

UCHWAŁA NR 914.LXVIII.2022
RADY MIASTA CZĘSTOCHOWY

z dnia 27 października 2022 r.

w sprawie zmiany uchwały w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego „Rehabilitacja i wspieranie aktywności ruchowej dla seniorów, mieszkańców miasta Częstochowy na lata 2013- 2017”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (jt. Dz. U. z 2022 r., poz. 559 z późn. zm.), w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art.48 ust. 1 i 3, art. 48 a ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.)

Rada Miasta Częstochowy uchwala:

§ 1. 1. Przyjąć kontynuację na lata 2023-2027 programu zdrowotnego „Rehabilitacja i wspieranie aktywności ruchowej dla seniorów, mieszkańców miasta Częstochowy na lata 2013 - 2017” przyjętego uchwałą Nr 671/XXXVII/2013 Rady Miasta Częstochowy z dnia 23 maja 2013 roku, kontynuowanego w latach 2018-2022 na podstawie uchwały Nr 606.XLIV.2017 Rady Miasta Częstochowy z dnia 7 września 2017 roku.

2. Załącznik stanowiący program zdrowotny „Rehabilitacja i wspieranie aktywności ruchowej dla seniorów, mieszkańców miasta Częstochowy na lata 2013 – 2017” z uwzględnieniem kontynuacji programu na lata 2023-2027 otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Częstochowy.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 roku.

Przewodniczący Rady Miasta
Częstochowy

Zbigniew Niesmaczny

PROGRAM ZDROWOTNY

**„Rehabilitacja i wspieranie aktywności ruchowej dla seniorów, mieszkańców miasta Częstochowy na lata
2013 - 2017”**

Kontynuacja programu na lata 2018 – 2022

Kontynuacja programu na lata 2023-2027

Autor programu:

Prof. dr hab. n. med. Józef Opara, specjalista neurologii i rehabilitacji,

Kierownik Zakładu Rehabilitacji Klinicznej Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego

im. J. Kukuczki w Katowicach.

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1.1 Opis problemu zdrowotnego

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania, a także z konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym. Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO, Komisji Europejskiej i Ministerstwa Zdrowia.

Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz na kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością, jak również na aktywizację i integrację społeczną niepełnosprawnych, wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawach odpowiednich dla danych jednostek terytorialnych.

Prowadzenie przez samorzady programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych jest również uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

Aktywność fizyczna została zdefiniowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako „każdy ruch ciała wywołany przez mięśnie szkieletowe, który wymaga wydatku energetycznego”. Brak aktywności fizycznej jest czwartym czynnikiem ryzyka globalnego wskaźnika śmiertelności – szacuje się, że przyczynia się do 3,2 mln zgonów na świecie.

Regularna aktywność fizyczna - taka jak chodzenie, jazda na rowerze, czy uprawianie różnych form sportu i rekreacji - przynosi znaczące korzyści dla zdrowia. Dla przykładu, może zmniejszyć ryzyko chorób układu krążenia (zawał serca, udar mózgu), otępienia, stanowić element prewencji wtórnej (zapobiega niepełnosprawności w chorobach układu nerwowego), czy pomóc kontrolować masę ciała.

WHO zaleca „co najmniej 30 minut aktywności fizycznej dziennie o umiarkowanej intensywności przez 5 dni w tygodniu, lub co najmniej 20 minut aktywności fizycznej o dużej intensywności przez 3 dni w tygodniu. Aktywność fizyczna może być dzielona na kilka bloków. Każdy z nich powinien trwać co najmniej 10 minut. Przez 2-3 dni w tygodniu należy stosować dodatkową aktywność fizyczną, aby wzmocnić mięśnie”.

Osoby starsze, mając do dyspozycji dużo wolnego czasu, w miarę możliwości i potrzeb, mogą być aktywne w sferze realizacji własnej osoby. Z przeprowadzonych badań wynika, że emeryci w większości przeznaczają czas wolny na pomoc w codziennych obowiązkach dzieciom i wnukom, na uprawianie działki, oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie książek.

