru niedokrwienego mózgu (zawału mózgu) mogą być: asymetria twarzy (obniżenie kącika ust, opadanie powieki, uczucie „drętwienia” w obrębie twarzy), zaburzenia mowy (niewyraźna lub bełkotliwa mowa, problemy z rozumieniem mowy, problemy ze znalezieniem odpowiedniego słowa), zawroty głowy i zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia, zaburzenia siły mięśniowej oraz czucia kończyn lub tułowia, zaburzenia świadomości.

¹² Kuczyńska-Zardzewiały A., Członkowska A., Co należy wiedzieć o udarze mózgu. Poradnik dla pacjentów, ich rodzin i wszystkich zainteresowanych, <https://szpital.slupsk.pl/wpcontent/uploads/2015/05/Co-nale%20C5%BCy-wiedzie%20C4%87-o-udarze-m%20C3%B3zgu.pdf>.

¹³ Kuczyńska-Zardzewiały A., Członkowska A., Co należy wiedzieć o udarze mózgu. Poradnik dla pacjentów, ich rodzin i wszystkich zainteresowanych, <https://szpital.slupsk.pl/wpcontent/uploads/2015/05/Co-nale%20C5%BCy-wiedzie%20C4%87-o-udarze-m%20C3%B3zgu.pdf>.

¹⁴ Hajat C., Tilling K., Stewart J.A. et al., Ethnic differences in risk factors for ischemic stroke: a European case-control study, „Stroke” 2004; 35 (7): 1562–7.

¹⁵ Gromadzka G., Czynniki genetyczne a udar mózgu, „Neurologica et Neurogeriatria” 2002; 4–5.

¹⁶ Strepikowska A., Buciuński A., Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka, „Postępy farmakoterapii” 2009; 65 (1): 46–50.

Objawy krwotoku śródmózgowego są podobne do stwierdzanych w przypadku udaru niedokrwiennego mózgu. Jedynym badaniem pozwalającym w sposób pewny rozróżnić te dwie choroby jest tomografia komputerowa głowy bez kontrastu (badanie przeglądowe). W badaniu tym wykonanym nawet w ciągu pierwszych kilku minut od zachorowania można uwidocznić świeżą krew w miąższu mózgu. Jeśli u pacjenta podejrzewa się współistnienie malformacji naczyniowej odpowiedzialnej za krwawienie, konieczne okazuje się wykonanie badania naczyniowego. W pierwszej kolejności jest to zwykle angiotomografia komputerowa z dożylnym podaniem środka kontrastowego, a w przypadku jej negatywnego wyniku – angiografia (wykonywana z dostępu przez tętnicę udową). Z badań laboratoryjnych najistotniejsze jest jak najszybsze oznaczenie parametrów krzepnięcia (INR, APTT). Ich wydłużenie związane najczęściej z przewlekłym stosowaniem leków przeciwkrzepliwych wymaga pilnej korekcji. Konieczne jest również oznaczenie grupy krwi, badanie morfologii krwi obwodowej z oceną liczby płytek krwi, oznaczenie glukozy, elektrolitów, kreatyniny i mocznika. U pacjentów z podejrzeniem krwotoku podpajęczynówkowego w przypadku negatywnego wyniku badania TK głowy (brak krwi w przestrzeni podpajęczynówkowej) konieczne jest wykonanie nakłucia lędźwiowego i pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego na badania. Z uwagi na częste współistnienie choroby niedokrwienną i zaburzeń rytmu serca u pacjentów z krwawieniem śródczaszkowym konieczne jest wykonanie EKG i oznaczenie troponiny (marker niedokrwienia mięśnia sercowego)¹⁷.

Leczenie

Kluczowe elementy leczenia udarów mózgu obejmują intensywne obniżanie ciśnienia tętniczego w przypadku jego podniesionych wartości, identyfikację i niezwłoczne leczenie współistniejących zaburzeń krzepnięcia (także wywołanych stosowaniem leków przeciwkrzepliwych) oraz wykluczenie wtórnych przyczyn krwotoku, takich jak malformacje naczyniowe (np. tętniak) lub guzy. Należy również rozważyć wskazania do leczenia neurochirurgicznego¹⁸. W przypadku zawału mózgu, oprócz podawania leków, chory powinien rozpocząć, możliwie najwcześniej rehabilitację: ćwiczenia ruchowe, ćwiczenia funkcji mowy, sprawności myślenia.

Rokowanie

Udar niedokrwienny mózgu (zawał mózgu) skutkuje niepełnosprawnością pacjenta. Następstwem udaru mózgu mogą też być zaburzenia mowy, świadomości, depresja. Chory po udarze wymaga pomocy przy czynnościach higienicznych, chodzeniu i przy jedzeniu.

¹⁷ Terapia w chorobach układu nerwowego (red. W Kozubski), Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016, rozdział 2: Wnuk M., Słowik A., Choroby naczyniowe układu nerwowego.

¹⁸ Terapia w chorobach układu nerwowego (red. W Kozubski), Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016, rozdział 2: Wnuk M., Słowik A., Choroby naczyniowe układu nerwowego.

Krwotok śródmózgowy charakteryzuje się bardzo złym rokowaniem – 30–50% pacjentów umiera w ciągu pierwszego miesiąca, z czego do połowy zgonów dochodzi w ciągu pierwszych 2 dni po zachorowaniu. Szacuje się, że jedynie 20% chorych, którzy przeżyli krwotok, jest w stanie samodzielnie funkcjonować po 6 miesiącach.

Najgorsze rokowanie wiąże się z rozpoznaniem krwotoku podpajęczynówkowego. Śmiertelność w tej chorobie szacowana jest na 40–50%, przy czym do większości zgonów dochodzi w ciągu pierwszych 24 godzin od zachorowania (szacowana śmiertelność przedszpitalna 12–15%, wczesna śmiertelność szpitalna 20%). Spośród chorych, którzy przeżyli krwotok podpajęczynówkowy 8–20% jest zależnych od otoczenia i wymaga opieki. Zaburzenia funkcji poznawczych stwierdza się nawet u 20% pacjentów w ciągu roku od zachorowania¹⁹.

Uzasadnienie wprowadzenia programu

W krajach wysoko rozwiniętych udar mózgu stanowi trzecią co do częstości przyczynę niepełnosprawności osób dorosłych²⁰. Według WHO każdego roku na udar mózgu zapada 15 mln osób, z czego 5,5 mln umiera. Do najważniejszych następstw udaru mózgu zalicza się niepełnosprawność, depresję, otępienie naczyniopochodne i padaczkę²¹.

W celu poprawy jakości życia oraz zmniejszenia ryzyka ponownego udaru konieczne jest zapewnienie pacjentom odpowiedniej profilaktyki wtórnej oraz dostępu do rehabilitacji neurologicznej²².

Zgodnie z badaniem EHIS (ang. *European Health Interview Survey*) prawie jedna czwarta mieszkańców Polski potrzebujących opieki medycznej doświadczyła opóźnień w dostępie do niej spowodowanych zbyt długim okresem oczekiwania na wizytę. Problem ten dotyczy zwłaszcza osób dorosłych oraz przewlekle chorych²³.

Wytyczne kliniczne wskazują, że u pacjentów po przebytych udarach konieczne jest zastosowanie kompleksowej i interdyscyplinarnej rehabilitacji, mającej na celu zmniejszenie niepełnosprawności oraz poprawę jakości życia chorych²⁴.

¹⁹ Terapia w chorobach układu nerwowego (red. W Kozubski), Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016, rozdział 2: Wnuk M., Słowik A., Choroby naczyniowe układu nerwowego.

²⁰ Asadi H., Dowling R., Yan B. i in., *Advances in endovascular treatment of acute ischaemic stroke*, Intern Med J 2015, 45 (8): 798-805

²¹ Kaczorowski R., Murjas B., Bartosik-Psujek H., *Rozwój i nowe perspektywy leczenia udaru mózgu w Polsce*, Medical Review 2015, 13 (4): 376-386

²² Billinger S.A., Arena R., Bernhardt J. i in. *Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors*, Stroke 2014; 45 (8): 2532-2553

²³ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Warszawa 2015

²⁴ National Institute for Health and Care Excellence, *Guidance and guidelines (CG162). Stroke rehabilitation in adults*, NICE 2013

Proponowany program polityki zdrowotnej dotyczy rehabilitacji medycznej osób po przebytych udarach mózgowym. Wpisuje się zatem w priorytety zdrowotne: „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu” i „rehabilitacja” uwzględnione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018, poz. 469).

Według badania przeprowadzonego w 2006 r. w Polsce tylko 10% oddziałów rehabilitacyjnych prowadzi kompleksową rehabilitację poudarową, a jest to jedynie 20,8% liczby łóżek potrzebnych w oddziałach rehabilitacji dla pacjentów po udarze. Zwiększenie liczby miejsc rehabilitacyjnych wpłynęłoby znacząco na zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych wśród pacjentów po przebytych udarach mózgu²⁵.

Niedostateczne zapewnienie środków publicznych przeznaczonych na monitorowanie leczenia i rehabilitacji chorych w ramach profilaktyki wtórnej oraz brak odpowiednich mechanizmów opieki nad pacjentami ambulatoryjnymi stanowi istotne zagrożenie dla utrzymania stanu zdrowia i zmniejszenia ryzyka wystąpienia ponownego incydentu sercowo-naczyniowego. W związku z tym konieczne jest wprowadzanie dodatkowych programów zdrowotnych mających na celu poprawę jakości życia osób po przebytych udarach mózgu. Realizacja niniejszego programu w województwie zachodniopomorskim ma za zadanie zwiększenie efektywności leczenia pacjentów po udarach, w szczególności osób w wieku aktywności zawodowej. Obecnie w tym regionie nie jest realizowany żaden dodatkowy program dotyczący tej tematyki.

I.2. Dane epidemiologiczne

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w 2015 r. udar mózgu stanowił drugą najczęstszą przyczynę zgonów na świecie²⁶.

W Unii Europejskiej (UE) w 2013 r. z powodu chorób naczyń mózgowych (I60–I69) zmarło około 433 tys. osób (8,7% zgonów w UE). Najwyższy odsetek odnotowano w Bułgarii (19,7%), najniższy we Francji (5,7%), zaś dla Polski odsetek zgonów wyniósł 8,5% i był zbliżony do średniej UE²⁷.

Zgodnie z badaniem epidemiologicznym w Polsce (Pol-MONICA), w latach 1984–1987 współczynnik zapadalności na udar mózgu wyniósł 171/100 tys. wśród mężczyzn oraz 85–90/100 tys. wśród kobiet (w 1991–1994 171/100 tys. wśród

²⁵ Członkowska A. i in., Ocena potrzeb w dziedzinie wczesnej rehabilitacji poudarowej w Polsce, *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2006, 40, 6: 471-477

²⁶ The top 10 causes of death Fact sheet Updated January 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> [dostęp: 31.10.2017]

²⁷ Eurostat, Causes of death in 2013, Pressrelease, 91/2016 – 4 May 2016 <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7247552/3-04052016-BP-EN.pdf/fd9d9755-e9d0-4389-a0e8-8fa879efa375> [dostęp: 31.10.2017]

mężczyzn oraz 93/100 tys. wśród kobiet)^{28/29}. Badania prospektywne przeprowadzone w latach 1991–1992 w ramach Warszawskiego Rejestru Udarów wykazały, iż częstość występowania udarów w Polsce wynosi 177/100 tys. wśród mężczyzn oraz 125/100 tys. wśród kobiet³⁰.

