



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubelskie  
*Smakuj życie!*

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

## NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029

Podstawa opracowania Programu Polityki Zdrowotnej:

Art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.).



LUBLIN 2026

NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji  
Neurologicznej na lata 2026-2029

**Nazwa Dokumentu:**  
**Program Polityki Zdrowotnej pn.:**

**NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029**

dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w związku z projektem pn.: „Opracowanie czterech programów związanych ze środowiskiem pracy, w tym dwóch programów profilaktycznych w obszarze chorób układu krążenia i nowotworowych oraz dwóch programów rehabilitacyjnych w obszarze chorób układu krążenia i układu nerwowego” w ramach Działania 9.5 Ochrona środowiska pracy Priorytet IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

Nr Umowy: 12/FELU.09.05-IZ.00-0012/24-00

**Autorzy Dokumentu:**

Rada Programowa do opracowania programu rehabilitacyjnego w obszarze chorób układu nerwowego w ramach projektu pn. „Opracowanie czterech programów związanych ze środowiskiem pracy, w tym dwóch programów profilaktycznych w obszarze chorób układu krążenia i nowotworowych oraz dwóch programów rehabilitacyjnych w obszarze chorób układu krążenia i układu nerwowego” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej

1. Anna Rutczyńska-Rumińska - Dyrektor WOMP CP-L w Lublinie - Przewodnicząca Rady
2. Iwona Kochaniec - Kierownik Ośrodka Profilaktyki i Promocji Zdrowia - Członek Rady
3. Sebastian Słoboda - Starszy specjalista Ośrodka Profilaktyki i Promocji Zdrowia - Członek Rady
4. Anna Wojewoda-Właż – lekarz specjalista neurolog - Członek Rady
5. Anna Bartoszczyk – mgr fizjoterapii - Członek Rady

przy współpracy z ekspertem:

*Konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii - Pan prof. dr hab. n. med. Konrad Rejda*

Program uwzględnia uwagi zawarte w Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 29/2026 z dnia 22 kwietnia 2026 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029”.

## Spis treści

SŁOWNIK SKRÓTÓW .....	3
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	4
1.1. Opis problemu zdrowotnego .....	4
1.2. Dane epidemiologiczne .....	9
1.2.1. Demografia populacji Polski w aspekcie chorób układu nerwowego .....	9
1.2.2. Choroby układu nerwowego ICD10 G00-G99 – liczba pacjentów i wydatki w latach 2019-2023 .....	13
1.2.3. Epidemiologia wybranych chorób układu nerwowego będącymi istotnymi problemami związanymi z zagrożeniem opuszczenia rynku pracy .....	18
1.3. Opis obecnego postępowania .....	23
1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia regionalnego programu zdrowotnego ..	25
1.4.1. Strategie krajowe .....	25
1.4.2. Strategie regionalne .....	27
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji ...	29
2.1. Cel główny .....	29
2.2. Cele szczegółowe .....	29
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	30
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....	32
3.1. Populacja docelowa .....	32
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w regionalnym programie zdrowotnym oraz kryteria wyłączenia z regionalnego programu zdrowotnego .....	35
3.2.1. Kryteria włączenia .....	36
3.2.2. Kryteria wyłączenia .....	36
3.3. Planowane interwencje .....	37
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach regionalnego programu zdrowotnego .....	52
3.5. Sposób zakończenia udziału w regionalnym programie zdrowotnym .....	56
IV. Organizacja regionalnego programu zdrowotnego .....	57
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	57
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	59



V.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....	61
5.1.	Monitorowanie .....	61
5.2.	Ewaluacja .....	63
VI.	Budżet programu polityki zdrowotnej .....	65
6.1.	Budżet i metodologia szacowania kosztów programu.....	65
6.2.	Koszty jednostkowe .....	66
6.2.1.	Koszty przygotowawcze .....	66
6.2.2.	Koszt interwencji .....	66
6.2.3.	Koszty personelu organizacyjnego i zarządzającego.....	67
6.3.	Koszty całkowite .....	67
6.4.	Źródła finansowania .....	70
	Bibliografia .....	71
	Załączniki: .....	74

## SŁOWNIK SKRÓTÓW

AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BAEL	Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
CEIDG	Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej
ChUN	Choroby układu nerwowego
DALY	Lata życia skorygowane niesprawnością z (ang. <i>disability-adjusted life years</i> )
EAN	Europejskiej Akademii Neurologii (ang. <i>European Academy of Neurology</i> )
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EQ-5D-5L	Kwestionariusz pomiaru jakości życia
FEL	Program Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
FTSST	test 5-krotnego wstawania z krzesła ang. ( <i>Five Timed Sit to Stand</i> )
GBD	Globalne Obciążenie Chorobami
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICF	Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia
IPAQ	Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej
IPKR	Indywidualny Program Kompleksowej Rehabilitacji
IZ	Instytucja Zarządzająca Programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
JST	Jednostka samorządu terytorialnego
KRN	Kompleksowa Rehabilitacja Neurologiczna
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MPZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	Narodowy Instytut Doskonałości Zdrowia i Opieki (ang. <i>National Institute for Health Care Excellence</i> )
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
OK	Ośrodek Koordynujący
OREW	Ośrodek Rehabilitacyjno Edukacyjno Wychowawczy
ORK	Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej
ORW	Ośrodek Rehabilitacyjno Wychowawczy
OUN	Ośrodkowy układ nerwowy
OzN	Osoba z Niepełnosprawnością
OZW	Ostre Zespoły Wieńcowe
PEFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PTN	Polskie Towarzystwo Neurologiczne
PUP	Powiatowy Urząd Pracy
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
SGI	Indeks społeczno-demograficzny (Socio-Demographic Index)
SIGN	Szkocka Międzyuczelniana Sieć Wytucznych (ang. <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i> )
SLA	Stwardnienie Zanikowe Boczne
SN	Stwardnienie rozsiane
SPdP	Szkoła Przystosowująca do Pracy
TUG	Test Up & Go
UE	Unia Europejska
UMWL	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i> )
WPT	Wojewódzki Plan Transformacji
YLD	Lata życia z niepełnosprawnością (ang. <i>years lived with disability</i> )
YLL	Utracone potencjalne lata życia (ang. <i>years of life lost</i> )
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

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

## 1.1. Opis problemu zdrowotnego

Diagnoza stanu potrzeb zdrowotnych w obszarze chorób układu nerwowego wskazuje na zasadność interwencji w obszarze wsparcia osób pracujących i zarejestrowanych w PUP zmagających się ze schorzeniami neurologicznymi, które stanowią często ograniczenie ich aktywności zawodowej.

Realizacja programu rehabilitacji dla pacjentów ze schorzeniami układu ruchu o podłożu neurologicznym na terenie województwa lubelskiego jest konieczna zarówno ze względu na wysoką zachorowalność w regionie, jak i znaczący wpływ takich schorzeń na zdolność do pracy oraz funkcjonowanie społeczne pacjentów. Choroby układu nerwowego, takie jak udar mózgu, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane czy neuropatie obwodowe, należą do głównych przyczyn hospitalizacji w regionie i prowadzą do długotrwałej niepełnosprawności. Według danych Mapy Potrzeb Zdrowotnych, wskaźnik hospitalizacji z powodu chorób neurologicznych w województwie lubelskim w 2019 roku wynosił 1,73 na 1000 mieszkańców, co przekracza średnią krajową<sup>1</sup>.

Choroby układu nerwowego (ChUN) w klasyfikacji ICD-10 stanowią VI Rozdział (kody od G00 do G99). Jest to niezwykle zróżnicowana grupa schorzeń, które obejmują zarówno ośrodkowy układ nerwowy (mózg i rdzeń kręgowy), jak i obwodowy układ nerwowy (nerwy czaszkowe, korzenie i sploty nerwowe) oraz złącza nerwowo-mięśniowe. ChUN charakteryzują się niezwykle złożoną symptomatologią obejmującą deficyty motoryczne, takie jak niedowłady i spastyczność, zaburzenia czuciowe w postaci bólów neuropatycznych oraz dysfunkcje wegetatywne, co w połączeniu z ich często przewlekłym i postępującym charakterem wymusza stałe monitorowanie stanu pacjenta i elastyczne dostosowywanie planu terapii. Ze względu na wysokie ryzyko trwałej niepełnosprawności, stanowiącej jedną z głównych przyczyn długotrwałej niezdolności do pracy i utraty samodzielności, schorzenia te są traktowane priorytetowo w programach rehabilitacyjnych, przy czym proces usprawniania utrudniają często współwystępujące zaburzenia funkcji poznawczych oraz afazja, co ostatecznie determinuje konieczność stosowania podejścia interdyscyplinarnego opartego na ścisłej współpracy neurologa, pielęgniarki, fizjoterapeuty, neurologopedy oraz psychologa.

G00–G09 Choroby zapalne ośrodkowego układu nerwowego

G10–G13 Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy

G20–G26 Zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych

G30–G32 Inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego

G35–G37 Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego

G40–G47 Zaburzenia okresowe i napadowe

G50–G59 Zaburzenia obejmujące nerwy, korzenie nerwów rdzeniowych i sploty nerwowe

G60–G64 Polineuropatie i inne zaburzenia obwodowego układu nerwowego

<sup>1</sup> Mapy Potrzeb Zdrowotnych. *Choroby układu nerwowego w województwie lubelskim*. bazy.mz.gov.pl, 2019.

G70–G73 Choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni  
G80–G83 Mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne  
G90–G99 Inne zaburzenia układu nerwowego

Do projektu kwalifikowani będą pacjenci z rozpoznaniem choroby przewlekłej układu nerwowego w wywiadzie wg ICD-10:

G05 – Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej – proces zapalny OUN występujący wtórnie do infekcji bakteryjnych, wirusowych lub chorób układowych.

G12 – Rdzeniowy zanik mięśni i zespoły pokrewne – Choroba genetyczna powodująca stopniowy zanik mięśni na skutek degeneracji motoneuronów w rdzeniu kręgowym.

G25 – Inne zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych– obejmuje tiki, drżenie samoistne, dystonie i inne zaburzenia związane z układem pozapiramidowym.

G35 – Stwardnienie rozsiane: bliżej nieokreślone, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, rozsiane, uogólnione– przewlekła choroba autoimmunologiczna ośrodkowego układu nerwowego prowadząca do demielinizacji i postępującej niepełnosprawności.

G54 – Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych – obejmują schorzenia powodujące ucisk lub uszkodzenie korzeni nerwowych oraz splotów (np. ramiennego, lędźwiowo-krzyżowego), powodują bóle promieniujące, osłabienie siły i zaburzenia czucia. np. neuropatie uciskowe, uszkodzenia korzeni).

G55 – Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej – czyli np. zespoły bólowe, uszkodzenia splotu nerwowego w obrębie kończyny, czy zaburzenia wtórne do innych patologii, takich jak guzy nowotworowe, infekcje czy zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.

G56 – Mononeuropatie kończyny górnej – uszkodzenia pojedynczych nerwów kończyny górnej, najczęściej nerwu pośrodkowego (zespół cieśni nadgarstka), łokciowego lub promieniowego. Objawiają się bólem, drętwieniem, osłabieniem siły i zanikiem mięśni.

G63 – Polineuropatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej – uszkodzenie wielu nerwów w przebiegu innych chorób, np. cukrzycy, nowotworów, infekcji, stanowiąca dużą część schorzeń pracowniczych i populacyjnych

G71 – Pierwotne zaburzenia mięśniowe – wrodzone dystrofie i miopatie, charakteryzujące się postępującym osłabieniem mięśni i niepełnosprawnością, wpływające na siłę mięśniową, wytrzymałość, wykonywanie pracy zawodowej.

G81 – Porażenie połowicze (hemiplegia/hemipareza) – upośledzenie ruchowe jednej połowy ciała, zwykle jako powikłanie udaru lub urazu mózgu, często stan po udarze mózgu lub urazie mózgowo-czaszkowym, z ogromnym wpływem na sprawność i zdolność pracy.

I69 – Następstwa chorób naczyniowych mózgu – trwałe skutki udarów mózgu – niedowład, afazja, zaburzenia poznawcze.

Wymienione wyżej schorzenia należą do grupy chorób układu nerwowego, które w znacznym stopniu ograniczają sprawność ruchową, samodzielność funkcjonalną oraz zdolność do pracy zawodowej, a tym samym wymagają kompleksowej, systematycznej rehabilitacji neurologicznej. Wymienione jednostki mają wspólny mianownik patofizjologiczny – prowadzą do upośledzenia funkcji układu nerwowego, często przebiegają przewlekłe, z okresami zaostrzeń i remisji, a w konsekwencji ograniczają zdolność do samodzielnego funkcjonowania oraz aktywności zawodowej.

Wiele spośród tych chorób ma charakter przewlekły, postępujący lub nawrotowy, przez co rehabilitacja stanowi nie tylko element leczenia, ale często jedyną skuteczną metodę podtrzymania sprawności i profilaktyki nawrotów oraz zaostrzeń.