Istotnym elementem pomyślnego starzenia się jest aktywność fizyczna. Niestety u większości osób w starszym wieku obserwuje się wyraźny spadek aktywności fizycznej, która ogranicza się do codziennych czynności, takich jak: zakupy, gotowanie, sprzątanie, praca. Tymczasem zachowanie wysokiej aktywności fizycznej w wieku starszym stanowi jeden z czynników prognozujących dłuższe trwanie życia, umożliwia ludziom starszym zachowanie autonomii i niezależności, a tym samym przyczynia się do poprawy jakości ich życia.

Światowa Organizacja Zdrowia proponuje, aby programy dotyczące aktywności fizycznej wśród osób starszych uwzględniały następujące reguły:

- zajęcia mogą mieć charakter indywidualny i grupowy;
- powinno się stosować różne formy ćwiczeń: elementy rozciągania (stretching), aerobik, relaksacja;
- ćwiczenia powinny obejmować formy łatwe lub o umiarkowanym stopniu trudności: spacer, taniec, pływanie, jazda na rowerze, gimnastyka;
- składowe ćwiczeń powinny obejmować trening mięśni- ćwiczenia wytrzymałościowe, trening równowagi i elastyczności”;
- ćwiczenia powinny sprawiać radość i powodować odprężenie;
- powinny być prowadzone regularnie, jeśli to możliwe- codziennie.

Zagadnienie aktywności fizycznej docenia również Ministerstwo Zdrowia, uwzględniając ją w swoich programach zdrowotnych. Do ważniejszych form takiej działalności powinny należeć zadania związane z szeroko rozumianą aktywizacją seniorów i przyszłych seniorów. Zwrócono uwagę na fakt, że zwiększenie aktywności osób w starszym wieku zapobiega samotności i izolacji społecznej, a także umożliwia utrzymanie niezależności do późnych lat.

Polskie Forum dla Prewencji opublikowało w roku 2009 w czasopiśmie Kardiologia Polska wytyczne dotyczące aktywności fizycznej. Wytyczne te składają się z dziesięciu części. W części 1 zwraca się uwagę na szkodliwość siedzącego trybu życia, zwanego też "fizycznym lenistwem", które jest ważnym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i wielu chorób przewlekłych. Ponad 50% polskich dorosłych jest fizycznie nieaktywnych. W części 3 przytacza się dane dowodzące, że osoby aktywne fizycznie żyją około 5-7 lat dłużej niż inne. Część 6 zaleca regularną (co najmniej 3 razy w tygodniu, codziennie, jeśli to możliwe) aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności, trwającą co najmniej 30 min. Proponowane są: szybki marsz lub jogging, jazda na rowerze, ćwiczenia fizyczne, pływanie. W części 9 i 10 zwraca się uwagę na nieocenioną wartość kompleksowej rehabilitacji, a zwłaszcza gimnastyki leczniczej- kinezyterapii.

Niekwestionowane potrzeby wspierania i stymulowania ludzi starszych do utrzymania adekwatnej dla ich sprawności, aktywności fizycznej mogą być zaspokojone dzięki uruchomieniu gminnych programów, które mogłyby się opierać o współpracę z lokalnymi gabinetami i poradniami rehabilitacyjnymi. Zapisane w Narodowym Programie Zdrowia w Celu operacyjnym 9- „Tworzenie warunków dla zdrowego i aktywnego

życia osób starszych” oraz Celu operacyjnym 10- „Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych” zadania dla samorządu wskazują na potrzebę zaangażowania sił i środków dla wspierania aktywności ruchowej i wspierania rehabilitacji szczególnie osób starszych. Jedną z takich form wsparcia powinny być elementy niniejszego programu.