Według danych Map potrzeb zdrowotnych³¹ w województwie zachodniopomorskim w 2016 r. zarejestrowano 2,99 tys. hospitalizacji (2,92 tys. pacjentów) z powodu udaru niedokrwiennego mózgu (ICD-10: I63-I64), co stanowiło 49,46% wszystkich hospitalizowanych z powodu chorób neurologicznych. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców liczba hospitalizacji wyniosła 174,8. Poza oddziałem neurologicznym odbyło się 13,1% hospitalizacji z powodu udaru niedokrwiennego (głównie na oddziale chorób wewnętrznych).

Śmiertelność pohospitalizacyjna dla pacjentów z powodu udaru niedokrwiennego mózgu, standaryzowana wiekiem, płcią i współczynnikiem wielochorobowości wyniosła 21,9% w czasie do 90 dni po przyjęciu do szpitala.

W tym samym roku odnotowano w regionie 0,41 tys. hospitalizacji w wyniku krwotoku śródczaszkowego śródmózgowego (ICD-10: I61-I62). W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 24,06 hospitalizowanych. Standaryzowana wiekiem, płcią i współczynnikiem wielochorobowości śmiertelność do 90 dni po przyjęciu z powodu krwotoku śródczaszkowego, śródmózgowego wyniosła 43,6%,

Z powodu przemijającego niedokrwienia mózgu TIA (ICD-10: G45-G46) zarejestrowano w województwie zachodniopomorskim 1,19 tys. hospitalizacji, tj. 69,78 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców.

W latach 2020-2029 prognozuje się wzrost zapadalności rejestrowanej dla udaru niedokrwiennego, krwotoku śródczaszkowego i TIA w Polsce, a także w województwie zachodniopomorskim³².

W 2016 r. w województwie zachodniopomorskim udzielono świadczeń 4 487 pacjentom w ramach następujących Jednorodnych Grup Pacjentów: A46 przemijające niedokrwienie mózgu, A47 przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka, A48 kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym, A49 udar mózgu - leczenie > 3 dni, A50 udar mózgu - leczenie, A51 udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym. W latach 2009-2016 wzrosła liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach JGP: A47, A48 i A51 (ryc. 1).

²⁸ Asplund K, Bonita R, Kuulasmaa K. Multinational comparisons of stroke epidemiology. Evaluation of case ascertainment in the WHO MONICA Stroke Study. *World Health Organization Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease*, „Stroke“ 1995 Mar;26(3):3

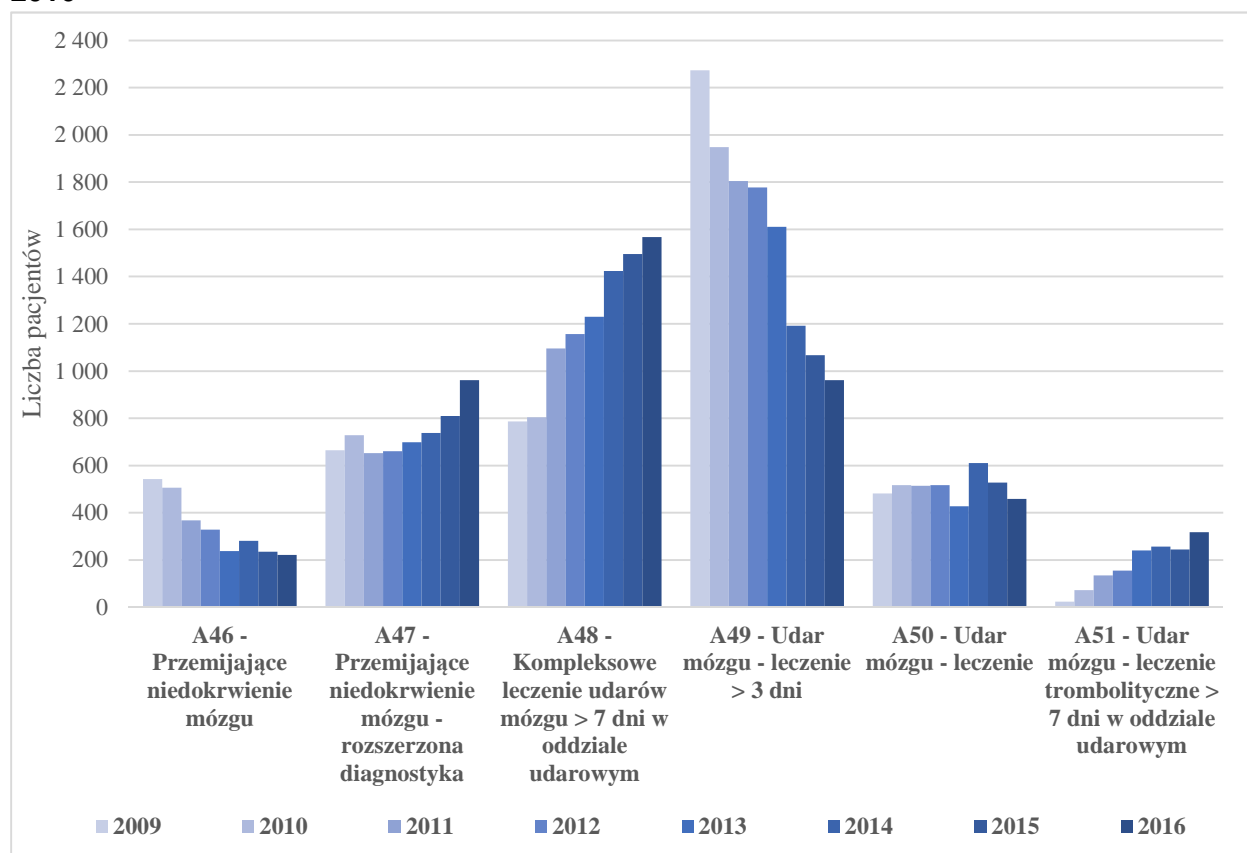
²⁹ Sarti C, Stegmayr B, Tolonen H. et al. Are changes in mortality from stroke caused by changes in stroke event rates or case fatality? Results from the WHO MONICA Project, „Stroke“ 2003 Aug;34(8):1833-40

³⁰ Członkowska A, Ryglewicz D, Epidemiology of cerebral stroke in Poland, „Neurol Neurochir Pol“ 1999;32 Suppl 6:99-103

³¹ Ministerstwo Zdrowia: *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa zachodniopomorskiego*, 2018 r.

³² Ministerstwo Zdrowia: *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa zachodniopomorskiego*, aktualizacja 2017 r.

Rycina 1. Liczba pacjentów w województwie zachodniopomorskim, którym udzielono świadczeń w ramach poszczególnych Jednorodnych Grup Pacjentów w latach 2009-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ³³

W podmiotach leczniczych na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2017 r. pracowało 69 lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii, 38 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 1 009 fizjoterapeutów, 87 masażyistów, 838 lekarzy POZ i 707 pielęgniarek środowiskowych rodzinnych, 140 psychologów i 44 logopedów³⁴.

I.3. Opis obecnego postępowania

W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych pacjenci po przebytych udarach mózgowym mogą korzystać z poradnictwa specjalistycznego (poradnie neurologiczne), hospitalizacji na oddziałach neurologicznych oraz poradnictwa ambulatoryjnego i hospitalizacji w zakresie rehabilitacji neurologicznej – jednego świadczenia dedykowanego pacjentom po udarach.

³³ Narodowy Fundusz Zdrowia, Statystyka JGP, <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Start.aspx> [dostęp: 09.12.2017]

³⁴ Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2017 r., Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2018 r. [http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/2524/\(20190225.155125\).informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_województwa_zachodniopomorskiego_za_2017_rok.pdf](http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/2524/(20190225.155125).informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_województwa_zachodniopomorskiego_za_2017_rok.pdf)

Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla wszystkich pacjentów, bez względu na wiek ze schorzeniami neurologicznymi, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego³⁵.

Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń:

- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi - 2 kategorie,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu - 2 kategorie,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi - 2 kategorie,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe - 2 kategorie,
- rehabilitacja neurologiczna przewlekła,
- rehabilitacja neurologiczna dziecięca - 3 kategorie.

Pod pojęciem „rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I” rozumie się stan pacjenta bardzo ciężki i ciężki. Rehabilitacja trwa do 16 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących lub do 12 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przyjęcie pacjenta może nastąpić:

- bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku wystąpienia chorób współistniejących,
- bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku braku chorób współistniejących.

Pod pojęciem „rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II” rozumie się stan pacjenta umiarkowany i lekki. Rehabilitacja trwa do 9 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących lub do 6 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyjęcie pacjenta następuje bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu

³⁵ Narodowy Fundusz Zdrowia, Dostęp: <http://www.nfz-krakow.pl/dla-pacjenta/swiadczenia-medyczne/rehabilitacja/> (1.11.2017)

pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) udzielane są świadczenia w poradni neurologicznej, która przyjmuje wszystkich pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi. Brakuje w katalogu świadczeń AOS oraz w katalogu kompleksowej ambulatoryjnej opieki ambulatoryjnej (KAOS) świadczeń, które były adresowane szczególnie dla pacjentów po udarach w zakresie edukacji, wsparcia dietetycznego czy psychologicznego.

Należy podkreślić, że świadczenia w zakresie długotrwałej edukacji oraz monitorowania pacjentów z udarami nie są finansowane ze środków publicznych. Dostęp pacjentów po udarach do specjalistycznej opieki rehabilitacyjnej oraz opieki długoterminowej jest znacznie ograniczony, a obecnie istniejący system jest w dużej mierze niewydolny w stosunku do liczby pacjentów objętych poradnictwem. Powoduje to nieefektywność podejmowanego na etapie szpitalnym leczenia, które następnie nie jest kontynuowane we właściwy sposób na etapie rehabilitacji, a także długotrwałej opieki specjalistycznej. Jednak w licznych publikacjach porównujących efekty długo i krótkoterminowej rehabilitacji wykazano, że pacjenci odpowiednio zmotywowani oraz przeszkoleni mogą także w domu wykonywać ćwiczenia, których efekty są porównywalne z systematyczną rehabilitacją. W związku z tym z punktu widzenia zarówno ekonomii procesu, jak i dostępności świadczeń sensownym wydaje się włączenie elementów instruktażu z zakresu ćwiczeń rehabilitacyjnych dla każdego pacjenta po udarze na etapie szpitalnym i ambulatoryjnym.