Wybór tych jednostek chorobowych wynika z ich dominującego znaczenia w populacji osób czynnych zawodowo oraz udowodnionej naukowo najwyższej efektywności rehabilitacji w tych obszarach, co potwierdzają dane z rutynowych badań profilaktycznych pracowników. Grupa ta obejmuje schorzenia o największym potencjale naprawczym, takie jak następstwa chorób naczyniowych mózgu (I69, G81) i zapalenia OUN (G05), gdzie dzięki neuroplastyczności można skutecznie przywracać utracone funkcje, a także najczęstsze patologie narządu ruchu i układu nerwowego diagnozowane u pracowników, w tym mononeuropatie (G56) oraz zaburzenia korzeniowe (G54, G55). Włączenie chorób postępujących i przewlekłych, takich jak stwardnienie rozsiane (G35), polineuropatie (G63) czy rzadsze dystrofie i zaniki mięśniowe (G12, G71), jest uzasadnione koniecznością wczesnej kompensacji deficytów i spowalniania niepełnosprawności, co bezpośrednio zapobiega trwałej utracie zdolności do pracy. Wybrane kody ICD-10 stanowią zatem komplementarny zestaw schorzeń, w których intensywne rehabilitacja neurologiczna nie tylko przynosi najlepsze efekty kliniczne w postaci poprawy siły i koordynacji, ale również generuje realne korzyści społeczne poprzez redukcję absencji chorobowej i skuteczną reintegrację zawodową pacjentów.

Zgodnie z Załącznikiem 1: Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubelskiego na podstawie danych za 2019 r. zawartym w Mapie potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 120 dni).<sup>2</sup> W porównaniu z nowszą wersją MPZ sytuacja niemal nie uległa poprawie. MPZ diagnozuje, że popyt na świadczenia rehabilitacyjne przewyższa podaż, w związku z tym zaleca zwiększenie dostępności do tych świadczeń.

Natomiast dla porównania zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację był bardzo długi (np. rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych w trybie pilnym: 270 dni, ośrodek rehabilitacji dziennej w trybie pilnym: 158 dni, fizjoterapia ambulatoryjna w trybie pilnym: 116 dni). Na fizjoterapię ambulatoryjną w marcu 2023 r. oczekiwało 959 tys. pacjentów, co w odniesieniu do liczby 3,06 mln pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej w całym 2023 r. pokazuje skalę braku zaspokojenia potrzeby na świadczenia.<sup>3</sup>

WPT rekomenduje zwiększenie liczby udzielanych świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w funkcjonujących podmiotach leczniczych województwa lubelskiego uzasadniając wzrostem zapotrzebowania związanym z sytuacją demograficzną i epidemiologiczną. Na terenie

<sup>2</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.

<sup>3</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. Warszawa, czerwiec 2025

województwa lubelskiego występuje długi czas oczekiwania na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej.<sup>4</sup>

W Polsce pacjenci trafiają na rehabilitację najczęściej z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (72%), chorób układu nerwowego (16%), pozostałe (13%), chorób układu krążenia (4%), innych chorób niezakaźnych (1,3%), zaburzeń psychicznych (0,8%), nowotworów (0,7%), przewlekłych chorób układu oddechowego (0,7%) oraz chorób narządów zmysłu (0,5%). Na terenie województwa lubelskiego rehabilitacja występuje najczęściej z powodów: chorób układu mięśniowo-szkieletowego (69%), chorób układu nerwowego (20%), pozostałe (14%), chorób układu krążenia (3%), zaburzeń psychicznych (1%), innych chorób niezakaźnych (1%)<sup>5</sup>

W porównaniu z danymi ogólnopolskimi województwo lubelskie charakteryzuje się wyraźnie wyższym udziałem pacjentów kierowanych na rehabilitację z powodu chorób układu nerwowego (20% wobec 16% w skali kraju). Oznacza to, że w regionie zapotrzebowanie na rehabilitację neurologiczną jest proporcjonalnie większe, co może wynikać zarówno z lokalnej struktury demograficznej, jak i większego obciążenia chorobami neurologicznymi. Jednocześnie udział pacjentów z chorobami mięśniowo-szkieletowymi i krążenia jest w regionie nieco niższy niż średnia krajowa, co dodatkowo podkreśla znaczenie rehabilitacji neurologicznej na Lubelszczyźnie.

Jak wskazuje MPZ 2027-2031, ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji dziennej, rehabilitacji ogólnoustrojowej, pulmonologicznej i neurologicznej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej. Ponadto należy mieć na uwadze zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach. Ponadto, z danych GUS wynika, że częstość występowania neuropatii obwodowych i zaburzeń ruchu u osób w wieku 30–60 lat systematycznie wzrasta, co przekłada się na spadek aktywności zawodowej i wzrost kosztów społecznych niezdolności do pracy.<sup>6</sup>

Program rehabilitacji neurologicznej jest realizowany w oparciu o indywidualne potrzeby pacjentów, uwzględniając stopień zaawansowania schorzenia, wiek i potencjał funkcjonalny pacjenta. Wczesne rozpoczęcie terapii, najlepiej już od pierwszych dni po wystąpieniu incydentu neurologicznego, zwiększa szanse na odzyskanie sprawności i umożliwia skrócenie czasu niezdolności do pracy<sup>7</sup>. Rehabilitacja przyczynia się do przywrócenia zdolności do samodzielnego funkcjonowania, redukcji objawów neurologicznych, poprawy jakości życia oraz ułatwia reintegrację zawodową pacjentów. W przypadku udaru mózgu, intensywna i wielodyscyplinarna terapia znacząco zwiększa prawdopodobieństwo powrotu pacjenta do aktywności zawodowej, a w chorobach przewlekłych, takich jak Parkinson czy stwardnienie rozsiane, systematyczna rehabilitacja pozwala utrzymać funkcje ruchowe i

<sup>4</sup> Zaktualizowany Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026, Załącznik do obwieszczenia Wojewody Lubelskiego z dnia 31 grudnia 2024 r.

<sup>5</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/>, dostęp 16.01.2026 r.

<sup>6</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. Warszawa, czerwiec 2025

<sup>7</sup> Fizjomed Pro. *Rehabilitacja po udarze mózgu i wartość terapeutyczna*. fizjomed.pro, 2024

zdolność do pracy na możliwie wysokim poziomie. Dodatkowo, rehabilitacja poudarowa powinna odbywać się w domu lub w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych (CSBPR 2016, ESC 2016). Zaleca się wprowadzenie rehabilitacji poudarowej w formie ćwiczeń fizycznych (ESO 2025, AHA/ASA 2024, SIGN/RCP/RCPI/NICE 2023, AHA/ASA 2021, ESC 2021). Osoby w trakcie rehabilitacji po udarze powinny być brane pod uwagę przy telerehabilitacji, przy czym takie działanie powinno być rozważane wyłącznie w zakresie uzupełnienia konwencjonalnej rehabilitacji face-to-face (SIGN/RCP/RCPI/NICE 2023).<sup>8</sup>

Podsumowując, realizacja programu rehabilitacji układu ruchu z przyczyn neurologicznych w województwie lubelskim jest uzasadniona epidemiologicznie, medycznie i społecznie. Wysoka zachorowalność, istotne ograniczenia w funkcjonowaniu pacjentów, długie czasy oczekiwania oraz znacząca wartość terapeutyczna rehabilitacji w powrocie do pracy wskazują na potrzebę realizacji RPZ, zwiększenia dostępności miejsc stacjonarnych i ambulatoryjnych, skrócenia kolejek oraz zapewnienia wysokiej jakości usług terapeutycznych w regionie. Dla osiągnięcia szybkich oraz, co najistotniejsze, skutecznych efektów zaplanowano holistyczne podejście do realizacji projektu pn. „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029”. Realizacja programu obejmująca rehabilitację medyczną, wsparcie logopedyczne, psychologiczne, ergonomiczne oraz edukację pielęgniarską, wymaga kompleksowego podejścia. Oznacza to uwzględnienie wszystkich aspektów zdrowia i funkcjonowania osoby uczestniczącej w programie – zarówno fizycznych, jak i psychicznych oraz społecznych.

Każdy z elementów programu pełni istotną rolę w procesie powrotu do pracy i aktywizacji zawodowej:

- **Badanie pielęgniarskie** – ma na celu wszechstronną ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz identyfikację jego indywidualnych potrzeb i problemów zdrowotnych. Podczas badania pielęgniarka zbiera szczegółowy wywiad dotyczący aktualnego stanu zdrowia, przebytych i współistniejących chorób, zbiera wywiad zawodowy, identyfikuje czynniki ryzyka, w tym również zawodowe.
- **Badanie lekarskie** – lekarz określa rodzaj i zaawansowanie schorzeń neurologicznych oraz chorób towarzyszących, określa ryzyko powikłań, ocenia szanse na powrót do jak najlepszej sprawności.
- **Ocena przez rehamanagera** – ocena funkcjonalna pacjenta, analiza dokumentacji i wywiad są podstawą do zaplanowania Indywidualnego Programu Kompleksowej Rehabilitacji (IPKR)
- **Rehabilitacja neurologiczna** – pełni rolę kluczowego ogniwa, którego celem jest maksymalna regeneracja funkcji układu nerwowego (w tym poprzez wykorzystanie mechanizmu neuroplastyczności), a tym samym maksymalne przywrócenie utraconych funkcji układu nerwowego oraz poprawa jakości życia pacjenta poprzez dążenie do jego pełnej niezależności fizycznej, psychicznej i społecznej
- **Terapia logopedyczna** – diagnoza oraz zajęcia z logopedą – działania te wspierają osoby z zaburzeniami mowy i komunikacji, które realnie utrudniają pracę, relacje zawodowe i kontakty społeczne, powodując nieporozumienia, frustrację, izolację,

<sup>8</sup> Rekomendacja nr 165/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu

poczucie odrzucenia i problemy z budowaniem więzi. Prowadzą do nieefektywnej wymiany informacji, błędnej interpretacji intencji, a także mogą wpływać negatywnie na samopoczucie i pewność siebie.

- **Wsparcie psychologiczne** – umożliwia stabilizację stanu emocjonalnego, redukcję lęku i depresyjności, wzmacnianie motywacji do rehabilitacji, adaptację do utraty sprawności i zmian ról życiowych, a także wspierają procesy poznawcze poprzez trening funkcji wykonawczych i strategie kompensacyjne, co łącznie przekłada się na poprawę jakości życia pacjentów oraz zwiększenie efektywności leczenia i rehabilitacji.
- **Ukierunkowana edukacja zdrowotna** – pielęgniarka edukuje w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy oraz w zakresie profilaktyki chorób z obszaru układu nerwowego, a także poradnictwo zdrowotne dotyczące stylu życia i samodzielnego radzenia sobie z chorobą lub niepełnosprawnością.

Holistyczne podejście zakłada, że specjaliści współpracują, wymieniają się informacjami i dostosowują działania do indywidualnych potrzeb uczestnika. Przykładowo, psycholog może współpracować z pielęgniarką specjalistką w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących, aby pomóc w przezwyciężeniu lęku przed powrotem do pracy, a logopeda z rehabilitantem, aby uwzględnić techniki wspierające komunikację w pracy.

Każdy uczestnik programu ma inne potrzeby, dlatego ważne jest dostosowanie działań do jego sytuacji zdrowotnej, zawodowej i emocjonalnej. Holistyczne podejście pozwala na opracowanie spersonalizowanego planu rehabilitacji, w postaci Indywidualnego Programu Kompleksowej Rehabilitacji, który będzie uwzględniał zarówno ograniczenia, jak i mocne strony uczestnika.

Kompleksowa rehabilitacja, która łączy różne formy wsparcia, zwiększa szanse na pełniejszy powrót do zdrowia i pracy. Dzięki integracji działań możliwe jest nie tylko przywrócenie sprawności fizycznej, ale także wzmocnienie psychiczne i społeczna reintegracja uczestnika. Podsumowując, holistyczne podejście w realizacji programu kompleksowej rehabilitacji jest kluczowe dla osiągnięcia trwałych i skutecznych efektów. Uwzględnia ono wszystkie aspekty zdrowia i życia zawodowego uczestnika, pozwalając na jego pełniejsze i szybsze przywrócenie do aktywności zawodowej oraz społecznej.