We wszystkich krajach uprzemysłowionych zwiększa się średni czas trwania życia ludzkiego i wzrasta liczba osób w wieku starszym. Społeczeństwo naszego kraju, mimo że należy do najmłodszych w Europie, również się starzeje. O ile w roku 1931, 4,8% ludności Polski stanowiły osoby powyżej 65 roku życia, o tyle w roku 1999 już 12 %, a przewiduje się, że w 2050 roku 21,2% ludności będą stanowiły osoby powyżej 65 roku życia. Czyli co piąty Polak będzie seniorem. Niestety, coraz dłuższe życie ludzkie nie zawsze jest życiem w pełni szczęśliwym i owocnym.

Wraz z wiekiem obniża się potencjał biologiczny człowieka. Odsetek występowania niepełnosprawności gwałtownie wzrasta w starszych grupach wiekowych, osiągając prawie 50% u osób powyżej 80 roku życia. Wzrasta również ilość współistniejących chorób przewlekłych. W tym okresie zanika chęć do ruchu, zwiększa się odsetek osób chorujących. Do chorób najczęściej występujących należą choroby układu krążenia i narządu ruchu.

Jednym z najważniejszych czynników umożliwiających tzw. „pomyślne starzenie się” jest regularna aktywność ruchowa. Głównym korzystnym oddziaływaniem aktywności ruchowej u osób starszych jest wydłużenie okresu fizycznej sprawności i niezależności – poprawa jakości życia. Trening fizyczny zwiększa wydolność fizyczną u aktywnych fizycznie w porównaniu do prowadzących siedzący tryb życia osób.

Rehabilitacja w wieku podeszłym stanowi trudną do zastąpienia i najtańszą formę leczenia. Połączenia kinezyterapii, masażu i fizykoterapii prowadzi do właściwego, szybkiego i nieinwazyjnego postępowania terapeutycznego. Dzięki temu możliwe jest skrócenie czasu trwania niepełnosprawności oraz ograniczenie stosowania farmakoterapii, która w tym okresie życia rodzi coraz więcej trudności.

Kinezyterapia stanowi bardzo ważną formę terapii stosowaną celem usprawniania seniorów. Charakterystyczne obniżenie aktywności ruchowej w tym okresie życia doprowadza często do ograniczeń samodzielności osoby starszej. Aktywność ruchowa pełni istotną rolę, tak jak prawidłowe odżywianie. Regularna aktywność ruchowa u osób starszych poprawia ogólne samopoczucie, polepszając ogólne zdrowie fizyczne i psychiczne. Pomaga zachować niezależny tryb życia, prowadząc do poprawy jakości życia. Pomaga opanować określone stany i choroby (stres, otyłość, cukrzycę i hipercholesterolemię). Zmniejsza ryzyko zachorowania na niektóre choroby (chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, osteoporozę). Pomaga minimalizować skutki pewnych nieprawidłowości, może pomagać w leczeniu stanów bólowych. Może prowadzić do zmiany stereotypowych perspektyw wieku podeszłego. Oprócz tych korzystnych efektów fizjologicznych i psychologicznych, bardzo ważne są społeczne efekty zwiększonej aktywności fizycznej u osób w wieku starszym, czyli np. zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej, czy

zwiększenie zdolności do pracy osób starszych oraz promocja pozytywnego i aktywnego obrazu osób starszych.

Regularna aktywność ruchowa u osób starszych:

- poprawia ogólne samopoczucie, polepsza ogóle zdrowie fizyczne i psychiczne,
- pomaga zachować niezależny tryb życia, prowadzi do poprawy jakości życia,
- pomaga opanować określone stany i choroby (stres, otyłość, cukrzycę i hipercholesterolemię),
- zmniejsza ryzyko zachorowania na niektóre choroby (chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, osteoporozę),
- pomaga minimalizować skutki niepełnosprawności, może pomagać w leczeniu stanów bólowych,
- może prowadzić do zmiany stereotypowych perspektyw wieku podeszłego.