W ofercie płatnika publicznego brak jest odpowiednio dostosowanych długofalowych działań edukacyjnych skierowanych do pacjentów przewlekle chorych (w tym pacjentów po udarze mózgowym). Niestety świadczenia realizowane w ramach POZ oraz AOS nie spełniają w tym zakresie swojej roli z powodu dużej liczby pacjentów, zróżnicowania stopnia funkcjonalności pacjentów i możliwości rodzinnych.

Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla świadczeniobiorców ze wszystkich grup wiekowych ze schorzeniami neurologicznymi, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego.

Rehabilitacja neurologiczna zawiera aspekty znacznie szersze niż rehabilitacja poudarowa. Można estymować, że ok. 60 proc. całości rehabilitacji neurologicznej związane jest z rehabilitacją poudarową.

Na podstawie danych pozyskanych z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (NFZ)³⁶ w województwie zachodniopomorskim funkcjonowało 6 oddziałów rehabilitacji neurologicznej dla

³⁶ [<http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/> data dostępu: 15.12.2017 r.]

dorosłych. Liczba osób oczekujących w zależności od oddziału wahała się o 0 do 538. Czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosił od 0 do ponad roku (w skrajnym przypadku pierwszy wolny termin dostępny był na 2023-08-24).

Zabiegi fizjoterapii ambulatoryjnej udzielane są w 90 lokalizacjach na terenie województwa. (źródło: <http://www.nfz-szczecin.pl/>)

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności

II.1. Cel główny

Poprawa jakości życia co najmniej 10% osób po przebytych udarach mózgu, uczestniczących w rehabilitacji medycznej i edukacji zdrowotnej w okresie realizacji programu w latach 2020-2022.

II.2. Cele szczegółowe

- 1) Poprawa sprawności fizycznej u 10% osób po przebytych udarach mózgu, uczestniczących w rehabilitacji leczniczej w latach 2020-2022.
- 2) Wzrost wiedzy na temat profilaktyki i zahamowania postępu choroby oraz ograniczenia powikłań wśród co najmniej 50% osób z przebytych udarem mózgu uczestniczących w edukacji zdrowotnej w ramach programu w latach 2020-2022.
- 3) Wzrost wiedzy i umiejętności na temat opieki nad osobą po udarze mózgu u co najmniej 50% osób bliskich/opiekunów uczestniczących w zajęciach edukacyjnych w ramach programu w latach 2020-2022.
- 4) Wzrost o 30% osób po przebytych udarach mózgu wykonujących samodzielnie ćwiczenia usprawniające w warunkach domowych w wyniku udziału w programie w latach 2020-2022.
- 5) Wzrost wiedzy u co najmniej 60% personelu medycznego uczestniczącego w latach 2020-2022 w szkoleniach na temat profilaktyki, rehabilitacji i monitorowania stanu zdrowia pacjenta po przebytych udarach mózgu.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu

- 1) Liczba osób objętych programem.
- 2) Liczba pacjentów zakwalifikowanych do rehabilitacji medycznej z określeniem czasu po przebytych udarach mózgu.
- 3) Liczba osób, które nie zostały objęte Programem, z określeniem przyczyn.
- 4) Liczba uczestników rehabilitacji, którzy z własnej woli zrezygnowali z udziału w programie, z określeniem przyczyn rezygnacji.
- 5) Liczba pacjentów, u których wystąpił kolejny udar mózgu w czasie trwania Programu.

- 6) Odsetek osób, które ukończyły pełny cykl rehabilitacji leczniczej.
- 7) Odsetek uczestników rehabilitacji twierdzących, że zaspokojono ich potrzeby rehabilitacyjne (ankieta satysfakcji).
- 8) Liczba uczestników zajęć rehabilitacyjnych, biorących udział w edukacji zdrowotnej.
- 9) Odsetek pacjentów uczestniczących w edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczący zdrowego stylu życia i postępowania po udarze mózgowym (ankieta oceny wiedzy przed i po edukacji).
- 10) Odsetek osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w codzienne nawyki zdrowotne (kwestionariusz ankiety).
- 11) Odsetek osób samodzielnie wykonujących ćwiczenia w warunkach domowych (kwestionariusz ankiety przed i po cyklu rehabilitacji).
- 12) Odsetek osób, u których nastąpiła poprawa sprawności po przeprowadzonym cyklu rehabilitacji (ocena przed i po cyklu rehabilitacji wg. skali medycznej funkcji poznawczo-behawioralnych, skali Barthel, Rankina, skali funkcjonalnej RMA lub skali klinicznej NIHSS).
- 13) Odsetek osób, u których wzrosła jakość życia i poprawa stanu zdrowia po przeprowadzonym cyklu rehabilitacji (wg skali EQ-5D na początku i zakończeniu udziału w Programie).
- 14) Liczba bliskich/opiekunów pacjenta uczestniczących w zajęciach edukacyjnych w ramach programu.
- 15) Odsetek bliskich/opiekunów pacjenta uczestniczących w zajęciach edukacyjnych w ramach programu, u których nastąpił wzrost wiedzy i umiejętności w zakresie opieki nad osobą po udarze mózgu (kwestionariusz ankiety przed i po edukacji).
- 16) Liczba uczestników szkoleń dla personelu medycznego.
- 17) Odsetek uczestników szkoleń dla personelu medycznego, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych podczas szkolenia (kwestionariusz ankiety przed i po szkoleniu).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

III.1. Populacja docelowa

Województwo zachodniopomorskie zamieszkuje 1 705 533 ludności (2017 r.). Populacja w wieku aktywności zawodowej liczy 1 097 339 osób, tj. 64,3% ludności województwa, w tym 510 770 kobiet w wieku 15-59 lat oraz 586 569 mężczyzn w wieku 15-64 lat (dane BDL GUS).

Zgodnie z danymi GUS pochodzącymi z badania EHIS II z 2014 r. w Polsce żyje 657,2 tys. osób w wieku 16 lat i więcej deklarujących przebyty udar mózgu. Zakładając, że występowanie udarów nie jest uzależnione w skali kraju geograficznie, można przyjąć, że w województwie zachodniopomorskim takich osób jest łącznie ok. 30 tys. (4,5% ogółu – analogicznie do liczby ludności)³⁷.

Na potrzeby Programu zdefiniowano populację w wieku aktywności zawodowej powyżej 40 roku życia po przebytych udarach mózgowym, deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, w przypadku kobiet w wieku od 40 do 59 roku życia oraz w przypadku mężczyzn od 40 do 64 roku życia. Na koniec 2017 r. w województwie zachodniopomorskim (dane BDL GUS) w wymienionym przedziale wiekowym było łącznie 523 927 osób, w tym 230 289 kobiet i 293 638 mężczyzn.

Populacja kwalifikująca się do Programu wyłoniona zostanie spośród osób najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu przebytego udaru mózgowego w szczególności rokujących podjęcie zatrudnienia i najbardziej bliskich powrotowi do pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych.

W oparciu o dane z badania Global Burden of Diseases współczynnik zapadalności w Polsce na udar niedokrwienny (pierwszy w życiu) w 2010 r. wyniósł 173,2/100 tys., a dla udaru krwotocznego (pierwszego w życiu) 53,2/100 tys. Umieralność w przypadku udaru niedokrwiennego wyniosła 51,1/100 tys., a krwotocznego 42,4/100 tys. ludności.

Na tej podstawie można oszacować, że w województwie zachodniopomorskim w 3-letnim okresie realizacji programu, udaru niedokrwiennego dozna około 8,9 tys. osób, a 2,7 tys. udaru krwotocznego. Z powodu udaru niedokrwiennego umrze 2,6 tys. osób, a krwotocznego 2,2 tys. W przybliżeniu można założyć, że w ciągu 3 lat około 6,8 tys. osób będzie kwalifikowało się do rehabilitacji w związku z niedawno przebytych udarem mózgu, z czego ok. 33,3% (2,3 tys. osób) będzie rehabilitowanych do 90 dni po przyjęciu do szpitala z powodu udaru mózgu w ramach dostępnej rehabilitacji leczniczej gwarantowanej ze środków publicznych, a do rehabilitacji w późniejszym czasie pozostanie ok. 4,5 tys. osób.

Biorąc pod uwagę powyższe dane epidemiologiczne oraz ograniczony budżet programu zakłada się, iż w ramach 3-letniego okresu realizacji programu, działaniami w zakresie rehabilitacji leczniczej i edukacji zdrowotnej zostanie objętych około 500 osób, co stanowi około 11,1% osób, które nie skorzystały z rehabilitacji poudarowej w

³⁷ Główny Urząd Statystyczny, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS 2016, Warszawa

ciągu 90 dni po przyjęciu do szpitala z powodu udaru mózgu w ramach świadczeń gwarantowanych.

Działania edukacyjne na temat opieki nad pacjentem po udarze mózgowym zostaną przeprowadzone dla rodzin i opiekunów pacjentów (ok. 500 osób).

Działania szkoleniowe w ramach Programu będą skierowane do personelu medycznego, w szczególności lekarzy POZ i pielęgniarek środowiskowych rodzinnych oraz pracowników świadczących usługi rehabilitacyjne. Zakłada się, że w szkoleniach weźmie udział do 200 osób.

III.2. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wyłączenia z programu

Kryteria włączenia do programu:

- posiadanie statusu mieszkańca województwa zachodniopomorskiego,
- wiek aktywności zawodowej, kobiety 40-59 i mężczyźni 40-64 r.ż.,
- osoby aktywne zawodowo, deklarujący gotowość do podjęcia zatrudnienia rokujące powrót do pracy i spełniający medyczne kryteria włączenia,
- udokumentowane rozpoznanie wg klasyfikacji ICD-10 w grupach chorób naczyń mózgowych: I60 Krwotok podpajeczynówkowy, I61 Krwotok mózgowy, 62 Inne nieurazowe krwotoki mózgowy, I63 Zawał mózgu, I64 Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy,
- możliwie najkrótszy czas po wypisie ze szpitala,
- stan zdrowotny umożliwiający samodzielne poruszanie się (lub z pomocą osoby bliskiej/opiekuna) z zachowanym kontaktem logicznym i werbalnym,
- możliwość korzystania z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych,
- kwalifikacja przeprowadzona przez lekarza w dziedzinie rehabilitacji współpracującego z realizatorem Programu, oceniającego możliwości i potrzeby rehabilitacyjne pacjenta,
- podpisanie przez uczestnika świadomej zgody na udział w programie, która będzie załączona do dokumentacji powstającej w trakcie interwencji zaplanowanych w Programie.