## 1.2. Dane epidemiologiczne

### 1.2.1. Demografia populacji Polski w aspekcie chorób układu nerwowego

Województwo lubelskie należy do obszarów depopulacyjnych. Liczba ludności województwa z roku na rok systematycznie maleje. Jest to wynikiem utrzymującego się stale ujemnego salda migracji, które występuje od połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku oraz ujemnego przyrostu naturalnego od końca lat dziewięćdziesiątych.<sup>9</sup>

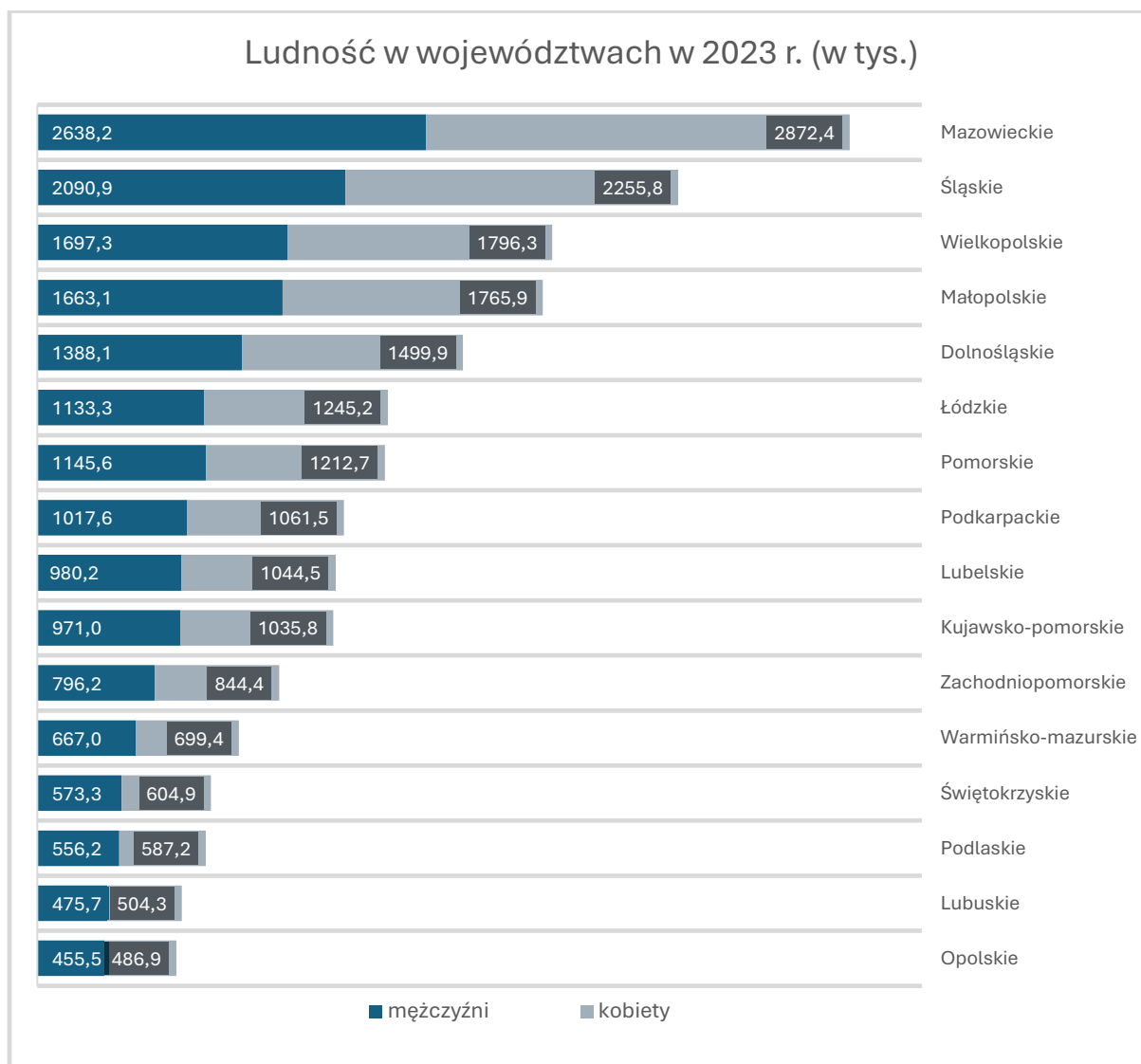
Struktura ludności według płci w województwie lubelskim w perspektywie ostatnich dwudziestu kilku lat nie zmieniła się znacząco, natomiast struktura ludności według wieku zmienia się z roku na rok. Systematycznie maleje liczba dzieci i młodzieży, przy równoczesnym wzroście liczby ludności w wieku powyżej 65 lat. Oznacza to, że w województwie lubelskim, podobnie jak w kraju, trwa proces starzenia się społeczeństwa.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Wojewódzki plan transformacji województwa lubelskiego na lata 2022-2026, Lublin 2021

<sup>10</sup> „Sytuacja demograficzna województwa lubelskiego w 2023 r.”

W 2023 r. we wszystkich województwach odnotowano ubytek naturalny. Najwyższy przyrost naturalny występował przez ostatnie kilka lat w woj. pomorskim - w 2019 r. współczynnik wyniósł 1,5‰, obecnie jest ujemny. Następnym województwem, podobnym pod tym względem do woj. pomorskiego, jest małopolskie, w którym po raz kolejny od kilku lat odnotowano ujemny przyrost. Województwa te cechuje wysoka rodność i jednocześnie stosunkowo niska umieralność. Z kolei woj. mazowieckie notuje od lat najwyższe saldo stałych migracji wewnętrznych i zagranicznych (o natężeniu 2,3‰ w 2023 r.) oraz jedno z wyższych natężeń urodzeń.

Populacja Polski w 2023 r. wynosiła ponad 37,6 mln, natomiast liczba mieszkańców w poszczególnych województwach przedstawia poniższy wykres:



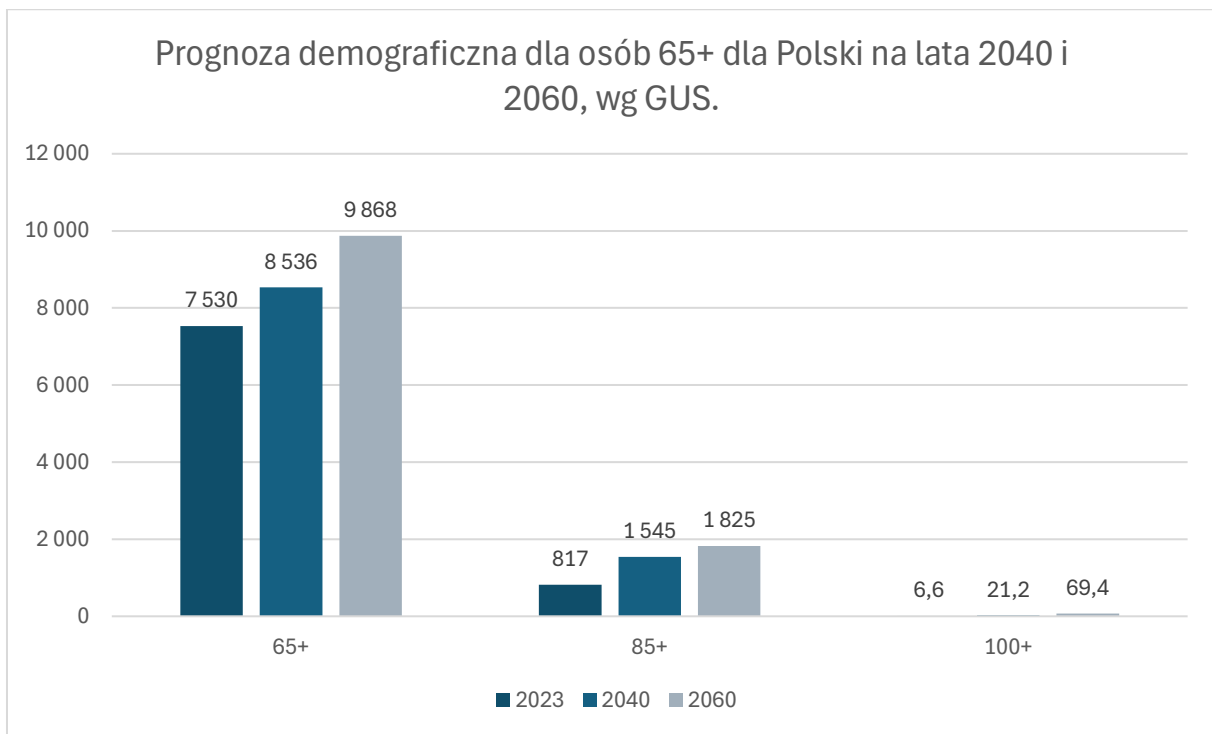
W 2023 r. liczba mieszkańców zmniejszyła się w 14 województwach. Od kilkunastu lat dotyczy to województw: łódzkiego, opolskiego, lubelskiego, śląskiego i podlaskiego. Od 2010 r. dołączyły do nich jeszcze świętokrzyskie i zachodniopomorskie, w 2018 r. podkarpackie, a następnie wielkopolskie i małopolskie. Od kilku lat największy ubytek liczby ludności ma

<https://lublin.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-demograficzna-województwa-lubelskiego-w-2023-r-1,23.html>

miejsce w woj. świętokrzyskim – w 2023 r. było to -0,8%. Występuje tu najwyższy współczynnik ubytku naturalnego wynoszący -6,1‰ oraz jeden z najwyższych współczynników ujemnego salda migracji na pobyt stały (-2,3‰)

Najnowsze prognozy demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego przewidują, że populacja spadnie do 35,3 mln w 2040 r. i do 32,9 mln w 2060 r. (o 12,5% w stosunku do 2023 r.).<sup>11</sup>

Trwający proces starzenia się ludności Polski będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużanie trwania życia i dalszego trwania życia, jest pogłębiany przez niski poziom dzietności. Obecnie indeks starości wynosi 133, tj. na 100 „wnuczków” (dzieci w wieku 0-14 lat) przypada 133 „dziadków” (osób w wieku 65 i więcej lat), a różnica w wielkości tych populacji wynosi 1,9 mln na niekorzyść dzieci (w miastach sięga 1,8 mln, a na terenach wiejskich – 79 tys.). Indeks starości wzrasta z roku na rok (w 2022 r. wynosił 126), co w przyszłości będzie skutkowało zmniejszaniem się podaży pracy i utrudnieniami w systemie zabezpieczenia społecznego w wyniku wzrostu liczby i odsetka osób w starszym wieku.<sup>12</sup>



- Wyniki „Prognozy ludności na lata 2023–2060” wskazują na prognozowany wyraźny ubytek ludności do 2060 r. W scenariuszu głównym przewiduje się spadek do 30,4 mln osób (natomiast w scenariuszach alternatywnych odpowiednio do 26,7 mln w niskim oraz do 34,8 mln w wysokim).
- Będzie postępował proces starzenia się ludności Polski, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej oraz duży spadek liczby dzieci i młodzieży (0–17 lat). Jedynie w scenariuszu wysokim przewiduje się utrzymanie liczby osób poniżej 18 lat na poziomie zbliżonym do 2022 r.

<sup>11</sup> Prognoza ludności na lata 2023–2060, GUS, Warszawa 2023

<sup>12</sup> Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r., GUS Warszawa 2023

Proces starzenia się ludności postrzegany w wymiarze jednostkowym i społecznym stawia trudne wyzwania o wielopłaszczyznowym wymiarze, a więc nie tylko w sferze ekonomicznej, lecz również zdrowotnej i socjalnej.

**Polska, dla której prognozy rozwoju ludności są obecnie niesprzyjające, będzie musiała zmierzyć się ze wszystkimi problemami wynikającymi z niekorzystnych trendów demograficznych. Dotyczy to także regionów i mniejszych jednostek terytorialnych, szczególnie tych o najstarszej strukturze wieku mieszkańców, w których dodatkowo proces starzenia będzie się najbardziej pogłębiał.**

Z epidemiologicznego punktu widzenia, najistotniejszymi problemami zdrowotnymi w województwie lubelskim pozostają choroby układu krążenia, a także choroby nowotworowe. Obserwuje się także wzrost zachorowań na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne. **Na wysokim poziomie utrzymuje się także zachorowalność na cukrzycę, choroby nerek czy zaburzenia układu nerwowego, dla których w perspektywie kolejnych kilku lat prognozowany jest wzrost wskaźników chorobowości.**<sup>13</sup>

Gałęzią medycyny dotyczącą chorób układu nerwowego jest neurologia. W zakres tych chorób wchodzi bardzo różnorodne co do przyczyn, objawów i mechanizmów schorzenia jak: choroby naczyniowe (udary mózgu), neurozwyrodnieniowe (choroba Alzheimera, Parkinsona, stwardnienie zanikowe boczne), padaczka, migrena i inne bóle głowy, stwardnienie rozsiane i inne schorzenia neuroimmunologiczne, choroby nerwowo-mięśniowe (miastenia, dystrofie mięśniowe, rdzeniowy zanik mięśni, polineuropatie, miopatie i wiele innych), choroby genetycznie uwarunkowane, prowadzące do zwyrodnienia układu nerwowego (choroba Huntingtona, ataksje rdzeniowo-mózdzkowe), choroby prowadzące do zaburzeń ruchowych (dystonie, tiki, mioklonie, płasawice, drżenia), neuroinfekcje (zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu), choroby kręgosłupa (dyskopatie i inne schorzenia) i wiele chorób rzadkich (np. choroba Pompego, Gauchera, Fabry`ego, Tay-Sachsa).<sup>14</sup>

Od 1990 r. wzrosła bezwzględna liczba osób cierpiących na choroby neurologiczne lub umierających z ich powodu, podczas gdy standaryzowane pod względem wieku wskaźniki DALY spadły. Oznacza to, że wzrost liczb bezwzględnych wynika głównie ze zmian demograficznych i dłuższego życia ludzi.<sup>15</sup>

Z uwagi na specyfikę chorób układu nerwowego, ryzyko znacznej części chorób neurologicznych rośnie z wiekiem.