1.2 Epidemiologia

W roku 2010 w NFZ na podstawie analizy zrealizowanych świadczeń stwierdzono, iż około 50% zabiegów fizjoterapeutycznych zrealizowanych na rzecz pacjentów powyżej 50 roku życia jest wykonywanych z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów. 80-90% wszystkich zabiegów fizjoterapeutycznych, które są realizowane z powodu schorzeń spowodowanych zmianami zwyrodnieniowymi (wg. rozpoznań lekarskich), jest realizowanych na rzecz pacjentów powyżej 50 roku życia (tabela 1 i 2).

Tabela 1. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych wykonywanych w 2010 roku według rozpoznania chorób zwyrodnieniowych stawów na rzecz pacjentów miasta Częstochowy w przedziałach wiekowych.

Opracowanie Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach.

| Rozpoznanie choroby | 51-60 lat | 61-70 lat | 71-80 lat | >81 r.ż. | Łącznie liczba zabiegów |
|---|------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------------------|
| M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa | 55725 | 51282 | 41217 | 5077 | 153301 |
| M15 Zwyrodnienia wielostawowe | 13800 | 18772 | 18711 | 3656 | 54939 |
| M17 Zwyrodnienie stawów kolanowych | 5971 | 7535 | 6783 | 737 | 21026 |
| M70 Choroby tkanek miękkich związane z ich zużyciem, przeciążeniem i uciskiem | 1964 | 1245 | 515 | 20 | 3744 |
| M16 Zwyrodnienie stawów biodrowych | 2483 | 2857 | 2871 | 724 | 8935 |
| M19 Inne choroby zwyrodnieniowe | 583 | 397 | 151 | | 1131 |

Tabela 2. Procentowa liczba zabiegów fizjoterapeutycznych wykonywanych w 2010 roku według rozpoznania chorób zwyrodnieniowych stawów na rzecz pacjentów miasta Częstochowy w przedziałach wiekowych.

Opracowanie Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach.

| Rozpoznanie choroby | | 51-60 lat | 61-70 lat | 71-80 lat | >81 r.ż. |
|----------------------------|---|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| M47 | Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa | 22,92% | 21,10% | 16,96% | 2,09% |
| M15 | Zwyrodnienia wielostawowe | 5,68% | 7,72% | 7,70% | 1,50% |
| M17 | Zwyrodnienie stawów kolanowych | 2,46% | 3,10% | 2,79% | 0,30% |
| M70 | Choroba tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążaniem i uciskiem | 0,81% | 0,51% | 0,21% | 0,01% |
| M16 | Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych | 1,02% | 1,18% | 1,18% | 0,30% |
| M19 | 0,24% | 0,16% | 0,06% | | |

Tabela 3. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych wykonywanych w 2011 roku według rozpoznania chorób zwyrodnieniowych stawów w klasyfikacji ICD-10 na rzecz pacjentów miasta Częstochowy w przedziałach wiekowych. Opracowanie Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach.

| Symbol choroby | 51-60 lat | 61-70 lat | 71-80 lat | >81 r.ż. |
|-----------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| M 15 | 13019 | 18484 | 20332 | 5000 |
| M 15.0 | 76 | 46 | 493 | 155 |
| M 15.9 | 608 | 1588 | 1625 | 244 |
| M 16 | 2262 | 2459 | 2832 | 625 |
| M 16.0 | 1 | | | 1 |
| M 16.1 | | 30 | | |
| M 16.9 | 50 | 50 | | |
| M 17 | 5816 | 7774 | 6431 | 829 |
| M 17.1 | 30 | 70 | | |
| M 17.3 | | 24 | | |
| M 17.9 | | 12 | 45 | |
| M 19 | 373 | 292 | 230 | 2 |
| M 19.9 | 40 | | | |
| M 47 | 54693 | 51768 | 35333 | 4820 |
| M 47.1 | 30 | | | |
| M 47.2 | | 36 | | |
| M 47.8 | 39 | 207 | 90 | |
| M 47.9 | 380 | 750 | 287 | 108 |
| M 70 | 2530 | 1623 | 866 | 147 |
| M 70.8 | 27 | | | |

Tabela 4. Procentowa liczba zabiegów fizjoterapeutycznych wykonywanych w 2011 roku według rozpoznania chorób zwyrodnieniowych stawów w klasyfikacji ICD-10 na rzecz pacjentów miasta Częstochowy w przedziałach wiekowych.