Kryteria wyłączenia z programu:

- jednoczesne korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ, ZUS, KRUS w czasie trwania Programu,
- przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w rehabilitacji medycznej, w tym m.in. poważne obciążenia internistyczne,
- brak samodzielności w podejmowaniu decyzji przez pacjenta i brak komunikacji werbalnej,
- posiadanie orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy,
- ponowny udar mózgu w trakcie udziału w Programie,

III.3. Planowane interwencje

W ramach programu pacjent po przebytych udarach mózgowym zakwalifikowany do Programu, spełniający warunki włączenia będzie mógł skorzystać z bezpłatnych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej i edukacji zdrowotnej.

Moduł I - kampania informacyjno-promocyjna, będzie skierowana do mieszkańców województwa, a w szczególności podmiotów leczniczych prowadzących leczenie chorych po udarze mózgu, tj. oddziałów neurologicznych i udarowych, poradni neurologicznych, a także podmiotów POZ. Działania informacyjno-promocyjne dla ogółu mieszkańców województwa, w szczególności osób w wieku aktywności zawodowej powyżej 40 roku życia, będą polegały na przekazaniu zarówno informacji o Programie, jak też podstawowej wiedzy o znaczeniu pierwotnej profilaktyki, roli czynników ryzyka i zmiany stylu życia w patogenezie chorób naczyniowych (zaniechanie palenia, zmniejszenie spożycia alkoholu, zwiększenia aktywności, stosowanie właściwej diety). Działania te będą przeprowadzane przy wykorzystaniu stron internetowych, audycji radiowych, artykułów prasowych, poczty tradycyjnej i elektronicznej, narzędzi konwencjonalnych, takich jak plakaty i ulotki oraz bezpośrednich kontaktów z podmiotami leczniczymi.

Działania promocyjno-informacyjne, skierowane do podmiotów leczniczych prowadzących leczenie chorych po udarze mózgu, tj. oddziałów neurologicznych i udarowych, poradni neurologicznych, a także podmiotów POZ realizujących bieżącą opiekę zdrowotną nad pacjentem przebywającym w środowisku domowym, będą polegały na przekazaniu syntetycznych informacji temat zakresu planowanych działań i możliwości uczestniczenia w programie pacjentów po przebytych udarach mózgowym.

Moduł II - działania informacyjno-szkoleniowe skierowane do pracowników medycznych świadczących usługi rehabilitacyjne, lekarzy POZ i pielęgniarek środowiskowych rodzinnych. Tematyka szkoleń będzie dotyczyła wdrażanego programu, postępowania leczniczego w warunkach ambulatoryjnych, zastosowania testów oceny sprawności funkcjonalnej po przebytych udarach mózgowym, a także zasad szczególnej opieki medycznej podstawowej i specjalistycznej, postępowania rehabilitacyjnego, systematycznej kontroli czynników ryzyka, fachowego nadzoru pielęgnacyjnego w warunkach domowych. Szkolenia przeprowadzą lekarze rehabilitacji i neurologii oraz fizjoterapeuci.

Podczas 3-letniej realizacji Programu odbędzie się 5 jednodniowych 3-godzinnych spotkań szkoleniowych dla ok. 200 pracowników medycznych. Szkolenia odbędą się w 5 grupach 40-osobowych, po 2 grupy rocznie w dwóch pierwszych latach realizacji programu i 1 grupa w trzecim roku realizacji programu. Szkolenie będzie rozpoczęte i zakończone wypełnieniem ankiet oceniających szkolenie oraz poziom wiedzy przed szkoleniem i uzyskanej podczas szkolenia.

Moduł III - Kwalifikacja pacjentów po przebytych udarach mózgu do programu odbędzie się podczas badania lekarskiego przeprowadzonego przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji ogólnej i dziedzin pokrewnych (medycyna

fizykalna, fizjoterapia i balneoklimatologia, balneologia) lub lekarza, który ukończył drugi rok w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej. Włączenie do programu nastąpi w oparciu o kryteria włączenia (rozdział III.2), analizę posiadanej dokumentacji medycznej pacjenta z dotychczasowego leczenia oraz wywiad i badanie przeprowadzone przez lekarza rehabilitacji. Zostanie dokonana ocena stanu niepełnosprawności z uwzględnieniem trudności z komunikacją werbalną i poważnych obciążeń internistycznych pod kątem możliwości udziału w rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. Lekarz specjalista w zakresie rehabilitacji leczniczej określi indywidualny plan rehabilitacji uwzględniający zastosowanie odpowiednich działań rehabilitacyjnych zgodnie ze stwierdzonymi dysfunkcjami, potrzebami i możliwościami wynikającymi ze stanu zdrowotnego i wydolności fizycznej pacjenta.

Ocena stanu pacjenta będzie polegać na ustaleniu funkcji motorycznych i poznawczych przy użyciu skali medycznej Barthel³⁸, skali medycznej zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motorycznych zaburzeń mowy oraz połykania³⁹, skali Rankina⁴⁰, skali funkcjonalnej RMA (Rivermead Motor Assessment)⁴¹, skali klinicznej NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)⁴², oraz oceny jakości życia przy pomocy skali EQ-5D (Euro – Quality of Life Questionnaire)⁴³. Ocena stanu zdrowotnego pacjenta będzie dokonana, zarówno podczas kwalifikacji do rehabilitacji, jak i po zakończeniu cyklu rehabilitacji w celu oceny wyników zastosowanych świadczeń. Mogą także być wykorzystane inne skale oceny sprawności pacjenta stosowane w codziennej praktyce realizatora Programu. Osoby spełniające kryteria włączenia do Programu ze stwierdzonymi dysfunkcjami, zakwalifikowane do rehabilitacji będą poddane dodatkowo ocenie neuropsychologicznej i neurologopedycznej w celu rozpoznania deficytów poznawczych w zakresie mowy, słuchu, spostrzegania, pamięci oraz ustalenia indywidualnych potrzeb i wskazań do terapii behawioralnej.

Moduł IV - działania w zakresie edukacji zdrowotnej będą przeprowadzone w 2 formach: 1)indywidualizowanej dla osób rehabilitowanych i 2)grupowej do członków rodzin, bliskich/opiekunów oraz osób rehabilitowanych, chętnych do uzyskania poszerzonej wiedzy.

Edukacja zdrowotna indywidualizowana będzie prowadzona przez fizjoterapeutę w formie bezpośredniej rozmowy podczas indywidualnej kinezyterapii, w sposób

³⁸ Zarządzenie nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zał. nr 4a

³⁹ Zarządzenie nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zał. nr 4b

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. 2018 r. poz. 465), zał. nr 2

⁴¹ <http://www.fizjoterapeutom.pl/materialy/artykuly/diagnostyka-funkcjonalna/ocena-motorycznosci-rivermead-rma-pl>

⁴² Barbara Książkiewicz, Magdalena Nowaczewska i inni, Kliniczne monitorowanie udaru mózgu, 2007 r.

<https://journals.viamedica.pl/um/article/viewFile/33717/24759>

⁴³ Paweł Petryszyn, Katarzyna Kempa, Użyteczności stanów zdrowia EQ-5D oceniane z zastosowaniem metod bezpośrednich przez studentów V roku farmacji UM we Wrocławiu, 2015 r.: wersja polska do użytku w Polsce, <https://docer.pl/doc/xnnns0>

dostosowany do stanu ogólnego i nasilenia deficytów poznawczych pacjenta. W zajęciach może uczestniczyć osoba bliska/opiekun pacjenta. Przekazywana wiedza będzie dotyczyć kontroli czynników ryzyka, zmiany warunków życia i zasad postępowania w procesie rekonwalescencji, w tym prawidłowości wykonywania samodzielnych ćwiczeń ruchowych w warunkach domowych.

Spotkania grupowe (jako uzupełnienie indywidualnej edukacji zdrowotnej) będą organizowane głównie dla bliskich/opiekunów oraz pacjentów zainteresowanych szerszą wiedzą dotyczącą profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, których stan zdrowotny będzie umożliwiał udział w zajęciach. Zakłada się, że w spotkaniach grupowych weźmie udział ok. 500 osób. Podczas 3-letniego okresu realizacji Programu, odbędzie się 20 spotkań edukacyjnych 2-godzinnych w grupach edukacyjnych po ok. 25 osób. Podczas grupowych spotkań zostanie przedstawiona wiedza w zakresie przyczyn i objawów udaru mózgu, różnic między udarem niedokrwiennym a krwotocznym, następstw udaru, powikłań, znaczenia kontroli nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, innych chorób sprzyjających wystąpieniu udaru mózgu, stylu życia i trwałej zmiany nawyków poprzez modyfikację diety, zaprzestanie palenia tytoniu, rozpoczęcie regularnej aktywności fizycznej oraz tematyki dotyczącej objawów i powikłań, a także znaczenia konsekwentnej rehabilitacji po przebyłym udarze mózgu i sposobów jej prowadzenia, w tym informacje dotyczące organizacji samoopieki i wykonywania samodzielnych ćwiczeń w warunkach domowych. Zajęcia będą prowadzone przez lekarza rehabilitacji, fizjoterapeutę, dietetyka, psychologa. Osoby uczestniczące w zajęciach edukacyjnych otrzymają materiały edukacyjne (poradniki, wskazówki) dotyczące omawianych zagadnień w zakresie zdrowego stylu życia, zaleceń terapeutycznych i zasad postępowania po udarze mózgowym. Na rozpoczęcie i zakończenie zajęć edukacyjnych każdy uczestnik wypełni kwestionariusz ankiety dotyczący posiadanej wiedzy przed i po zajęciach w celu oceny efektów edukacji zdrowotnej.

Moduł V – cykl rehabilitacji leczniczej jako podstawowa interwencja w programie będzie ukierunkowana na poprawę funkcji motorycznych oraz funkcji poznawczych osób po przebyłym udarze mózgowym.

Terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typy, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych. Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania.

Plan rehabilitacji dla każdego pacjenta zostanie opracowany przez lekarza rehabilitacji przy współpracy z psychologiem i logopedą w zakresie włączenia terapii behawioralnej w sposób dostosowany do rozpoznanych indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta. W celu poprawy funkcji motorycznych zostaną zastosowane kinezyterapia, zabiegi fizjoterapeutyczne i masaże, w szczególności ukierunkowane na poprawę funkcji kończyn, poprawę wydolności mięśni, zmniejszenie niedowładu

oraz ograniczenie występujących dolegliwości i w efekcie poprawę samopoczucia i sprawności uczestnika Programu.

W celu poprawy funkcji poznawczych, pacjenci z zaburzeniami uwagi, mowy, pamięci, percepcji wzrokowej i słuchowej będą mogli skorzystać z elementów terapii behawioralnej (neurologopedycznej, neuropsychologicznej).

Wszystkim osobom po udarze zaleca się wykonywanie ćwiczeń ADL (Activities of Daily Living – ćwiczenia nastawione na wymogi codziennego ruchu) i ćwiczeń IADL (Instrumental Activities of Daily Living – ćwiczenia nastawione na złożone czynności życia codziennego), dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb.