Istotnym jest więc kontynuowanie podjętych już działań oraz wdrażanie nowych, skoordynowanych działań diagnostycznych, leczniczych oraz ograniczających występujące czynniki ryzyka. W tym kontekście istotne znaczenie ma również **zwiększenie dostępności do populacyjnych programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych.**

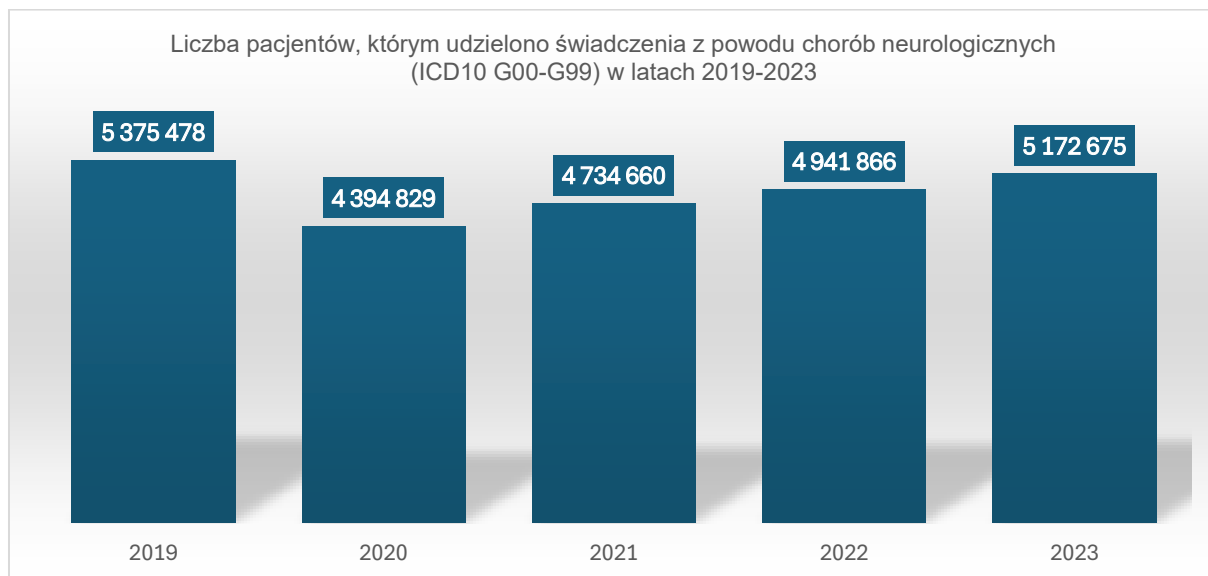
<sup>13</sup> Wojewódzki plan transformacji województwa lubelskiego na lata 2022-2026, Lublin 2021

<sup>14</sup> Stan polskiej neurologii i kierunki jej rozwoju w perspektywie do 2030 r., Warszawa, 2021 r., s.

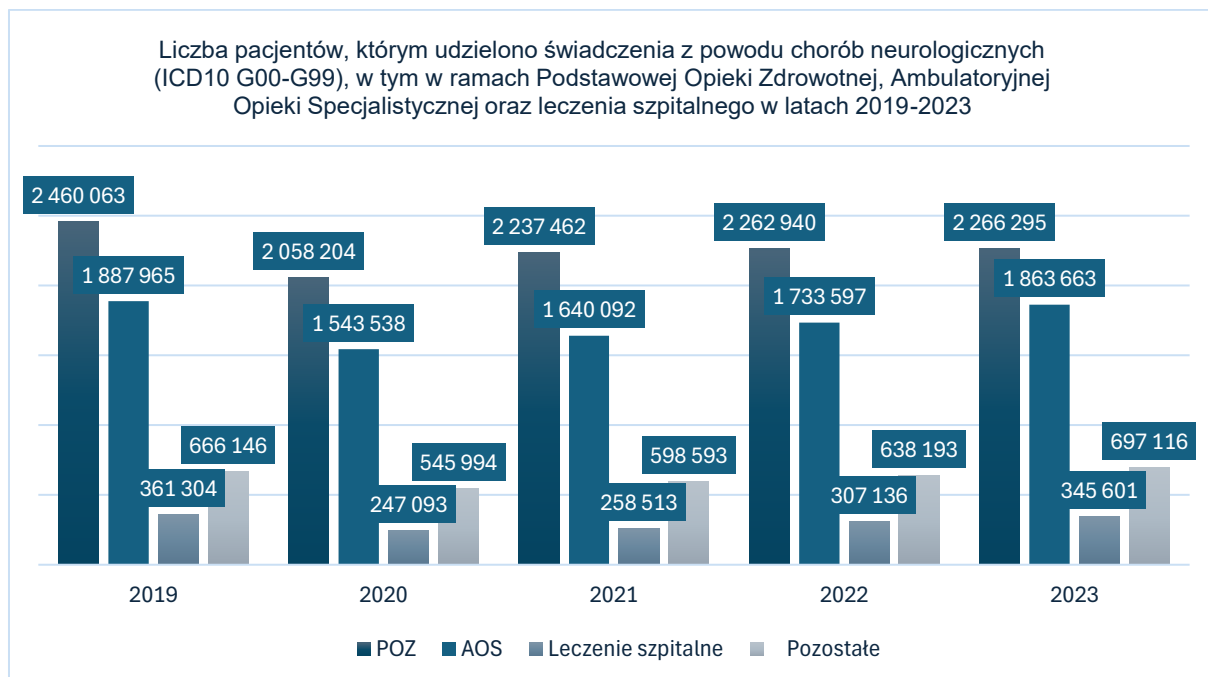
<sup>15</sup> Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum. Warszawa. Sierpień 2024, s. 12

## 1.2.2. Choroby układu nerwowego ICD10 G00-G99 – liczba pacjentów i wydatki w latach 2019-2023

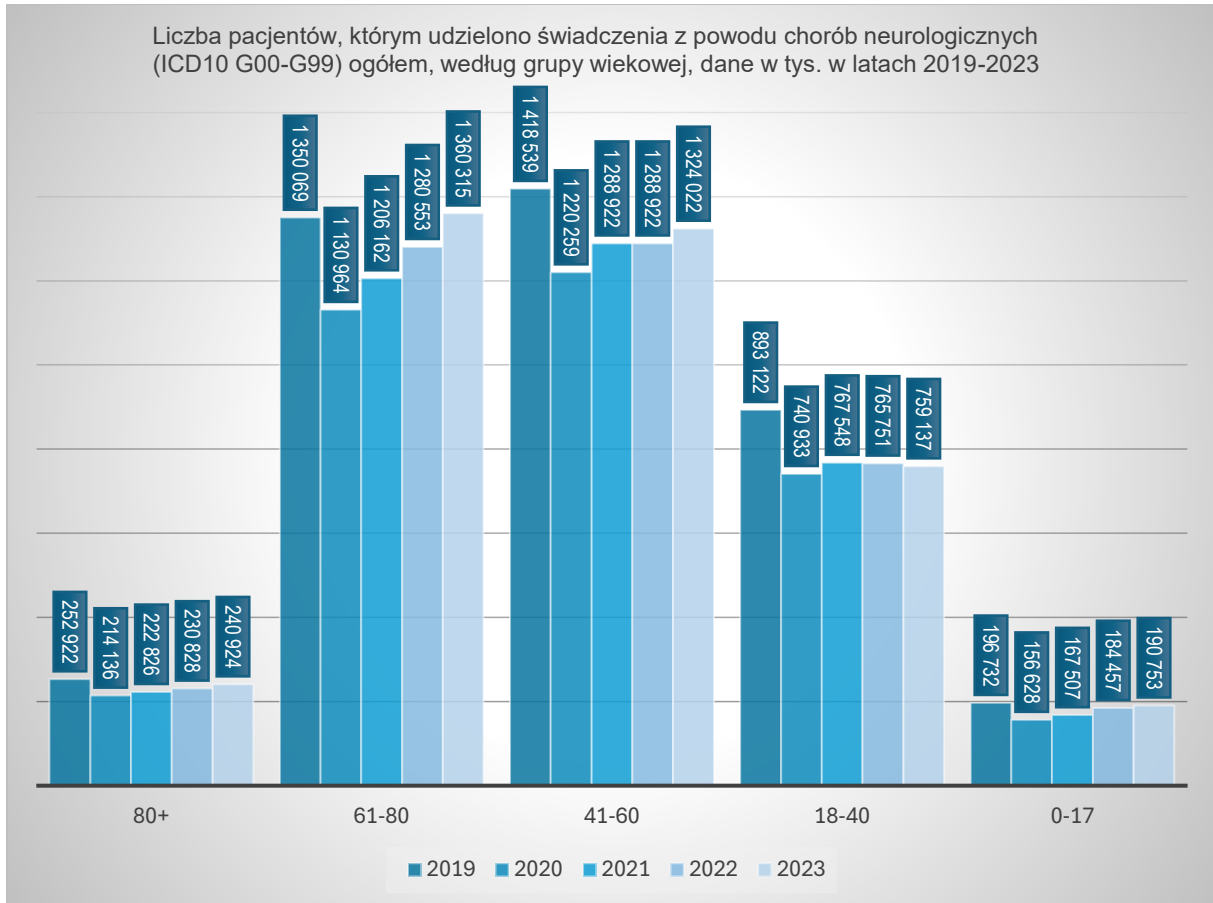
W 2019 r. liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z powodu chorób neurologicznych wyniosła ok. 5,3 mln osób. W 2020 r. było to ok. 4,3 mln osób, w 2021 r. – ok. 4,7 mln osób, w 2022 r. – ok. 4,9 mln osób, a w 2023 r. – ok. 5,1 mln osób.



W 2023 r. największa liczba pacjentów otrzymała świadczenia z powodu chorób neurologicznych (ICD10 G00-G99) w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej – blisko 2,3 mln osób. Pacjenci otrzymujący świadczenia z zakresu Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej stanowili grupę ok. 1,9 mln osób, a w ramach leczenia szpitalnego udzielono świadczeń ok. 346 tys. osób.



Dokonano również analizy świadczeń z powodu chorób neurologicznych (ICD10 G00-G99) rozliczone w latach 2019-2023, wg. grup wiekowych, co przedstawia poniższy wykres:



W 2019 roku liczba pacjentów w grupie wiekowej od 41 r.ż. do 60 r.ż. wyniosła ponad 1,4 mln osób. W 2020 roku liczba pacjentów uległa zmniejszeniu do 1,2 mln osób. W 2021 roku liczba pacjentów wyniosła 1,2 mln osób. W 2022 roku zaobserwowano wzrost w tej grupie wiekowej do blisko 1,3 mln osób oraz ponowny wzrost w 2023 roku do ponad 1,3 mln osób.

Równie liczną grupą pacjentów, którzy otrzymali świadczenia z powodu chorób neurologicznych (ICD10: G00-G99) w latach 2019-2023 jest grupa w wieku od 61 r.ż. do 80 r.ż. W 2019 roku liczba pacjentów w tej grupie wiekowej wyniosła 1,3 mln osób. W kolejnym roku uległa zmniejszeniu do 1,1 mln osób. W 2021 roku liczba pacjentów wyniosła 1,2 mln osób. W 2022 roku zaobserwowano wzrost do blisko 1,3 mln osób, a w 2023 roku liczba pacjentów wzrosła do blisko 1,4 mln osób. Kolejną liczną grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku od 18 r.ż. do 40 r.ż. Następnie powyżej 80 r.ż., a najmniej liczną grupę stanowili pacjenci w grupie wiekowej do 17 r.ż.