Opracowanie Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach.

| Symbol choroby | 51-60 lat | 61-70 lat | 71-80 lat | >81 r.ż. |
|-----------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| M 15 | 5,30% | 7,52% | 8,28% | 2,04% |
| M 15.0 | 0,03% | 0,02% | 0,20% | 0,06% |
| M 15.9 | 0,25% | 0,65% | 0,66% | 0,10% |
| M 16 | 0,92% | 1,00% | 1,15% | 0,25% |
| M 16.0 | | | | |
| M 16.1 | | 0,01% | | |
| M 16.9 | 0,02% | 0,02% | | |
| M 17 | 2,37% | 3,17% | 2,62% | 0,33% |
| M 17.1 | 0,01% | 0,03% | | |
| M 17.3 | | 0,01% | | |
| M 17.9 | | | 0,02% | |
| M 19 | 0,15% | 0,12% | 0,09% | |
| M 19.9 | 0,02% | 0,00% | | |
| M 47 | 22,26% | 21,07% | 14,38% | 1,96% |
| M 47.1 | 0,01% | | | |
| M 47.2 | | 0,01% | | |
| M 47.8 | 0,02% | 0,08% | 0,04% | |
| M 47.9 | 0,15% | 0,31% | 0,12% | 0,04% |
| M 70 | 1,03% | 0,66% | 0,35% | 0,06% |
| M 70.8 | 0,01% | | | |

Dostępność do świadczeń fizjoterapii dla mieszkańców miasta Częstochowy w ramach NFZ jest bardzo ograniczona ze względu na limity i niskie kontrakty, skutkuje to coraz mniejszymi możliwościami

usprawniania seniorów i wydłużającą się kolejką oczekujących pacjentów. Stąd też wobec potrzeby zapewnienia świadczeń dla pacjentów wymagających pomocy fizjoterapeutycznej w trybie przyspieszonym, pacjenci w wieku starszym przy stale rosnących problemach ze strony narządu ruchu, mają znacznie ograniczone możliwości korzystania z fachowej pomocy medycznej. Niezależnie od jednostki chorobowej o skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

1.3 Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Na terenie miasta Częstochowy mieszka 50 500 osób powyżej 65 roku życia (stan na dzień 22.09.2022 r.), co stanowi ok. 25% wszystkich mieszkańców.

1.4 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia w zakresie zabiegów fizjoterapeutycznych dla ogółu populacji w ilości niewystarczającej dla starzejącego się społeczeństwa. Zabiegi są świadczone raz w roku bądź rzadziej a seniorzy ze względu na konieczność utrzymania dobrego stanu zdrowia i niepogarszania się istniejących schorzeń wymagają takiego usprawniania minimum dwa razy w roku. Program ma na celu uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych w tej grupie wiekowej dostępnych w ramach NFZ.

1.5 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Finansowanie rehabilitacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia tylko w części pokrywa zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne. Ze względu na starzenie się społeczeństwa populacja w wieku powyżej 65 roku życia będzie systematycznie rosła liczebnie, co przełoży się na zwiększone zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne. Zwiększenie aktywności fizycznej jest najtańszą formą profilaktyki niepełnosprawności związanej z wiekiem.

2. Cele programu

2.1 Cel główny

Celem głównym programu jest zwiększenie komfortu życia osób po 65 r.ż. z dysfunkcją narządu ruchu poprzez włączenie ich do programu rehabilitacji i zachęcenie do zwiększenia aktywności fizycznej.