Ponadto zaleca się zindywidualizowany program treningowy w celu zwiększenia wydolności krążeniowo-oddechowej i zmniejszenia ryzyka powtórzenia się udaru. Po ukończeniu zorganizowanej rehabilitacji poudarowej rekomenduje się uczestnictwo w programach ćwiczeniowych w środowisku domowym (AHA/ASA 2016)⁴⁴.

Dla każdego uczestnika w pełnym cyklu rehabilitacyjnym (co najmniej 2-3 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy) przewiduje się:

- 30 godzin kinezyterapii indywidualnej z wykorzystaniem metod neurofizjologicznych, mobilizacji, ćwiczeń czynno-biernych, biernych, manipulacyjnych, ćwiczeń równoważnych, izometrycznych, nauki poprawnego mechanizmu chodu z zastosowaniem systemu Master, balansera, szyn CPM, trampoliny, poduszek sensorycznych, taśm itp.
- 20 dni fizykoterapii (2 zabiegi dziennie), wg zaleceń lekarskich z zakresu ciepłolecznictwa, hydroterapii, krioterapii, laseroterapii.
- 10 masażu suchych lub drenaży limfatycznych (czas trwania minimum 20 minut).
- 10 spotkań terapii behawioralnej trwającej średnio 30 minut prowadzonych przez neuropsychologa, psychologa i/lub neurologopedę, logopedę.

Wszystkie etapy realizacji udzielonych świadczeń rehabilitacyjnych zapisywane będą w dokumentacji medycznej. Każdy dzień realizacji zabiegów potwierdzony zostanie podpisem pacjenta.

Za koordynację merytoryczną dotyczącą kwalifikacji do programu, przebiegi rehabilitacji i badań końcowych będzie odpowiedzialny lekarz w dziedzinie rehabilitacji. Za organizację i skoordynowanie wszystkich zabiegów terapeutycznych oraz współdziałanie w tym zakresie z personelem medycznym i uczestnikami programu będzie odpowiedzialny wyznaczony pracownik realizatora Programu.

W ramach programu zaplanowano dofinansowanie kosztów dojazdu na zajęcia rehabilitacyjne z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem w celu ułatwienia dostępności i możliwości udziału w terapii oraz zakup sprzętu rehabilitacyjnego, urządzeń i materiałów do ćwiczeń ruchowych w celu poprawienia standardu wyposażenia i warunków odbywanych zajęć rehabilitacyjnych (zestawy do ćwiczeń biernych, stoły do masażu i fizjoterapii, poduszki sensomotoryczne, rotory do kończyn dolnych i górnych, materace, piłki do treningu dłoni, wałki, taśmy itp.)

⁴⁴ Opinia Prezesa AOTMiT nr 40/2019 z dnia 29 marca 2019 r.

Moduł VI - po zakończonym cyklu rehabilitacji odbędzie się ocena efektywności realizowanych działań rehabilitacyjnych. Lekarz rehabilitacji dokona oceny stanu pacjenta w oparciu o badanie lekarskie i ocenę stanu funkcjonalnego przy użyciu skal medycznych i funkcjonalnych, które były zastosowane przed rozpoczęciem rehabilitacji: skali oceny funkcji poznawczo-behawioralnych, skali Barthel, skali Rankina, skali RMA i NIHSS oraz skali jakości życia EQ-5D oraz innych wybranych skal stosowanych w codziennej praktyce przez realizatora Programu.

Pacjent zostanie poinformowany o dalszym postępowaniu w warunkach domowych (kontynuacja ćwiczeń, zalecenia behawioralne) i możliwościach kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych. Wraz z zakończeniem udziału w programie każdy uczestnik otrzyma zalecenia dalszego postępowania (kontynuacja ćwiczeń, zalecenia behawioralne), informacje o możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych. Wszystkie osoby uczestniczące w Programie zostaną poproszone o wypełnienie ankiety satysfakcji pacjenta.

Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

Eksperti kliniczni podkreślają zasadność prowadzenia programów rehabilitacji i edukacji pacjentów po przebytych udarach. „Jedną z przeszkód utrudniającą poprawę sytuacji pacjentów jest przeświadczenie, że udar mózgu jest wyrokiem losu, a jego konsekwencjom jedynie w niewielkim stopniu można przeciwdziałać” – powiedział Adam Siger wiceprezes Fundacji Udaru Mózgu. „Natomiast większość skutków udaru mózgu może zmniejszyć swoje nasilenie dzięki leczeniu i intensywnej, fachowo prowadzonej rehabilitacji”. „Większości skutków udaru mózgu można przeciwdziałać dzięki intensywnej, odpowiednio prowadzonej rehabilitacji i fizjoterapii” – stwierdził dr Maciej Krawczyk ze Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska. „Musimy mieć jednak świadomość, że kluczowe jest jak najszybsze rozpoczęcie pracy z osobą po udarze, a brakuje miejsc, w których taka pomoc może zostać udzielona”⁴⁵.

Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy program

Według międzynarodowych wytycznych i zaleceń (NICE⁴⁶, AHA/ASA⁴⁷, SIGN⁴⁸) pacjentom po udarze należy zapewnić kompleksową i interdyscyplinarną opiekę. Rehabilitacja może być prowadzona w ramach opieki ambulatoryjnej lub w warunkach domowych. Konieczne jest przeprowadzenie dokładnej oceny zaburzeń i niepełnosprawności, w tym deficytów poznawczych, zaburzeń emocjonalnych i wzrokowych. Ponadto należy określić problemy w komunikacji związane z

⁴⁵ Fundacja Udaru Mózgu, <http://www.fum.info.pl/page/index/105> [dostęp: 11.12.2017]

⁴⁶ National Institute for Health and Care Excellence, *Guidance and guidelines (CG162). Stroke rehabilitation in adults*, NICE 2013

⁴⁷ American Heart Association/American Stroke Association, *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke*, Stroke 2013, 44: 870-947

⁴⁸ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline*, Edinburgh 2010

mówieniem, czytaniem i pisaniem. W przypadku wszystkich chorych po udarze wskazane jest wykonywanie ćwiczeń ADL (Activities of Daily Living – ćwiczenia nastawione na wymogi codziennego ruchu) oraz programu treningowego zmniejszającego ryzyko ponownego wystąpienia udaru mózgu. Program rehabilitacyjny powinien być również dostosowany do indywidualnych potrzeb chorego⁴⁹.

Zgodnie z wytycznymi NICE wielodyscyplinarny zespół rehabilitacji po udarze powinien obejmować: lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, terapeutów mowy i języka, psychologów klinicznych, rehabilitantów i pracowników społecznych. Zespół powinien przeprowadzić kompleksowe badanie pacjenta po udarze pod kątem możliwych zaburzeń i niepełnosprawności, a następnie poinformować go o dalszym postępowaniu. Początkowo terapia rehabilitacyjna powinna trwać przynajmniej 45 minut i odbywać się 5 dni w tygodniu⁵⁰. Kluczowe jest również ustalenie celów terapii z pacjentem i jego rodziną lub opiekunami⁵¹.

Zarówno w zaleceniach European Stroke Organization, jak i wytycznych Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego podkreślono, że rehabilitacja jest integralnym i nieodzownym elementem leczenia u pacjentów po udarze mózgu. Ponadto zgodnie z zaleceniami ESO niewystarczające udzielanie informacji i brak odpowiedniej edukacji stanowi czynnik rokowniczy złej jakości życia chorych i ich rodzin. Kluczowe znaczenie ma również zaangażowanie opiekunów i ich formalne szkolenie. Ponadto według wytycznych SCN PTN fizjoterapeuci nie powinni ograniczać swojej interwencji do jednej koncepcji lub metody, ale dobrać środki terapeutyczne najodpowiedniejsze dla danego pacjenta⁵².

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Działania z zakresu self-management w ramach rehabilitacji neurologicznej obejmują m.in.: interwencje edukacyjne mające na celu modyfikację stylu życia oraz dostarczające rzetelnej wiedzy na temat przebiegu choroby i możliwych terapii, wyznaczanie celów oraz planowanie działań rehabilitacyjnych. W przeglądzie systematycznym 2015, Parke H. wykazano, że działania te są skuteczne w zakresie poprawy jakości życia oraz poczucia własnej skuteczności. Prowadzą one do szybszej poprawy podstawowych, oraz złożonych codziennych czynności, oraz redukcji poziomu negatywnych punktów końcowych (np. zgonów)⁵³.

Podobne wyniki uzyskano w przeglądzie systematycznym Pearce 2015, w którym wykazano, że wsparcie udzielone osobom po udarze ma pozytywny wpływ na ich

⁴⁹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 191/2016 z dnia 30 września 2016 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy” realizowany przez województwo opolskie

⁵⁰ National Institute for Health and Care Excellence, *Guidance and guidelines (CG162). Stroke rehabilitation in adults*, NICE 2013

⁵¹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline*, Edinburgh 2010

⁵² Mazurek J. i in., *Rehabilitacja po udarze mózgu – aktualne wytyczne*, Nowiny Lekarskie 2013, 82, 1, 83–88

⁵³ Parke H. L. i in., *Self-Management Support Interventions for Stroke Survivors: A Systematic Meta-Review*, PLOS ONE 2015, 10 (7).

powrót do zdrowia. Szczególną rolę odgrywają pracownicy ochrony zdrowia dostarczający chorym rzetelną medyczną wiedzę. Edukacja pacjenta na wczesnych etapach po wystąpieniu udaru skutkuje osiągnięciem lepszych odległych wyników, skuteczniejszą reintegracją ze społeczeństwem, lepszym radzeniem sobie ze stresem oraz szybszym zdobywaniem nowych umiejętności⁵⁴.

Zgodnie z przeglądem systematycznym 2015, Warner G. zaleca się stosowanie indywidualnego podejścia do chorego uwzględniającego przekazywanie usystematyzowanych informacji, wspólne planowanie celów i przyszłych działań oraz zapewnienie profesjonalnego wsparcia. Ponadto pozytywne efekty przynosi włączenie członków rodziny w rehabilitację chorego. Działania z zakresu self-management mogą znacząco przyczynić się do zwiększenia udziału pacjentów w procesie leczenia oraz poprawy ich ogólnego funkcjonowania⁵⁵.

W przeglądzie systematycznym 2016, Saunders D.H. potwierdzono natomiast skuteczność terapii rehabilitacyjnej w formie treningu fitness i ćwiczeń fizycznych w zmniejszaniu niepełnosprawności u pacjentów po udarze⁵⁶.

Koszty opieki zdrowotnej i społecznej z powodu udarów mózgu rosną, eksperci ONZ prognozują, że w ciągu 30 lat zwiększą się one co najmniej o 30%. Z tego względu wprowadzenie programów terapeutycznych spowodowałoby długoterminowe obniżenie kosztów opieki nad osobami po udarze⁵⁷.

Spójność

Program jest zgodny z założeniami określonymi w dokumencie *Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*. Przewidywane interwencje przyczynią się do realizacji celów określonych w *narzędziu nr 3 Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy*⁵⁸.

Program jest zgodny z priorytetami zdrowotnymi wymienionymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 469) „rehabilitacja” i „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu”.