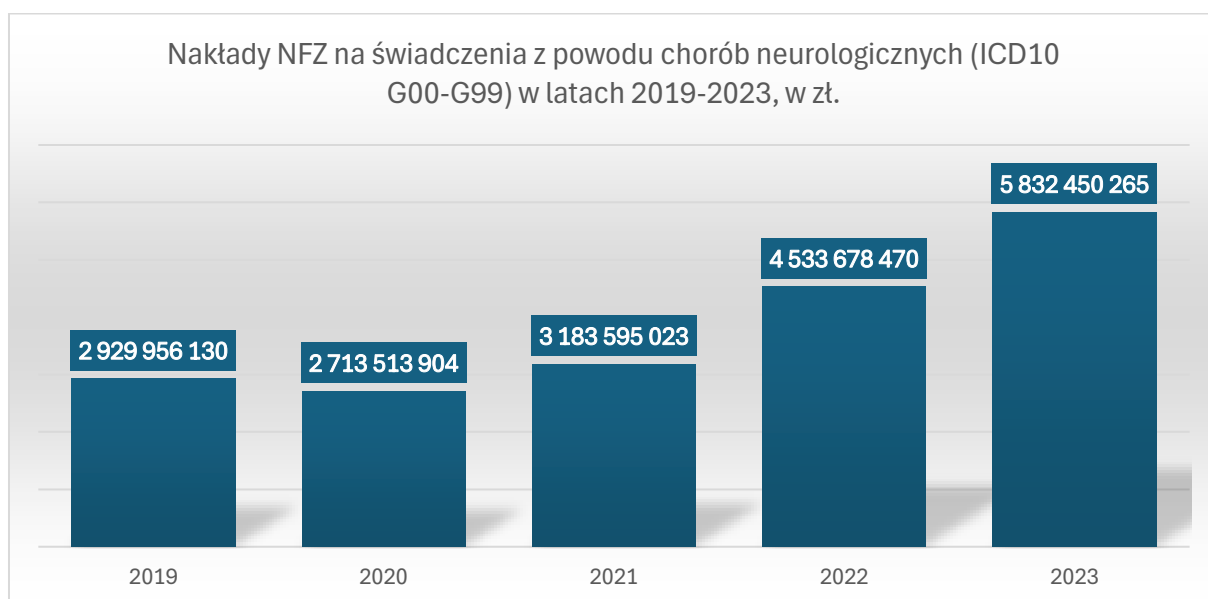
Nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w latach 2019-2023 przedstawiają poniższe dane:



Na przestrzeni 5 lat nakłady NFZ wzrosły z 102,6 mld zł w 2019 roku do 184,8 mld zł w 2023 roku, co oznacza całkowity wzrost o około 80%.

Największy roczny wzrost procentowy odnotowano w 2021 roku (21,5%) i w 2023 roku (22,4%), co może wskazywać na rosnące potrzeby finansowania ochrony zdrowia, m.in. w związku z pandemią COVID-19 oraz inflacją w sektorze medycznym.

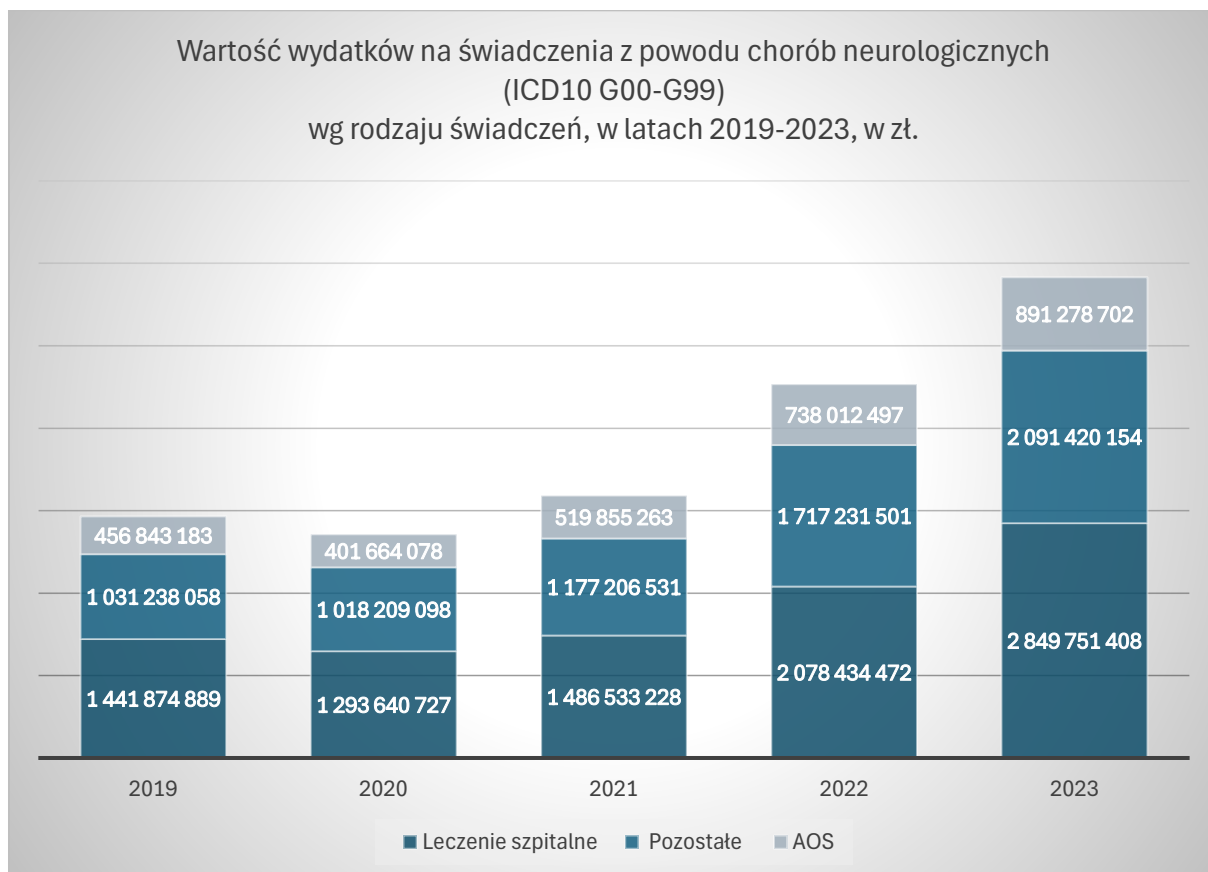
Analogicznie w 2019 roku wartość wydatków na świadczenia z powodu chorób neurologicznych (ICD10 G00-G99) wyniosła 2,9 mld zł. W kolejnym roku wartość wydatków uległa zmniejszeniu o 7% do 2,7 mld zł. W 2021 rok zaobserwowano wzrost wartości wydatków do 3,2 mld zł. W 2022 roku wartość wydatków wzrosła o 42% względem wartości w roku poprzednim i wyniosła wówczas 4,5 mld zł. Z kolei w 2023 roku wartość wydatków na świadczenia z powodu chorób neurologicznych (ICD10 G00-G99) wyniosła 5,8 mld zł.



Zestawiając całkowite nakłady NFZ i wydatki na choroby neurologiczne (ICD10 G00-G99) można sformułować kluczowe wnioski:

1. Nakłady NFZ wzrosły z 102,6 mld zł w 2019 r. do 184,8 mld zł w 2023 r. (+80,2%) w tym wydatki na neurologię wzrosły z 2,93 mld zł do 5,83 mld zł w tym samym okresie (+99%). **Wzrost wydatków na neurologię był szybszy niż ogólny wzrost nakładów NFZ, co sugeruje zwiększoną potrzebę wsparcia tego obszaru.**
2. W 2020 r. nastąpił spadek o 7,4% w wydatkach na choroby neurologiczne, mimo że całkowite nakłady NFZ wzrosły o 13,3%. **Może to wynikać z ograniczonego dostępu do świadczeń neurologicznych podczas pandemii COVID-19.**
3. Największy wzrost wydatków na neurologię w 2022 r. wyniósł +42,4% rok do roku, co było większym wzrostem niż ogólne zwiększenie budżetu NFZ (+6,9%). **Możliwymi przyczynami było nadrabianie zaległości z pandemii, wzrost liczby pacjentów, jak również rozwój nowych terapii.**
4. W latach 2020–2021 udział neurologii w budżecie NFZ spadł do około 2,25%, co oznacza, że nakłady na neurologię rosły wolniej niż cały budżet NFZ. Jednak w 2022 i 2023 r. jej udział wzrósł do 3,16%, **co pokazuje rosnącą potrzebę leczenia chorób neurologicznych.**

W przyszłości można spodziewać się dalszego wzrostu potrzeb w zakresie chorób neurologicznych, a w rezultacie zwiększenie nakładów na neurologię, co może być związane z rosnącą liczbą pacjentów (starzenie się społeczeństwa), postępem medycyny oraz inflacją kosztów leczenia.



Najwyższe wydatki zaobserwowano na świadczenia z powodu chorób neurologicznych (ICD10 G00-G99) realizowane w ramach **lecznictwa szpitalnego**. W 2019 roku wartość wydatków wyniosła wówczas 1,4 mld zł. W 2020 roku wartość wydatków w ramach leczenia szpitalnego uległa zmniejszeniu o 10% do 1,3 mld zł. W 2021 roku

wartość wydatków wzrosła o 15% do 1,5 mld zł. W 2022 roku ponownie wzrosła wartość wydatków – o 40% do 2,1 mld zł, a w 2023 roku wzrosła o kolejne 37% do 2,8 mld zł. Udzielanie świadczeń w trybie ambulatoryjnym było zdecydowanie tańsze i pochłonęło w 2019 r. 457 mln zł. W 2020 roku na ten cel NFZ wydatkował jeszcze mniej i w rezultacie wyniosło 402 mln zł. Lata 2021 – 2023 charakteryzują się ciągłym wzrostem finansowania na świadczenia z powodu chorób neurologicznych (ICD10 G00-G99): w roku 2021 – 520 mln zł, w roku 2022 – 738 mln zł natomiast w 2023 r. wydatkowano 891 mln zł.

Wnioski:

- W dalszym ciągu leczenie neurologiczne w Polsce nadal opiera się głównie na hospitalizacjach, które stanowią prawie połowę całkowitych wydatków.
- Nakłady na ambulatoryjną opiekę zdrowotną, w tym AOS, POZ, leczenie środowiskowe rosną, ale ich udział procentowy w systemie pozostaje relatywnie niski.
- Rozwój opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i profilaktyki może znacząco ograniczyć wzrost kosztów hospitalizacji oraz poprawić efektywność systemu opieki zdrowotnej.
- **Warto inwestować we wcześniejszą diagnostykę, rehabilitację oraz profilaktykę, aby zmniejszyć liczbę hospitalizacji i poprawić jakość życia pacjentów, w szczególności będących aktywnych na rynku pracy.**

Wnioski jednoznacznie wskazują, że dalsze zwiększanie nakładów na leczenie ambulatoryjne środowiskowe i profilaktykę jest nie tylko zasadne, ale wręcz konieczne, aby ograniczyć koszty systemu i poprawić opiekę nad pacjentami neurologicznymi

Na podstawie Wojewódzkiego planu transformacji województwa lubelskiego na lata 2022-2026, głównymi obszarami działań w zakresie czynników ryzyka i profilaktyki zgodnie z rekomendacją 3.1. jest wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie chorób: układu krążenia; nowotworowych; układu oddechowego; **neurologicznych**; układu kostno-mięśniowego; zakaźnych (w szczególności w kierunku boreliozy i gruźlicy) i wysoce zakaźnych oraz w dziedzinie: nefrologii i urologii, diabetologii, okulistyki, mając na względzie czynniki ryzyka oraz sytuację demograficzną i epidemiologiczną.<sup>16</sup>

WPT rekomenduje zwiększenie liczby udzielanych świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w funkcjonujących podmiotach leczniczych województwa lubelskiego uzasadniając wzrostem zapotrzebowania związanym z sytuacją demograficzną i epidemiologiczną. Na terenie województwa lubelskiego występuje długi czas oczekiwania na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej.

**Działaniem wymagającym koordynowania na poziomie województwa jest realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego, programów polityki zdrowotnej dotyczących chorób neurologicznych.**

Wzrost zapotrzebowania na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej jest związany z występowaniem czynników ryzyka oraz z sytuacją demograficzną i epidemiologiczną.

Oczekiwany rezultatami wynikającymi z realizacji działań są:

1. Zwiększenie zgłaszalności mieszkańców na badania profilaktyczne dot. chorób neurologicznych.
2. Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie zapobiegania chorobom neurologicznym.

---

<sup>16</sup> Zaktualizowany Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026, Załącznik do obwieszczenia Wojewody Lubelskiego z dnia 31 grudnia 2024 r.

### 1.2.3. Epidemiologia wybranych chorób układu nerwowego będącymi istotnymi problemami związanymi z zagrożeniem opuszczenia rynku pracy

W zakresie epidemiologii chorób neurologicznych w Polsce szczególną rolę pełnią analizy opracowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Map Potrzeb Zdrowotnych. Mapy Potrzeb Zdrowotnych zawierają informację o rejestrowanej chorobowości, rejestrowanej zapadalności oraz śmiertelności osób cierpiących na choroby układu nerwowego.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że korzystanie z tego źródła wiąże się z ograniczeniem dotyczącym braku uwzględnia świadczeń, za które pacjenci płacą prywatnie, ani udzielanych za granicą (co oznacza, że niektórzy pacjenci mogą nie zostać zidentyfikowani).<sup>17</sup>

W związku z powyższym w opracowaniu tego rozdziału posłużono się również aktualnymi danymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.<sup>18</sup>

W 2023 r. osoby pracujące spędziły ponad 287 mln dni na zwolnieniach lekarskich, zarówno z tytułu choroby własnej, jak i z tytułu opieki nad dziećmi czy innymi członkami rodziny. Z dniem 1 lipca 2023 r. odwołany został stan zagrożenia epidemicznego wprowadzony w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Nastąpił powrót do standardów sprzed pandemii, przestały obowiązywać dotychczasowe rozwiązania prawne, chociażby w prawie pracy, przyjęte na czas trwania stanu zagrożenia epidemicznego.