2.2 Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi programu są:

1. Zapobieganie następstwom chorób przewlekłych związanych z narządem ruchu.
2. Podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby poprzez edukację prawidłowego postępowania i prowadzenia odpowiedniego usprawniania.
3. Wsparcie, pomoc medyczna i rehabilitacyjna osobom przewlekle chorym z dysfunkcją narządu ruchu.
4. Zwiększenie samodzielności osób starszych z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu.

5. Propagowanie aktywności fizycznej dla osób po 65 roku życia z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu.

2.3 Oczekiwane efekty

Dzięki realizacji programu nastąpi wzrost komfortu życia pacjentów po 65 roku ze stwierdzoną dysfunkcją narządu ruchu. Stosowana terapia, działanie zabiegów usprawniających przyniesie znaczącą redukcję stresu, napięcia wynikającego z faktu choroby przewlekłej jak również zmniejszenie ilości stosowanych leków przeciwbólowych. Chęć działania spowoduje zwiększoną aktywność fizyczną, co przyczyni się do przedłużenia samodzielności tych chorych. Spowoduje też odciążenie rodzin i zmniejszenie nakładów na leczenie farmakologiczne i kosztów związanych z pielęgnacją chorych pozbawionych samoobsługi.

Nauczenie osób przewlekle chorych, że stopień ich zaangażowania w proces leczenia i usprawniania jest ważny tak samo jak pomoc fachowa. Spodziewamy się efektów u większości osób biorących udział w programie:

- zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej,
- wzrost aktywności i sprawności seniorów,
- podniesienie jakości życia.

2.4 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Świadczeniobiorcy biorący udział w Programie zostaną zobowiązani do wypełnienia ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej rehabilitacji. Otrzymają także do wypełnienia ankietę - Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ - kwestionariusz dotyczący aktywności ruchowej (siedem pytań) w okresie 7 dni poprzedzających badanie. Badanie kontrolne po upływie roku powinno wykazać poprawę aktywności fizycznej ankietowanych. Zakłada się badanie kontrole na losowo wybranej grupie pacjentów - 10% populacji uczestniczącej w programie Niekwestionowane potrzeby wspierania i stymulowania ludzi starszych do utrzymania adekwatnej dla ich sprawności, aktywności fizycznej będą zaspokojone dzięki uruchomieniu gminnego programu. Dzięki realizacji programu zapewniona będzie regularna forma opieki rehabilitacyjnej polegającej na zapewnieniu pacjentom powyżej 65 r. życia dostępu do rehabilitacji.

3. Adresaci programu

3.1 Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Na terenie Gminy Częstochowa mieszka 50 500 osób powyżej 65 roku życia (stan na 22.09.2022 r.), co stanowi ok. 25% wszystkich mieszkańców. Szacuje się, że w 2023 roku możliwe będzie włączenie do programu ok. 500 pacjentów.

3.2 Tryb zapraszania do programu

Programem zostaną objęci mieszkańcy miasta Częstochowy powyżej 65 r.ż. Celem dotarcia do wszystkich potencjalnych uczestników programu Urząd Miasta Częstochowy przeprowadzi akcję promocyjną na

stronie internetowej, w mediach. Podmioty lecznicze realizujące program umieszczą informację o programie na tablicy ogłoszeń oraz na swojej stronie internetowej.

4. Organizacja programu

4.1 Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Realizacja programu będzie polegała na zorganizowaniu regularnych form opieki rehabilitacyjnej polegającej na zapewnieniu pacjentom powyżej 65 roku życia dostępu do zabiegów z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii.

Podczas tych spotkań będziemy zachęcali pacjentów do zwiększenia aktywności fizycznej, uświadamiając im korzyści z tego płynące. Zaczniemy od wyłonienia realizatorów programu, następnie informacji o możliwości skorzystania z programu, potem przejdziemy do kwalifikacji i realizacji zabiegów u zakwalifikowanych osób. Ostatnim etapem będzie kontrolna ocena aktywności fizycznej po upływie roku na losowo wybranej grupie pacjentów- 10% populacji uczestniczącej w programie.