⁵⁴ Pearce G. i in., *Experiences of Self-Management Support Following a Stroke: A Meta-Review of Qualitative Systematic Reviews*, PLoS ONE 2015,10 (12)

⁵⁵ Warner G. i in., *A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: self-management programs for stroke survivors*, Disabil Rehabil. 2015, 37 (23): 2141-63

⁵⁶ Saunders D.H., Sanderson M., Hayes S. i in., *Physical fitness training for stroke patients*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2016

⁵⁷ Fundacja Udaru Mózgu, <http://www.fum.info.pl/page/index/105> [dostęp: 11.12.2017]

⁵⁸ Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>

Program wpisuje się w cele *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492), a w szczególności w *cel 4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.*

Program nawiązuje do *Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020*, realizowanego na poziomie krajowym, którego celem głównym jest redukcja umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce. Cele szczegółowe Programu obejmują m.in.:

- zapewnienie zdalnych konsultacji sytuacji klinicznych pacjentów z ostrym udarem mózgu do leczenia inwazyjnego w oddziałach udarowych;
- zmniejszenie umieralności w wyniku chorób naczyń mózgowych oraz zapewnienie zdalnych konsultacji sytuacji klinicznych pacjentów z ostrym udarem mózgu do leczenia inwazyjnego w oddziałach udarowych.

Jedną z korzyści powyższego programu będzie poprawa dostępu do nowych terapii leczenia ostrego udaru mózgu oraz do kompleksowego modelu opieki dla chorych z niewydolnością serca.

Niniejszy Program jest spójny z *Ogólnopolskim Programem Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69)* Ministerstwa Zdrowia do realizacji w latach 2016-2020, którego projekt w styczniu 2017 roku został pozytywnie zaopiniowany przez Prezesa AOTMiT. Populację docelową, do której skierowany jest program, stanowią osoby w wieku 40-65 r.ż. oraz lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w zakresie szkoleń. Głównym założeniem ww. programu jest „*zmniejszenie częstości występowania najważniejszych czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych u osób w wieku aktywności zawodowej (40-65 lat) w okresie realizacji i na terenie realizacji programu*”.

Niniejszy regionalny program polityki zdrowotnej dotyczy zakresu działań rehabilitacyjnych, edukacyjnych i szkoleniowych, które nie są objęte analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonymi w *art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Planowane działania w ramach programu są uzupełnieniem katalogu świadczeń gwarantowanych polegającym na realizacji rehabilitacji leczniczej, a skierowany do zdefiniowanej grupy docelowej w połączeniu z edukacją zdrowotną pacjentów i szkoleniami personelu POZ, stanowi logiczną całość, co zgodnie z *Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze ochrony zdrowia na lata 2014-2020* można uznać za działania wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, podjęcie dodatkowej wczesnej rehabilitacji medycznej w ramach programu skróci

czas oczekiwania na to świadczenie w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych oraz może przeciwdziałać i zmniejszyć nasilenie skutków udaru mózgu.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu

Do Programu zaproszeni zostaną mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego z grupy docelowej spełniający kryteria włączenia opisane w rozdziale III.2. Podstawowym kryterium formalnym, obok posiadania statusu mieszkańca województwa zachodniopomorskiego będzie wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie. Ponadto niezbędne będzie podanie numeru telefonu kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.⁵⁹

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w cyklu działań z zakresu badań lekarskich, rehabilitacji oraz edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki udarów mózgu.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach Programu będą spełniały następujące cechy:

- 1) Świadczenia są udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
- 2) Udział w Programie jest dobrowolny.
- 3) Działania Programu skierowane są również do personelu medycznego członków rodzin/opiekunów pacjenta,
- 4) Świadczenia Programu będą przeprowadzane w warunkach ambulatoryjnych, w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia udzielane poza pomieszczeniami beneficjenta, bądź przez niego wynajmowanymi.⁶⁰
- 5) Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach Programu nie będzie wpływało negatywnie na świadczenia zdrowotne finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 6) Uczestnicy Programu będą poinformowani o źródłach finansowania Programu.
- 7) Uczestnicy będą włączani do Programu do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych projektach.
- 8) Świadczeń w ramach Programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje.⁶¹

⁵⁹ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1000.

⁶⁰ 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 r., poz. 595.

⁶¹ 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.

- 9) Każdy dzień realizacji zabiegów rehabilitacyjnych będzie potwierdzony podpisem uczestnika.
- 10) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją Programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej⁶² oraz ochrony danych osobowych.⁶³

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie województwa zachodniopomorskiego przez realizatora, wybranego w drodze otwartego konkursu ofert.

Ze względu na specyfikę grupy docelowej, działania będą miały charakter ciągły. Osoby z grupy docelowej będą przyjmowane w trakcie całego okresu realizacji programu z zastosowaniem dywersyfikacji godzin w celu utrzymania maksymalnej dostępności.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w Programie polega na udziale w cyklu działań z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki udarów mózgu.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym jego etapie. Może to mieć miejsce na życzenie uczestnika lub jego opiekuna. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie Programu.

W razie niezgłoszenia się pacjenta na zajęcia przewidziane w Programie w okresie pierwszego miesiąca po zakwalifikowaniu lub w przypadku 3-krotnej nieobecności na zajęciach rehabilitacyjnych bez usprawiedliwienia, osoba będzie skreślona z listy uczestników, a jej miejsce zajmie kolejna osoba z listy rezerwowej.

Wraz z zakończeniem udziału w programie każdy uczestnik otrzyma zalecenia dalszego postępowania (kontynuacja ćwiczeń, zalecenia behawioralne), informacje o możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych. Wszystkie osoby uczestniczące w Programie zostaną poproszone o wypełnienie ankiety satysfakcji pacjenta.

⁶² 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 r., poz. 2069.

⁶³ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1000.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Etapy realizacji Programu są ściśle związane z planowanymi interwencjami opisanymi w rozdziale III.3.

- 1) Realizator Programu wyłoniony zostanie w procedurze konkursowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.).
- 2) Działania informacyjno-promocyjne, realizowane w pierwszym etapie wdrażania, będą skierowane do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej powyżej 40 roku życia, po przebytych udarach mózgu oraz zagrożonych udarem mózgu. Działania promocyjne i informacyjne będą przeprowadzane na terenie województwa przy wykorzystaniu internetu, audycji radiowych, artykułów prasowych, bezpośrednich kontaktów z podmiotami leczniczymi prowadzącymi leczenie i rehabilitację chorych po udarach mózgu, przy współdziałaniu i współpracy z podmiotami POZ. Ponadto zostanie wykorzystana poczta elektroniczna i tradycyjna oraz narzędzia konwencjonalnej reklamy, takie jak plakaty i ulotki.
- 3) Działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem i realizacją Programu zostaną skierowane do 200 pracowników medycznych: lekarzy POZ i pielęgniarek środowiskowych rodzinnych. Szkolenia będą realizowane w trybie 3-godzinnych jednodniowych zajęć z lekarzem w dziedzinie neurologii, rehabilitacji i fizjoterapeutą. Tematyka szkoleń będzie dotyczyła wdrażanego Programu oraz zasad opieki medycznej, postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego po przebytych udarach mózgu, Szkolenie będzie rozpoczęte i zakończone wypełnieniem ankiety oceniającej szkolenie oraz poziom wiedzy uzyskanej podczas szkolenia.
- 4) Kwalifikacja zgłaszających się osób do Programu zostanie przeprowadzona przez lekarza w dziedzinie rehabilitacji przy współpracy z neuropsychologiem/psychologiem i/lub neurologopedą/logopedą. Rekrutacja 500 uczestników do Programu odbędzie się wśród osób po przebytych udarach mózgowym, w możliwie krótkim czasie po wypisie ze szpitala, w wieku aktywności zawodowej powyżej 40 r.ż., na podstawie kryteriów włączenia i według kolejności zgłoszeń. W oparciu o analizę dokumentacji medycznej z dotychczasowego leczenia, dostarczonej przez pacjenta, przeprowadzone badania lekarskie z wykorzystaniem skal medycznych i funkcjonalnych (opis w rozdziale III.3.), wyników konsultacji neuropsychologa i neurologopedy, lekarz dokona oceny stanu pacjenta pod kątem zaburzeń i niepełnosprawności, na podstawie której zostanie ustalony indywidualny plan postępowania rehabilitacyjnego i terapii behawioralnej w zależności od stwierdzonych potrzeb i możliwości pacjenta.

- 5) Edukacja zdrowotna zostanie skierowana do 500 uczestników zajęć rehabilitacyjnych i ich bliskich/opiekunów w dwóch formach. Edukacja indywidualna dla pacjentów będzie przeprowadzana przez fizykoterapeutę podczas indywidualnej kinezyterapii. Edukacja grupową będą objęci członkowie rodzin, osoby bliskie/opiekunowie pacjentów oraz będą mogli z niej dodatkowo skorzystać pacjenci chętni do uzyskania poszerzonej wiedzy w zakresie profilaktyki i postępowania po udarze mózgu. Spotkania grupowe 2-godzinne będą prowadzone przez lekarza, fizjoterapeutę, dietetyka i psychologa. Tematyka będzie dotyczyć profilaktyki udarów mózgowych, czynników ryzyka, objawów, powikłań, oraz przede wszystkim prawidłowego postępowania po przebytych udarach mózgu i znaczenia dalszego usprawniania w warunkach domowych. Cykl zajęć edukacyjnych będzie rozpoczęty i zakończony wypełnieniem kwestionariuszy w zakresie poziomu posiadanej wiedzy przed i po zajęciach, podsumowujący efekty edukacji zdrowotnej.
- 6) Rehabilitacja lecznicza dla 500 osób po przebytych udarach mózgowym odbędzie się według zindywidualizowanego planu usprawniania w zależności od rozpoznanych potrzeb i możliwości pacjenta. Zajęcia rehabilitacyjne odbywać się będą co najmniej 2-3 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy z zastosowaniem zabiegów fizjoterapeutycznych, ćwiczeń ruchowych i masażu oraz rehabilitacji behawioralnej. Pełny cykl rehabilitacyjny opisany jest w rozdziale III.3. Podstawowym celem będzie poprawa funkcji motorycznych i poznawczych, zmniejszenie niedowładu oraz ograniczenie występujących dolegliwości w celu poprawy samopoczucia i sprawności uczestnika zajęć rehabilitacyjnych. Osobami odpowiedzialnymi za przebieg rehabilitacji będą: lekarz w dziedzinie rehabilitacji za koordynację merytoryczną dotyczącą kwalifikacji do programu, przebiegi rehabilitacji i badań końcowych oraz pracownik realizatora Programu za organizację i skoordynowanie przebiegu wszystkich zabiegów i spotkań w porozumieniu z personelem medycznym i pacjentami.
- 7) Po zakończeniu zajęć rehabilitacyjnych zostanie przeprowadzone końcowe badanie przez lekarza w dziedzinie rehabilitacji i ocena uzyskanych efektów, m.in. poprzez zastosowanie tych samych kwestionariuszy skal funkcjonalnych i medycznych (opis w rozdziale III.3), które były wykorzystane przy kwalifikacji do programu. Uczestnik otrzyma zalecenia i wskazówki dotyczące dalszego postępowania w warunkach domowych i możliwości kontynuacji rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych. Na zakończenie udziału we wszystkich działaniach, uczestnik wypełni kwestionariusz ankiety satysfakcji z udziału w Programie.
- 8) Monitorowanie jakości i celowości zaplanowanych i podejmowanych działań odbywać się będzie w trakcie całego okresu realizacji programu. Analizie i ocenie zostaną poddane m.in. takie elementy, jak: zgłaszalność do Programu, uczestnictwo w zajęciach, przyczyny nieobecności i rezygnacji z udziału w Programie, włączanie kolejnych osób z listy rezerwowej, podsumowanie ocen stanu zdrowotnego uczestników rehabilitacji, analiza ankiet oceny wiedzy przed i po szkoleniach, ankiet satysfakcji pacjenta z udziału w Programie oraz

sporządzane okresowe sprawozdania i raporty. Bezpośrednio po zakończeniu realizacji programu zostanie przeprowadzona ewaluacja, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Za przebieg wszystkich działań będzie odpowiedzialny koordynator organizacyjny całego programu.