W 2023 r. w Rejestrze zaświadczeń lekarskich zarejestrowano 27,0 mln wszystkich wystawionych zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 287,2 mln dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej, opieki nad dzieckiem oraz opieki nad innym członkiem rodziny, zarówno ubezpieczonym w ZUS, jak i ubezpieczonym w KRUS, w innych instytucjach w Polsce czy w innym państwie. W porównaniu do 2022 r. obserwujemy spadek liczby dni absencji chorobowej o 0,6%, przy niewielkim wzroście liczby zaświadczeń lekarskich o 0,2% (tj. o 50,5 tys. zaświadczeń).<sup>19</sup>

Z tytułu choroby własnej wystawiono 23,7 mln zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 273,5 mln dni absencji chorobowej. W porównaniu z rokiem 2022 liczba zaświadczeń lekarskich wzrosła o 0,6%, zaś liczba dni absencji chorobowej zmalała o 0,3%.

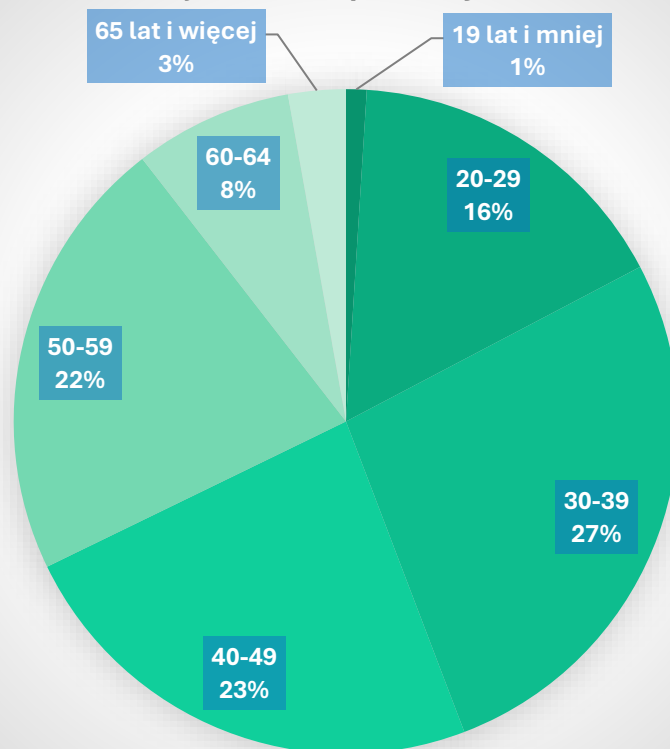
Analizując liczbę dni absencji chorobowej w korelacji z płcią i wiekiem ubezpieczonych widać wyraźnie zróżnicowanie pomiędzy przedziałami wieku. Najdłużej na zwolnieniach lekarskich przebywali ubezpieczeni w wieku pomiędzy 30 a 39 rokiem życia, odsetek liczby dni absencji wyniósł 26,9%. (27%)

<sup>17</sup> Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum. Warszawa. Sierpień 2024

<sup>18</sup> Raport Absencja chorobowa w 2023 r. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa, 2024 r. ZUS

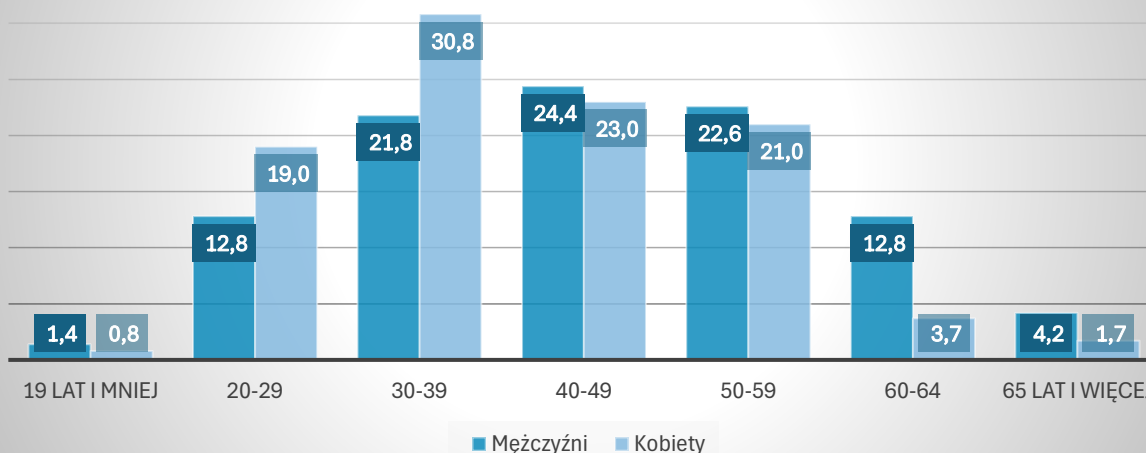
<sup>19</sup> Raport Absencja chorobowa w 2023 r. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa, 2024 r. ZUS, s. 1-2

### Struktura dni absencji chorobowej w 2023 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS



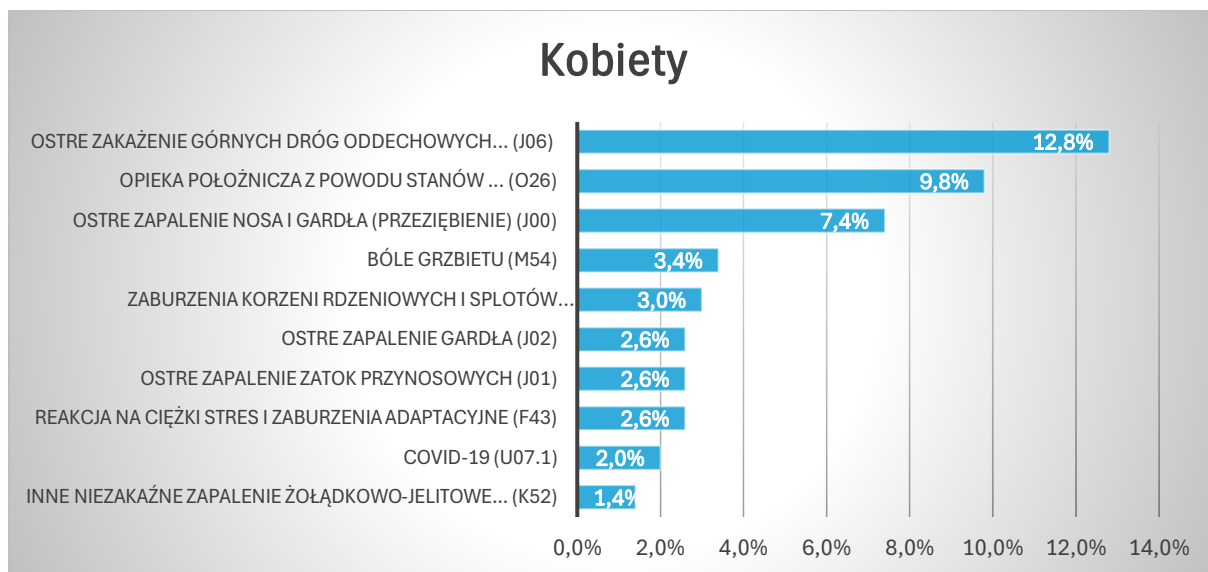
W przypadku absencji mężczyzn 24,4% dni absencji dotyczyło ubezpieczonych legitymujących się wiekiem między 40-49 lat, a 22,6% mężczyzn między 50 a 59 rokiem życia. W populacji kobiet najdłużej na zwolnieniach przybywały kobiety w wieku 30 – 39 lat, odsetek dni przez wykorzystany przez ubezpieczone wyniósł 30,8%.

### Struktura dni absencji chorobowej w 2023 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku i płci



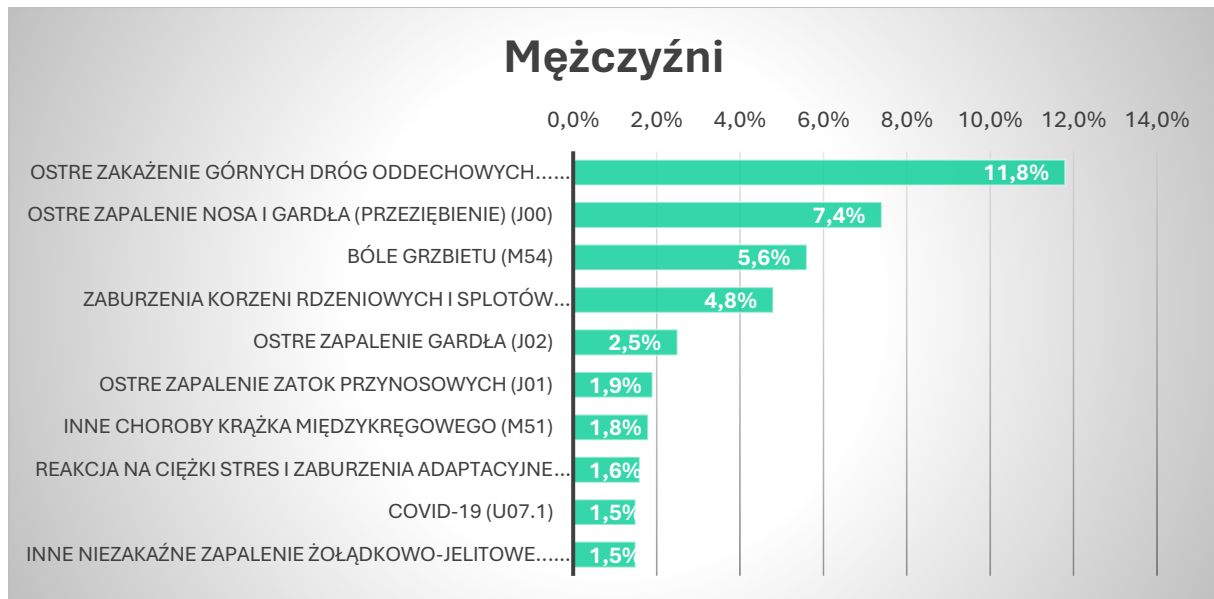
## Ranking 10 jednostek chorobowych generujących największą liczbę zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej w 2023 r.

W zależności od płci czasową niezdolność do pracy powodują inne jednostki chorobowe.



Wśród jednostek chorobowych będących najczęstszą przyczyną wystawiania kobietom zaświadczeń lekarskich w 2023 r. dominowały:

- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 12,8% (w 2022 r. – 12,2%),
- opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 9,8% ogółu zaświadczeń wystawionych kobietom (w 2022 r. – 10,8%),
- ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) (J00) – 7,4% (w 2022 r. – 7,5%),
- bóle grzbietu (M54)
- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 3,0%
- Jednostka chorobowa COVID-19 (U07.1) zajęła dziewiąte miejsce w rankingu liczby zaświadczeń lekarskich wystawionych kobietom, stanowiąc 2,0% ogółu zaświadczeń wystawionych im w 2023 r. (w 2022 r. było to 2,7%).