Realizatorzy programu tj. placówki rehabilitacyjne posiadający kontrakt z NFZ zostaną wyłonieni w drodze konkursu ofert.

4.2 Planowane interwencje

Każdy z zakwalifikowanych pacjentów w zależności od problemu zdrowotnego uzyska 10-dniowy cykl zabiegów składających się z kinezyterapii i zabiegów fizykoterapii.

4.3 Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do zabiegów zostaną zakwalifikowani mieszkańcy, którzy przekroczyli 65 rok życia i narzekają na dolegliwości ze strony narządu ruchu. Badanie kwalifikacyjne przeprowadzi lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej na podstawie dokumentu potwierdzającego schorzenia narządów ruchu.

4.4 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Każdy z zakwalifikowanych pacjentów otrzyma łącznie 30 zabiegów dostosowanych do konkretnego problemu zdrowotnego, składających się z kinezyterapii i zabiegów fizykoterapii. Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatora programu przez 5 dni w tygodniu w godzinach od 8.00 do 18.00. Realizator programu będzie realizował niniejszy program przy wykorzystaniu sprzętu rehabilitacyjnego i personelu medycznego, który nie będzie w tym samym czasie realizował świadczeń finansowanych w ramach umowy z NFZ. W związku z tym realizacja programu nie ograniczy w żaden sposób dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ.

4.5 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program jest uzupełnieniem świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ.

4.6 Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Zakończenie udziału w programie następuje z chwilą zakończenia zabiegów rehabilitacyjnych i wypełnienia ankiety końcowej. Przewiduje się możliwość kontynuacji świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umowy z NFZ.

4.7 Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Dla realizacji programu zapewnione zostanie zaplecze rehabilitacyjne dostępne na terenie miasta Częstochowy wraz z zaangażowaniem wykwalifikowanego personelu medycznego i fizjoterapeutów. Realizatorzy programu zobowiązani będą do spełnienia warunków lokalowych, sprzętowych i kadrowych wymaganych przez obowiązujące przepisy.

4.8 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Realizator programu powinien dysponować odpowiednim sprzętem i wyposażeniem rehabilitacyjnym oraz wykwalifikowanym personelem medycznym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Przy zapewnieniu wykonania wysokiej jakości świadczeń rehabilitacyjnych preferowane jest posiadanie przez realizatora programu certyfikatu jakości.

4.9 Dowody skuteczności planowanych działań

Dowodami na skuteczność programu będą 2 ankiety wypełnione przez uczestników. Jedna będzie zawierała ocenę poziomu satysfakcji z zabiegów, druga zapewni obiektywną ocenę ewentualnej poprawy aktywności fizycznej uczestników.

Opinie ekspertów klinicznych

Z danych z piśmiennictwa niezbieżnie wynika, że rehabilitacja i aktywność fizyczna są skutecznymi sposobami na zapobieganie niepełnosprawności w schorzeniach narządu ruchu. Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach NFZ jest ograniczona ze względu na limity i niskie kontrakty, co skutkuje coraz mniejszymi możliwościami usprawniania seniorów i wydłużającą się kolejką oczekujących pacjentów. Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz na kompleksową rehabilitację osób niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością, jak również na aktywizację i integrację społeczną niepełnosprawnych, wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych w ustawach. Stąd pilna potrzeba wdrażania programów umożliwiających chorym lepszy dostęp do rehabilitacji.

Dzięki Programowi każdy z zakwalifikowanych pacjentów uzyska dostęp do 10-dniowego cyklu zabiegów rehabilitacyjnych. Dzięki realizacji tego programu zapewniona będzie regularna forma opieki rehabilitacyjnej pacjentom powyżej 65 r. życia poprzez dostęp do zabiegów z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii.

Zaangażowanie wykwalifikowanego personelu medycznego zapewni pacjentom pełne bezpieczeństwo. Podczas wizyt należy zachęcać mieszkańców do zwiększenia ich aktywności fizycznej, przedstawiając korzyści z tego płynące.