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

Program będzie realizowany przez beneficjenta, który zostanie wybrany do realizacji Programu, zgodnie z ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.⁶⁴ Wymagalnymi kryteriami wyboru realizatora Programu będą m.in.: posiadane zdolności organizacyjne i doświadczenie w realizacji podobnych programów oraz zdolność do utworzenia partnerstwa z innymi podmiotami biorącymi udział w realizacji Programu.

Realizator Programu zapewni wymagane prawem warunki, kadre oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej⁶⁵ oraz zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza.⁶⁶

Wszystkie procedury przeprowadzi się z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tych procedur medycznych, a wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.⁶⁷

Działania edukacyjne przeprowadzają osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w zakresie zdrowia publicznego i rehabilitacji leczniczej.⁶⁸

W programie zastosowane zostaną wyroby medyczne⁶⁹ zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych

⁶⁴ Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 217

⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, t.j. Dz.U. z 2018 poz.465

⁶⁶ Zarządzenie nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

⁶⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190.

⁶⁸ 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.

⁶⁹ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 175, ze zm.

ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji).

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem Programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych⁷⁰.

71 72

V. Monitorowanie i ewaluacja

Całość Programu będzie podlegać monitorowaniu i ocenie, z uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań, szczególnie w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów.

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie będzie procesem zbierania danych o realizacji Programu oraz kontrolowania przebiegu i postępu działań.

Monitoring Programu w praktyce będzie polegał na analizie dwóch podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do Programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny. Ocena zgłaszalności do Programu będzie kluczowym elementem bieżącego monitoringu jego przebiegu. Informacje dotyczące liczby osób uczestniczących w Programie zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu działań i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych. Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Zmiana ich liczby w trakcie poszczególnych lat trwania, porównana z liczebnością populacji docelowej, będzie użytecznym wskaźnikiem skuteczności realizacji działań. Będzie to stanowiło odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości uczestników Programu związanej z tematyką Programu. Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie zostanie objęta. Zostaną przeanalizowane przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania Programu.

Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie nadzorował koordynator programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą kwestionariusza ankiety satysfakcji (wzór w załączeniu). Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom Programu. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski będą służyły do

⁷⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.1127

⁷¹ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1000.

⁷² 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 r., poz. 2069.

zwiększenia jakości prowadzonego Programu i zwiększenia poziomu satysfakcji uczestników. Monitorowane będą mierniki efektywności na poszczególnych etapach realizacji Programu przez cały okres jego realizacji.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja przeprowadzona przez Beneficjenta, nastąpi bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu i dotyczyć będzie jego całości, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Ewaluacja będzie analizą danych z Programu, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań/interwencji. Ewaluacja Programu i ocena efektywności programu będzie porównaniem stanu końcowego ze stanem wyjściowym w oparciu o wcześniej zdefiniowane mierniki efektywności Programu:

- 1) Liczba osób objętych programem.
- 2) Liczba pacjentów zakwalifikowanych do rehabilitacji medycznej z określeniem czasu po przebytych udarach mózgu.
- 3) Liczba osób, które nie zostały objęte Programem, z określeniem przyczyn.
- 4) Liczba uczestników rehabilitacji, którzy z własnej woli zrezygnowali z udziału w programie, z określeniem przyczyn rezygnacji.
- 5) Liczba pacjentów, u których wystąpił kolejny udar mózgu w czasie trwania Programu.
- 6) Odsetek osób, które ukończyły pełny cykl rehabilitacji leczniczej.
- 7) Odsetek uczestników rehabilitacji twierdzących, że zaspokojono ich potrzeby rehabilitacyjne (ankieta satysfakcji).
- 8) Liczba uczestników zajęć rehabilitacyjnych, biorących udział w edukacji zdrowotnej.
- 9) Odsetek pacjentów uczestniczących w edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczący zdrowego stylu życia i postępowania po udarze mózgowym (ankieta oceny wiedzy przed i po edukacji).
- 10) Odsetek osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w codzienne nawyki zdrowotne (kwestionariusz ankiety).
- 11) Odsetek osób samodzielnie wykonujących ćwiczenia w warunkach domowych (kwestionariusz ankiety przed i po cyklu rehabilitacji).
- 12) Odsetek osób, u których nastąpiła poprawa sprawności po przeprowadzonym cyklu rehabilitacji (ocena przed i po cyklu rehabilitacji wg. skali medycznej funkcji poznawczo-behawioralnych, skali Barthel, Rankina, skali funkcjonalnej RMA lub skali klinicznej NIHSS).
- 13) Odsetek osób, u których wzrosła jakość życia i poprawa stanu zdrowia po przeprowadzonym cyklu rehabilitacji (wg skali EQ-5D na początku i zakończeniu udziału w Programie).

- 14) Liczba bliskich/opiekunów pacjenta uczestniczących w zajęciach edukacyjnych w ramach programu.
- 15) Odsetek bliskich/opiekunów pacjenta uczestniczących w zajęciach edukacyjnych w ramach programu, u których nastąpił wzrost wiedzy i umiejętności w zakresie opieki nad osobą po udarze mózgu (kwestionariusz ankiety przed i po edukacji).
- 16) Liczba uczestników szkoleń dla personelu medycznego.
- 17) Odsetek uczestników szkoleń dla personelu medycznego, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych podczas szkolenia (kwestionariusz ankiety przed i po edukacji).

Ewaluację Programu równocześnie przeprowadza na poziomie regionalnym, IZ - Instytucja Zarządzająca RPO WZ 2014-2020 lub wskazana przez IZ RPO, właściwa IP - Instytucja Pośrednicząca, w tym przypadku Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie. Ewaluacja ta może być finansowana z Pomocy Technicznej RPO, zgodnie z Planem Ewaluacji RPO. Ewaluacja IZ RPO winna korzystać z danych gromadzonych w trakcie realizacji RPZ (w tym od Beneficjenta) i mieć wymiar jakościowy i ilościowy.

VI. Budżet programu

VI.1. Koszty całkowite

Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014–2020 na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: *Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego - Rehabilitacja medyczna po przebytych udarach mózgowym na lata 2020-2022* w ramach RPO WZ 2014–2020, zaplanowała kwotę **2 833 600 zł**.

Podział kosztów na elementy składowe w ramach Programu

Rodzaje kosztów	Koszty w zł
1) Działania informacyjno-promocyjne	39 000 zł
2) Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego	20 000 zł
3) Kwalifikacja do programu i badania końcowe	165 000 zł
4) Działania informacyjno-edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin	60 000 zł
5) Rehabilitacja lecznicza, w tym terapia behawioralna	1 900 000 zł
6) Koszty dojazdów na zabiegi rehabilitacyjne	105 000 zł
7) Koszty zakupu sprzętu	125 000 zł
8) Koszty monitorowania	50 000 zł
KOSZTY BEZPOŚREDNIE	2 464 000 zł
9) Koszty pośrednie – do 15% kosztów bezpośrednich	369 600 zł
KOSZTY CAŁKOWITE	2 833 600 zł

VI.2. Koszty jednostkowe

1) Działania informacyjno-promocyjne: 39 000 zł

Działania informacyjno-promocyjne mające na celu wdrożenie Programu będą przeprowadzane na terenie województwa zachodniopomorskiego przy współudziale lokalnych mediów oraz we współpracy z podmiotami leczniczymi, w tym POZ.

Koszty działań będą związane z organizacją kampanii informacyjno-promocyjnej z elementami profilaktyki udarów mózgu skierowanej do ogółu społeczeństwa, tj.: przygotowanie informacji na stronę internetową, korespondencja, publikacja informacji prasowych o programie, audycji radiowych, zaprojektowanie i wydruk plakatów/ulotek i materiałów informacyjno-edukacyjnych.

Szacunkowe koszty działań informacyjno-promocyjnych:

Koszt opracowania i wysyłki informacji do podmiotów leczniczych: 3 lata x 500 zł = 1 500 zł

Koszty projektowania i opracowania materiałów edukacyjnych: 3 lata x 2 000 zł = 6 000 zł

Wydruk materiałów informacyjno-edukacyjnych: 3 lata x 1 000 zł = 3 000 zł

Koszty artykułów prasowych: 3 lata x 2 artykuły x 3 gazety x 1 000 zł = 18 000 zł

Koszty audycji radiowych: 3 lata x 1 audycja x 1 500 zł = 4 500 zł

Koszty prowadzenia strony internetowej: 3 lata x 2 000 zł = 6 000 zł

2) Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego: 20 000 zł

Spotkania informacyjno-szkoleniowe obejmą ok. 200 uczestników personelu medycznego w 5 grupach szkoleniowych po 40 osób, po 2 grupy w pierwszym i drugim roku realizacji programu i 1 grupa w trzecim roku realizacji Programu. Koszty organizacji jednego 3-godzinnego spotkania szkoleniowego (wynagrodzenie prelegentów, wydruk materiałów szkoleniowych dla uczestników, wynajem sali, catering) oszacowano na 4 000 zł, tj. 5 grup x 4 000 zł = 20 000 zł.