W 2023 r. mężczyznom najczęściej wystawiano zaświadczenia lekarskie z tytułu:

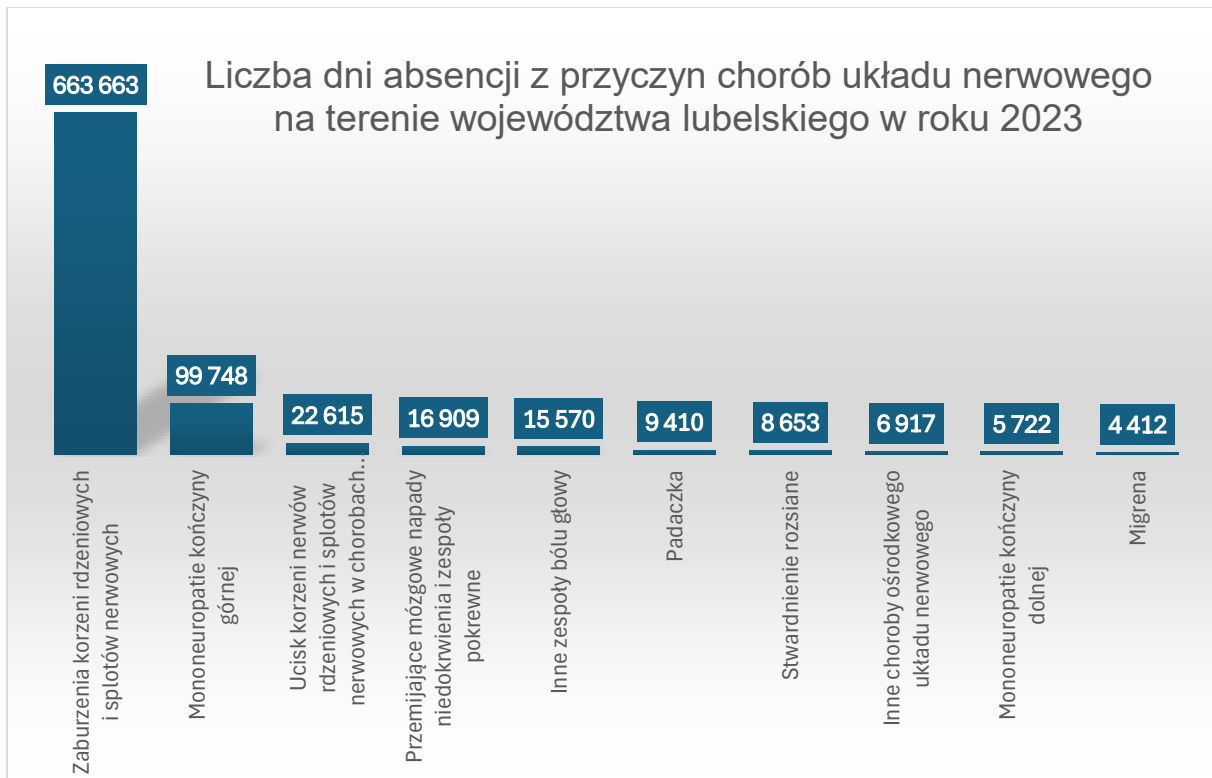
- ostrego zakażenia górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 11,8% ogółu zaświadczeń wystawionych mężczyznom (w 2022 r. – 11,3%),
- ostrego zapalenia nosa i gardła (przeziębienie) (J00) – 7,4% (w 2022 r. – 7,5%),
- bólów grzbietu (M54) – 5,6% (w 2022 r. – 5,5%).
- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 4,8%
- Na dziesiątym miejscu rankingu znalazła się jednostka chorobowa COVID-19 (U07.1), stanowiąc 1,5% ogółu zaświadczeń wystawionych mężczyznom (w 2022 r. – było to 2,4%).

### Liczba dni absencji na terenie województwa lubelskiego ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu nerwowego w roku 2023.

W tej grupie pierwsze miejsce ogółem na terenie województwa lubelskiego zajmuje opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą w liczbie dni 1 430 472.

Na drugim miejscu plasują się zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych o liczbie absencji 663 663 dni.

Z kolei na trzecim miejscu znajdują się ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym o liczbie absencji 592 659 dni.



### Liczba zaświadczeń na terenie województwa lubelskiego ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu nerwowego w roku 2023.

W tej grupie pierwsze miejsce w województwie lubelskim zajmują ostre zakażenia górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (liczba zaświadczeń: 126 048), a drugie miejsce przypada zaburzeniom korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (58 494). Na trzecim miejscu plasują się ostre zapalenia nosa i gardła (przeziębienie) z liczbą 56 100.



### 1.3. Opis obecnego postępowania

W Polsce rehabilitacja neurologiczna jest realizowana przez kilka instytucji publicznych, które wspólnie tworzą system wsparcia dla osób z chorobami układu nerwowego. Główne podmioty odpowiedzialne za organizację i finansowanie tych działań to Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz Ministerstwo Zdrowia. Każda z tych instytucji prowadzi własne programy rehabilitacyjne, które różnią się zakresem, dostępnością i grupą docelową, ale wspólnie odpowiadają za kompleksowe zabezpieczenie potrzeb pacjentów neurologicznych.

NFZ finansuje rehabilitację neurologiczną jako świadczenie gwarantowane w ramach publicznej opieki zdrowotnej. Terapia może być realizowana w formie stacjonarnej, dziennej, ambulatoryjnej lub domowej, w zależności od stanu klinicznego pacjenta. Rehabilitacja obejmuje osoby po udarach mózgu, z chorobą Parkinsona, stwardnieniem rozsianym, urazami czaszkowo-mózgowymi czy zapaleniem mózgu i rdzenia kręgowego. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r., świadczenia te mają na celu przywrócenie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej oraz zdolności do pracy (Dz.U. 2013 poz. 1522)<sup>20</sup>.

ZUS prowadzi program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, którego celem jest przywrócenie zdolności do pracy osobom zagrożonym jej utratą. Rehabilitacja neurologiczna w ZUS obejmuje osoby po udarach, z chorobami demielinizacyjnymi, zapaleniami mózgu i rdzenia, chorobą Parkinsona czy po operacjach guzów mózgu. Program realizowany jest w formie stacjonarnej lub ambulatoryjnej, a jego głównym założeniem jest zmniejszenie deficytów neurologicznych i poprawa funkcjonowania pacjenta. Udział w programie jest bezpłatny, a warunkiem zakwalifikowania jest posiadanie ubezpieczenia społecznego oraz zagrożenie niezdolnością do pracy<sup>21</sup>.

PFRON realizuje kilka programów rehabilitacyjnych o profilu neurologicznym, z których szczególnie istotne są „Rehabilitacja 25+” oraz zakończony pilotażowy „Model rehabilitacji kompleksowej”.

Program „Rehabilitacja 25+” skierowany jest do osób z niepełnosprawnością intelektualną, które ukończyły 24. rok życia i zakończyły edukację w placówkach specjalnych. Jego celem jest kontynuacja terapii, zapobieganie izolacji społecznej oraz utrzymanie zdobytych umiejętności. Placówki takie jak OREW, ORW czy SPdP mogą ubiegać się o dofinansowanie do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych<sup>22</sup>.

Z kolei „Model rehabilitacji kompleksowej” to program pilotażowy który był realizowany w latach 2018-2023 przez PFRON we współpracy z ZUS i instytucjami rynku pracy. Obejmował trzy moduły: rehabilitację medyczną (w tym neurologiczną), wsparcie psychospołeczne oraz aktywizację zawodową. Program był realizowany w Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) i miał na celu umożliwienie osobom po urazach neurologicznych powrotu do aktywności zawodowej i społecznej<sup>23</sup>. Podsumowując PFRON stwierdził, że pilotaż wykazał wyższą skuteczność tego rozwiązania w porównaniu z dotychczasowymi działaniami.

<sup>20</sup> Ministerstwo Zdrowia. Rozporządzenie z dnia 6 listopada 2013 r. Dz.U. 2013 poz. 1522. <https://isap.sejm.gov.pl>

<sup>21</sup> Zakład Ubezpieczeń Społecznych. „Rehabilitacja lecznicza – profil neurologiczny”. <https://www.zus.pl>

<sup>22</sup> PFRON. „Program Rehabilitacja 25+”. <https://portal-ipfronplus.pfron.org.pl>

<sup>23</sup> PFRON. „Model rehabilitacji kompleksowej – dokument programowy”. <https://www.pfron.org.pl>

Pozytywne oceny Uczestników rehabilitacji kompleksowej oraz duża skuteczność wyrażająca się wysokim procentem osób, które podjęły pracę potwierdza potrzebę kontynuacji tego działania<sup>24</sup>.

Ministerstwo Zdrowia, oprócz funkcji legislacyjnej, wspiera także rozwój nowoczesnych metod rehabilitacji, takich jak robotyka, wirtualna rzeczywistość czy telemedycyna. W ramach programów strategicznych promuje integrację opieki rehabilitacyjnej z opieką społeczną i zawodową, co ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów neurologicznych wymagających długoterminowego wsparcia.

Wnioski:

1. Osoby ze schorzeniami neurologicznymi, takimi jak stwardnienie rozsiane, udary mózgu, choroba Parkinsona czy uszkodzenia rdzenia kręgowego, często borykają się z ograniczeniami ruchowymi, problemami komunikacyjnymi, zaburzeniami funkcji poznawczych oraz innymi trudnościami, które mogą prowadzić do wykluczenia z rynku pracy. Dlatego niezwykle istotne jest wdrożenie programu kompleksowej rehabilitacji, który umożliwi tym osobom nie tylko poprawę sprawności fizycznej i psychicznej, ale także zwiększy ich szanse na utrzymanie zatrudnienia.
2. Dodatkowym argumentem za wdrożeniem takiego programu jest starzenie się społeczeństwa, co prowadzi do wzrostu liczby osób z chorobami neurologicznymi.
3. Choroby układu nerwowego zajmują wysoką pozycję w epidemiologii schorzeń, a ich leczenie generuje wysokie nakłady finansowe, zwłaszcza w zakresie hospitalizacji. Kompleksowa rehabilitacja może zmniejszyć konieczność długotrwałej hospitalizacji i obniżyć koszty opieki zdrowotnej.
4. Program w sposób bezpośredni jest dedykowany osobom pracującym lub bezrobotnym zarejestrowanym w Powiatowym Urzędzie Pracy, które mają trudności w podjęciu zatrudnienia lub w powrocie na rynek pracy z powodu choroby lub niepełnosprawności, których rokowania na odzyskanie zdolności do pracy są pozytywne. Odzwierciedla to struktura dni absencji chorobowej w 2023 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku i płci.
5. Zadania w programie zostały tak zaplanowane, aby wsparcie było kompleksowe i interdyscyplinarne, co zwiększy efekt terapeutyczny:
  - Wsparcie fizjoterapeuty. Fizjoterapeuta odgrywa kluczową rolę w poprawie sprawności ruchowej osób z chorobami neurologicznymi. Regularna rehabilitacja pozwala na utrzymanie lub poprawę koordynacji, siły mięśniowej oraz ogólnej sprawności fizycznej, co przekłada się na większą samodzielność w wykonywaniu obowiązków zawodowych. Dzięki indywidualnie dobranym ćwiczeniom pacjenci mogą zachować mobilność, co jest kluczowe dla ich aktywności zawodowej.
  - Wsparcie logopedy. Zaburzenia mowy, trudności w komunikacji oraz problemy z połykaniem to częste konsekwencje schorzeń neurologicznych. Logopeda pomaga pacjentom w poprawie zdolności werbalnych oraz nauce alternatywnych sposobów komunikacji, co jest niezwykle ważne dla osób, które wykonują zawody wymagające efektywnej komunikacji z zespołem lub klientami.
  - Wsparcie psychologa. Choroby neurologiczne mogą prowadzić do depresji, stanów lękowych, obniżonej samooceny oraz trudności w adaptacji do zmieniającej się sytuacji

<sup>24</sup> <https://www.pfron.org.pl/aktualnosci/szczegoly-aktualnosci/news/sukces-pilotazu-rehabilitacji-kompleksowej-prowadzonej-w-pfron/>

życiowej i zawodowej. Psycholog wspiera pacjentów w radzeniu sobie ze stresem, motywuje do aktywności zawodowej i pomaga w budowaniu strategii adaptacyjnych, które umożliwiają skuteczne funkcjonowanie w środowisku pracy.

- Wsparcie pielęgniarki edukacyjnej. Pielęgniarka edukacyjna odgrywa istotną rolę w edukacji pacjentów w zakresie samoopieki, prawidłowego przyjmowania leków oraz radzenia sobie z objawami choroby w miejscu pracy. Dzięki jej wsparciu pacjenci mogą lepiej zarządzać swoim stanem zdrowia, co zmniejsza ryzyko zaostrzeń choroby i absencji zawodowej.

Jak wykazano powyżej, NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029” jest niezwykle pożądanym epidemiologicznie i niezbędnym, aby umożliwić osobom ze schorzeniami neurologicznymi utrzymanie zatrudnienia i aktywne uczestnictwo w życiu społeczno-zawodowym. Wsparcie interdyscyplinarnego zespołu specjalistów – fizjoterapeuty, logopedy, psychologa oraz pielęgniarki edukacyjnej – zapewnia holistyczne podejście do rehabilitacji i zwiększa szanse na sukces zawodowy pacjentów. Kompleksowa opieka pozwala nie tylko na poprawę sprawności fizycznej i psychicznej, ale również na skuteczne dostosowanie się do wymogów rynku pracy, co przekłada się na lepszą jakość życia i większą niezależność osób z chorobami układu nerwowego.