5. Koszty

5.1 Koszty jednostkowe

Szacunkowy koszt uwzględniający 10 - dniowy cykl zabiegów składających się z kinezyterapii i zabiegów fizykoterapeutycznych oraz wizytę lekarską kwalifikującą pacjenta do zabiegów i ustalającą rodzaj terapii wyniesie ok. 300 zł na jednego pacjenta z zastrzeżeniem, że koszt ten może ulec zmianie o wskaźnik inflacji.

5.2 Planowane koszty całkowite

Roczny koszt programu ustala się na kwotę ok.150 000,00 zł. W kolejnych latach wysokość kwoty na realizację programu uzależniona będzie od możliwości finansowych gminy i określona w budżecie miasta Częstochowy na dany rok budżetowy.

Szczegółowe koszty zostaną określone przez podmioty przystępujące do konkursu ofert.

5.3 Źródła finansowania, partnerstwo

Program w całości będzie finansowany z budżetu miasta Częstochowy.

5.4 Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Z uwagi na ograniczenia finansowania ze środków publicznych rehabilitacji leczniczej oraz wzrastający procent populacji seniorów samorząd uznał, iż uzasadnione jest podjęcie działań mających na celu zwiększenie dostępu dla seniorów do świadczeń rehabilitacyjnych. Samorząd uznał za wysoce istotną rolę prowadzenie działań w zakresie rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej seniorów, jak również konsekwencji ekonomiczno-społecznych finansowania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, w obliczu obserwowanych oraz prognozowanych krytycznych zmian demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

6. Monitorowanie i ewaluacja

6.1 Ocena zgłaszalności do programu

Realizator programu zobowiązany będzie do składania comiesięcznych sprawozdań z realizacji programu zawierające następujące dane:

- ilość przyjętych pacjentów,
- ilość zrealizowanych świadczeń rehabilitacyjnych

6.2 Ocena jakości świadczeń w programie

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji programu przez Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Częstochowy w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

6.3 Ocena efektywności programu

Świadczeniobiorcy biorący udział w Programie zostaną zobowiązani do wypełnienia ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej rehabilitacji. Otrzymają także do wypełnienia ankietę - Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ - kwestionariusz dotyczący aktywności ruchowej (siedem pytań).

7. Okres realizacji Programu

Z uwagi na przewlekłe dolegliwości pacjentów w wieku pow. 65 r. życia i potrzeby wsparcia rehabilitacyjnego oraz zwiększanie zainteresowania wspieraniem aktywności ruchowej, szczególnie w wieku starszym, niniejszy Program powinien być realizowany w perspektywie wieloletniej, stąd też założenie, że Program będzie kontynuowany w latach 2023-2027.

Wybrane pozycje piśmiennictwa:

1. Instytut Żywności i Żywienia. Rola aktywności fizycznej w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu. http://www.izz.waw.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=40&
2. Kaczmarczyk M., Trafiałek E. Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontologia Polska* 2007; 15(4): 116–118.
3. Opara J., Kucio C., Socha T., Szczygieł J. Rola aktywności fizycznej w zapobieganiu niepełnosprawności w stwardnieniu rozsianym. *Rehabilitacja Medyczna* 2012; 16(2): 34-46.
4. Opara J. Rola aktywności fizycznej i umysłowej w zapobieganiu otępieniom. w: (red.) J. Leszek. *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*. Wyd. Continuo, Wrocław 2011, s. 443-454.
5. Piotrowski R., Podolec P., Kopec G. i wsp. Polish Forum for Prevention Guidelines on physical activity. *Kardiologia Polska* 2009; 67: 573-575.
6. Saelens B.E., Sallis J.F., Black J.B., Chen D. Neighborhood-based differences in physical activity: An environment scale evaluation. *Am. J. Public Health* 2003; 93: 1552-1558.
7. WHO. Physical activity. www.who.int/topics/physical_activity/en/
8. WHO. Move for Health. (2002). <http://www.who.int/moveforhealth/en>