3) Kwalifikacja do programu i badania końcowe: 165 000 zł

Zakłada się następujące koszty szacunkowe:

Koszty opracowania sposobu organizacji i rekrutacji uczestników (m.in. wydruk kwestionariuszy ankiet, skal medycznych i funkcjonalnych):

500 osób x 30 zł = 15 000 zł

Koszty badania wstępnego lekarza rehabilitacji, w tym badanie podmiotowe i przedmiotowe, kwalifikacja do rehabilitacji i ustalenie planu rehabilitacji:

500 osób x 120 zł = 60 000 zł

Konsultacje neuropsychologiczne i neurologopedyczne:

500 osób x 100 zł = 50 000 zł

Badanie końcowe po zakończeniu rehabilitacji:

500 osób x 80 zł = 40 000 zł

4) Działania informacyjno-edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin: 60 000 zł

Działania informacyjno-edukacyjne zostaną przeprowadzone w dwóch formach: edukacja w trakcie indywidualnych zajęć z kinezyterapii z możliwością towarzyszenia osoby bliskiej/opiekuna pacjenta oraz dodatkowo w formule poszerzonego zakresu treści edukacyjnych podczas 2-godzinnych spotkań dla pacjentów i ich bliskich w ok. 25-osobowych grupach.

Koszty edukacji indywidualnej: 500 osób x 60 zł = 30 000 zł

Koszty edukacji grupowej (m.in. wynagrodzenie prelegentów, wynajem sali, catering):

500 osób x 60 zł = 30 000 zł

5) Rehabilitacja medyczna, w tym terapia behawioralna: 1 900 000 zł

Założono, że dla 500 uczestników rehabilitacji leczniczej, składnikiem kosztu jednostkowego są koszty interwencji terapeutycznej obejmujące co najmniej: 30

spotkań kinezyterapii (2-3 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy), 20 dni zabiegów fizykalnych i 10 masaży leczniczych oraz 10 spotkań terapii behawioralnej.

Uwzględniając wymienione elementy, minimalny koszt cyklu zabiegów rehabilitacyjnych i terapii behawioralnej jednej osoby po przebytych udarach mózgu można określić w przybliżeniu na 3 800 zł, w tym:

Kinezyterapia indywidualna: 30 spotkań x 70 zł = 2 100 zł

Fizykoterapia: 20 dni (2 zabiegi dziennie) x 20 zł = 400 zł

Masaż suchy/drenaż limfatyczny: 10 x 30 zł = 300 zł

Terapia behawioralna: 10 x 100 zł = 1000 zł

Łączny koszt działań rehabilitacyjnych: 500 osób x 3 800 zł = 1 900 000 zł

6) Koszty dojazdów na zabiegi rehabilitacyjne: 105 000 zł

Dofinansowanie kosztów dojazdu na zabiegi rehabilitacyjne przewiduje się dla wszystkich uczestników rehabilitacji. Średnie koszty dojazdu oszacowano na podstawie ceny biletu miesięcznego komunikacji miejskiej linią zwykłą dzienną w mieście Szczecinie, która wynosi 70 zł.

Szacunkowy koszt dofinansowania dojazdów:

500 osób x 3 miesiące x 70 zł = 105 000 zł

7) Koszty zakupu sprzętu: 125 000 zł

W ramach Programu przewidziane są także środki na zakup sprzętu rehabilitacyjnego, urządzeń i materiałów do ćwiczeń ruchowych (zestawy do ćwiczeń biernych i czynnych, stoły do masażu i fizjoterapii, poduszki sensomotoryczne, rotory do kończyn dolnych i górnych, materace, piłki do treningu dłoni, wałki, taśmy itp.). Średnio około 250 zł/osobę.

Szacunkowy łączny koszt: 500 osób x 250 zł = 125 000 zł

8) Koszty monitorowania Programu: 50 000 zł

Koszty monitorowania Programu obejmą przygotowanie narzędzi do pomiaru okresowych i końcowych efektów programu na podstawie określonych mierników, przeprowadzenie badań satysfakcji pacjenta, analiz kwestionariuszy ankiet przeprowadzanych podczas całego okresu realizacji programu, opracowanie raportów okresowych i innych dokumentów w ramach monitorowania przebiegu programu oraz końcowej ewaluacji bezpośrednio po zakończeniu programu. Koszty oszacowano na ok. 100 zł na jednego uczestnika programu, tj. 500 osób x 100 zł = 50 000 zł

9) Koszty pośrednie

Mając na uwadze całkowity budżet Programu, koszty pośrednie mogą wynieść do 15% kosztów bezpośrednich Programu, tj. do 369 600 zł. Wydatki obejmą następujące elementy: koszty działania biura realizatora Programu, zarządzania, koordynacji i nadzoru, koszty personelu obsługowego, utrzymanie powierzchni

biurowych, zakup materiałów biurowych, wynajem pomieszczeń. Rodzaje kosztów zostaną określone zgodnie z wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFS.

Powyższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

Istnieje możliwość sfinansowania innych rodzajów kosztów zgodnych z typem operacji wskazanych w SOOP RPO WZ 2014-2020, co może poszerzyć katalog wydatków w projekcie w stosunku do katalogu zapisanego w Programie.

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020 oraz Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych RPO WZ 2014-2020 z udziałem:

- 85% środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- 10% środków z budżetu państwa,
- 5% środków - wkład własny beneficjenta.

VII. Bibliografia

- 1) Sacco R.L., Kasner S.E., Broderick J.P. et al.: An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association, „Stroke” 2013;44: 2064–2089.
- 2) Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M., Udar mózgu – pierwsze objawy, „Choroby Serca i Naczyn” 2005;2 (2): 84–87.
- 3) Kuczyńska-Zardzewiały A., Członkowska A., Co należy wiedzieć o udarze mózgu. Poradnik dla pacjentów, ich rodzin i wszystkich zainteresowanych, <https://szpital.slupsk.pl/wpcontent/uploads/2015/05/Co-nale>
- 4) Hajat C., Tilling K., Stewart J.A. et al., Ethnic differences in risk factors for ischemic stroke: a European case-control study, „Stroke” 2004; 35 (7): 1562–7.
- 5) Gromadzka G., Czynniki genetyczne a udar mózgu, „Neurologica et Neurogeriatria” 2002; 4–5.
- 6) Strepikowska A., Buciniński A., Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka, „Postępy farmakoterapii” 2009; 65 (1): 46–50.
- 7) Terapia w chorobach układu nerwowego (red. W Kozubski), Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016, rozdział 2: Wnuk M., Słowik A., Choroby naczyniowe układu nerwowego.
- 8) Asadi H., Dowling R., Yan B. i in., *Advances in endovascular treatment of acute ischaemic stroke*, Intern Med J 2015, 45 (8): 798-805
- 9) Kaczorowski R., Murjas B., Bartosik-Psujek H., *Rozwój i nowe perspektywy leczenia udaru mózgu w Polsce*, Medical Review 2015, 13 (4): 376-386
- 10) Billinger S.A., Arena R., Bernhardt J. i in. *Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors*, Stroke 2014; 45 (8): 2532-2553
- 11) Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Warszawa 2015
- 12) National Institute for Health and Care Excellence, *Guidance and guidelines (CG162). Stroke rehabilitation in adults*, NICE 2013
- 13) Członkowska A. i in., Ocena potrzeb w dziedzinie wczesnej rehabilitacji poudarowej w Polsce, *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2006, 40, 6: 471-477
- 14) The top 10 causes of death Fact sheet Updated January 2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> [dostęp: 31.10.2017]
- 15) Feigin V.L., Krishnamurthi R.V., Parmar P. et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study, „Neuroepidemiology” 2015;45(3):161-7
- 16) Eurostat, Causes of death in 2013, Pressrelease, 91/2016 – 4 May 2016 <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7247552/3-04052016-BP-EN.pdf/fd9d9755-e9d0-4389-a0e8-8fa879efa375> [dostęp: 31.10.2017]
- 17) Asplund K, Bonita R, Kuulasmaa K. Multinational comparisons of stroke epidemiology. Evaluation of case ascertainment in the WHO MONICA Stroke Study. World Health Organization Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease, „Stroke” 1995 Mar;26(3):3
- 18) Sarti C, Stegmayr B, Tolonen H. et al. Are changes in mortality from stroke caused by changes in stroke event rates or case fatality? Results from the WHO MONICA Project, „Stroke” 2003 Aug;34(8):1833-40
- 19) Członkowska A, Ryglewicz D, Epidemiology of cerebral stroke in Poland, „Neurol Neurochir Pol” 1999;32 Suppl 6:99-103
- 20) Ministerstwo Zdrowia: *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa zachodniopomorskiego*, <http://www.mpz.mz.gov.pl/wojewodztwo-zachodniopomorskie/> [dostęp: 10.11.2017]
- 21) Narodowy Fundusz Zdrowia, Statystyka JGP, <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Start.aspx> [dostęp: 09.12.2017]
- 22) Narodowy Fundusz Zdrowia, Dostęp: <http://www.nfz.krakow.pl/dla-pacjenta/swiadczenia-medyczne/rehabilitacja/> (1.11.2017)
- 23) Pearce G. i in., *Experiences of Self-Management Support Following a Stroke: A Meta-Review of Qualitative Systematic Reviews*, PLoS ONE 2015,10 (12)
- 24) Warner G. i in., *A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: self-management programs for stroke survivors*, Disabil Rehabil. 2015, 37 (23): 2141-63
- 25) Saunders D.H., Sanderson M., Hayes S. i in., *Physical fitness training for stroke patients*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2016

- 26) Fundacja Udaru Mózgu, <http://www.fum.info.pl/page/index/105> [dostęp: 6.05.2019]
- 27) Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>
- 28) Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 217
- 29) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1510.
- 30) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190).
- 31) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127.
- 32) Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 175, ze zm.).
- 33) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1000.
- 34) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 1492.
- 35) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz. U. z 2018 r. poz. 469.
- 36) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, t.j. Dz. U. 2018 poz. 465 z późn. zm.
- 37) Zarządzenie nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką
- 38) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 595.
- 39) 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.
- 40) 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 r., poz. 2069.
- 41) 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.
- 42) Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018 r.
- 43) Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2017 r., Urząd Statystyczny w Szczecinie, 2018 r.
- 44) Rocznik Statystyczny Województwa Zachodniopomorskiego 2017, Urząd Statystyczny w Szczecinie, 2018 r.

Ankieta satysfakcji pacjenta/uczestnika Regionalnego programu zdrowotnego województwa zachodniopomorskiego - Rehabilitacja medyczna po przebytych udarach mózgowym na lata 2020-2022”

(wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych interwencji oferowanych w Programie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji					
uprzejmość osób rejestrujących					
dostępność rejestracji telefonicznej					

II. Ocena wizyt lekarskich

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza					
poszanowanie prywatności podczas wizyty					
staranność i dokładność wykonywania badania					
sposób przekazywania informacji					

III. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów					
poszanowanie prywatności podczas porad i zabiegów					
staranność i dokładność wykonywania zabiegów					
sposób przekazywania informacji nt. sposobów rehabilitacji					

IV. Ocena warunków panujących w miejscu realizacji Programu

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)					
dostęp i czystość w toaletach					
wyposażenie gabinetów					
wyposażenie sal zabiegowych					
brak barier dla niepełnosprawnych					

V. Ogólna ocena zadowolenia z Programu

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
zadowolenie z udziału w Programie					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

--