## 1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia regionalnego programu zdrowotnego

### 1.4.1. Strategie krajowe

Program jest zgodny z poniższymi celami zdefiniowanymi w dokumencie **Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.**, Celem “Zdrowej Przyszłości” jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Oczekiwanym efektem jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Program kompleksowej rehabilitacji ma na celu ułatwienie podjęcia lub powrotu do aktywności społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Model ten stawia na multidyscyplinarność i obejmuje rehabilitację leczniczą, zawodową i psychospołeczną, co jest zgodne z założeniami “Zdrowej Przyszłości” w zakresie poprawy jakości życia i zdrowia. Cel 1.1 Dostępność. Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnym do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych – Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych – Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących – Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia Kluczowe dla realizacji programu jest Narzędzie 1.2. Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących. Głównym celem projektów w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących. Celem działań będzie uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej 50% uczestników Programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne przeprowadzone dla mieszkańców województwa lubelskiego, pracujących lub zarejestrowanych jako osoby bezrobotne w latach 2026 – 2029. Projekt jest zgodny z Celem 1.4 ponieważ obejmuje program kompleksowej rehabilitacji, aktywizację zawodową i wsparcie w powrocie do pracy. Jest to szczególnie ważne, ponieważ profilaktyka

i promocja zdrowia są kluczowe dla zapobiegania chorobom i wspierania długotrwałego zdrowia oraz dobrostanu społeczeństwa. Program ten, skupia się na trzech głównych modułach: – rehabilitację leczniczą mającą na celu przywrócenie w jak najkrótszym czasie sprawności pozwalającej na uczestnictwo w życiu społecznym, a w przypadku uszkodzeń morfologicznych – wykształcenie i utrwalenie mechanizmów zastępczych, – rehabilitację zawodową mającą na celu przywrócenie zdolności do pracy, przekwalifikowanie zawodowe, a także stworzenie warunków do podjęcia pracy po zakończeniu rehabilitacji, – rehabilitację psychospołeczną – przygotowującą osobę niepełnosprawną do czynnego udziału w życiu społecznym (nauka pokonywania barier środowiskowych i technicznych oraz uodpornienie psychiczne) Dzięki indywidualnemu podejściu i zaangażowaniu specjalistów z różnych dziedzin, program ten wspiera nie tylko powrót do pracy, ale również promuje zdrowy styl życia i postawy prozdrowotne, zgodnie z dokumentem "Zdrowa Przyszłość".

Działania założone w projekcie są zgodne z **Mapą potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.** lub danymi źródłowymi do ww. mapy dostępnymi na internetowej platformie danych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych udostępnionej przez Ministerstwo Zdrowia<sup>25</sup> i z rekomendacjami wynikającymi z tych map. Zgodnie z definicją WHO, rehabilitacja jest to zestaw interwencji koniecznych, gdy dana osoba doświadcza lub może doświadczyć ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu z powodu starzenia się lub stanu zdrowia, w tym chorób przewlekłych, w tym zaburzeń, urazów lub przeżyć. Przykłady ograniczeń w funkcjonowaniu obejmują trudności w myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikacji, poruszaniu się, utrzymywaniu relacji lub utrzymywaniu pracy. Rehabilitacja umożliwia osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu. Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych, na terenie województwa lubelskiego głównymi rozpoznaniemiami w rehabilitacji medycznej (we wszystkich rodzajach świadczeń łącznie) były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (70,1%) oraz choroby układu nerwowego (21,5%). Choroby układu mięśniowo-szkieletowego były główną przyczyną rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych i dziennych, natomiast w przypadku rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych głównym rozpoznaniem były choroby układu nerwowego. Pomimo zadowalającego wskaźnika liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej odnotowuje się zbyt długi czas oczekiwania na udzielone świadczenie. Aktualnie w Polsce czas oczekiwania na rehabilitację wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy, a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia się stanu psychicznego i fizycznego pacjenta. Na terenie województwa lubelskiego czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 120 dni)<sup>26</sup>. Z uwagi na rozpoznania oraz grupę najczęstszych chorób kwalifikujących do rehabilitacji należy poprawić dostępność do świadczeń po urazach, zabiegach operacyjnych i udarach. Rehabilitacja neurologiczna ma znaczący wpływ na powrót lub utrzymanie pracy u osób, które doświadczyły urazu lub choroby układu nerwowego. Jej celem jest przywrócenie lub zoptymalizowanie funkcji fizycznych, poznawczych i emocjonalnych, które zostały osłabione lub utracone w wyniku urazu lub choroby. Rehabilitacja neurologiczna znacząco wpływa na powrót lub utrzymanie pracy.

<sup>25</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/>

<sup>26</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Warszawa, sierpień 2021

## Program zakłada następujące efekty

1. Poprawa funkcji fizycznych: Rehabilitacja neurologiczna koncentruje się na poprawie ruchomości, siły, równowagi i koordynacji. Te umiejętności są niezbędne do wykonywania wielu zawodów. Poprawa funkcji fizycznych może ułatwić powrót do pracy lub umożliwić wykonywanie innych zadań zawodowych.
2. Poprawa funkcji poznawczych: Urazy i choroby układu nerwowego mogą powodować trudności w myśleniu, rozwiązywaniu problemów i pamięci. Rehabilitacja neurologiczna może pomóc w poprawie tych funkcji, co może być niezbędne do wykonywania pracy.
3. Poprawa zdrowia emocjonalnego: Urazy i choroby układu nerwowego mogą mieć również wpływ na zdrowie emocjonalne. Rehabilitacja neurologiczna może pomagać w radzeniu sobie z depresją, lękiem i stresem, co może ułatwić powrót do pracy.
4. Edukacja z zakresu ergonomii: Edukacja ergonomiczna prowadzona przez pielęgniarkę będzie polegać na przekazaniu uczestnikowi Programu praktycznych wskazówek dotyczących prawidłowego ustawienia stanowiska pracy, przyjmowania bezpiecznej postawy ciała, wykonywania przerw i stosowania technik zmniejszających obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego, co w efekcie będzie prowadzić do poprawy komfortu pracy, ograniczenia dolegliwości bólowych oraz zmniejszenia ryzyka urazów i przeciążeń.

### 1.4.2. Strategie regionalne

Działania założone w projekcie są zgodne z Wojewódzkim Planem Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026 w obszarze „Czynniki ryzyka i profilaktyka”, obejmującym realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, programów polityki zdrowotnej dotyczących chorób neurologicznych. Ocenę zgodności dokonano o Zaktualizowany Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026. Zgodnie z obszarem 8.5 dot. rehabilitacji medycznej w trybie ambulatoryjnym dokument zakłada Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w funkcjonujących podmiotach leczniczych województwa lubelskiego. Wzrost zapotrzebowania jest związany z sytuacją demograficzną i epidemiologiczną.<sup>27</sup>

Głównym celem projektu jest zmniejszenie poziomu dezaktywacji zawodowej ze względu na chorobę lub niepełnosprawność, poprzez rehabilitacyjne działania terapeutyczne, działania informacyjno – edukacyjne, konsultacje z lekarzem/fizjoterapeutą, działania prozdrowotne w zakresie Programu. Program jest multidyscyplinarny – uczestnika wspiera zespół wielodyscyplinarny, w skład którego wchodzi: rehamenager, lekarz specjalista medycyny pracy, rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, psycholog, logopeda, pielęgniarka, specjalista ds. promocji zdrowia i inne osoby wspierające. Lekarz / fizjoterapeuta podejmie działania w celu edukacji zdrowotnej pacjenta dotyczącej jego aktywności po zakończeniu cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych, w tym systematycznej organizacji ćwiczeń w warunkach domowych. Zajęcia ruchowe będą najważniejszą częścią interwencji terapeutycznej. Mają na celu zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają na zahamowanie pogłębiania się skutków chorób neurologicznych oraz rozwinięcie potrzeby podejmowania aktywności fizycznej we wszystkich obszarach ich życia. Będą one realizowane poprzez umiemytny dobór ćwiczeń, umożliwiających poprawę stanu i zachowanie organizmu w dobrej

<sup>27</sup> Zaktualizowany Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026, będący załącznikiem do obwieszczenia Wojewody Lubelskiego z dnia 31 grudnia 2024 r.



kondycji fizycznej. Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły one być realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak i kontynuowane w warunkach domowych. Zajęcia będą dostosowane do potrzeb odbiorców w danym wieku oraz poziomu ich sprawności. W związku z powyższym projekt w pełni wpisuje się w założenia wykazane w WPT dla województwa lubelskiego.

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

### 2.1. Cel główny

Celem głównym Programu jest uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej 50%\* uczestników Programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne przeprowadzone dla pracujących lub zarejestrowanych jako bezrobotnych mieszkańców województwa lubelskiego, w latach 2026 – 2029<sup>28, 29</sup>.

### 2.2. Cele szczegółowe

Cele szczegółowe:

- 1) Zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych związanych z chorobami układu nerwowego o co najmniej 14 mm (mierzone skalą VAS), u minimum 50%\* uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe.
- 2) Uzyskanie wzrostu o co najmniej 10% lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 70% poprawnych odpowiedzi) w zakresie wtórnej profilaktyki chorób układu nerwowego, potwierdzonego wynikiem testu wiedzy (pre-post), u co najmniej 70%\* uczestników Programu.
- 3) Uzyskanie poprawy jakości życia związanej ze zdrowiem lub jej utrzymanie, jeśli wyjściowo była na wysokim poziomie u co najmniej 60%\* uczestników (mierzonej standaryzowanym kwestionariuszem dotyczącym zdrowia EQ-5D-5L, metodą pre-post).
- 4) Zwiększenie częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej w porównaniu ze stanem wyjściowym u co najmniej 50%\* uczestników programu (mierzonej międzynarodowym kwestionariuszem aktywności fizycznej IPAQ)

Jako „poprawę” należy rozumieć korzystną różnicę pomiędzy wynikiem badania końcowego, a wynikiem badania wstępnego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym uczestnika Programu, a zarazem nie mniejszą, niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. Minimal clinically important difference) dla danego testu.<sup>30</sup>

\* Wartości docelowe mierników określono na podstawie własnych doświadczeń oraz doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej tj. *Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2022-2026 (kontynuacja programu realizowanego w latach 2012-2015 oraz 2017-2021), Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022 w województwie śląskim, Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie*

<sup>28</sup> Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, red. W. Marciniak, A. Szulca, PZWL Warszawa 2003

<sup>29</sup> Rehabilitacja medyczna, red. J. Kiwerski, PZWL Warszawa 2007

<sup>30</sup> Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 73/2021 z dnia 26 listopada 2021 r.

rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy na lata 2018-2023.

W efekcie realizacji Programu prozdrowotnego w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2022-2026 (kontynuacja programu realizowanego w latach 2012-2015 oraz 2017-2021) w kolejnych latach osiągnięto wzrost wiedzy u następującej ilości uczestników: 2025 – 87,50%, 2024 – 94,25%, 2023 – 92,60%, 2022 – 83,84%, 2021 – 84,78%, 2020 – 82%.

W efekcie realizacji Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy na lata 2018-2023 uzyskano: poprawę sprawności funkcjonalnej o 80,5%, zmniejszenie dolegliwości bólowych u 87%, poprawę wiedzy u 87%, podjęcie pracy w ciągu roku 98,9% uczestników oraz zwiększenie aktywności fizycznej u 52% osób.

W efekcie realizacji Programu profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców gminy miejskiej Kraków na lata 2022-2024 uzyskano poprawę stanu funkcjonalnego badaną za pomocą testu „wstań i idź” (TUG - Timed “up and go”) u 90,6% uczestników, wzrost poziomu wiedzy u 86% uczestników, zwiększenie siły mięśni kończyn dolnych mierzone za pomocą testu FTSST (Five Timed Sit to Stand) u 90% uczestników oraz zwiększenie siły uścisku ręki mierzone za pomocą dynamometru u 74,6% uczestników.

### 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Lp.	Mienniki efektywności	Cel	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
1.	Odsetek osób objętych interwencją, u których uzyskano poprawę stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne	Cel główny	Co najmniej 50% uczestników z poprawą stanu funkcjonalnego	Testy funkcjonalne: tj. test stania na 1 kończynie, test palce-podłoga, test ruchomości odcinka szyjnego, Mirroring Test, test TUG, test FTSST, pomiar dynamometrem wykonywane metodą pre-post
2.	Odsetek uczestników interwencji, u których nastąpiło zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	Cel 1 szczegółowy	Zmniejszenie dolegliwości bólowych o min. 14 mm na skali VAS u co najmniej 50%* uczestników	Skala VAS metodą pre-post
3.	Odsetek uczestników Programu, którzy uzyskali wzrost wiedzy lub utrzymali wysoki poziom wiedzy	Cel 2 szczegółowy	Co najmniej 70% uczestników Programu poprawi test wiedzy o 10% lub utrzyma/poprawi wysoki poziom wiedzy początkowej (min.70%)	Wynik testu wiedzy (pre-test) przed rozpoczęciem edukacji i ten sam test wiedzy (post-test) po zakończeniu edukacji
4.	Odsetek uczestników interwencji, u których doszło do poprawy jakości życia związanej ze zdrowiem lub jej utrzymanie, jeśli	Cel 3 szczegółowy	≥60% uczestników	Porównanie wyników kwestionariusza EQ-5D-L5 metodą pre-post



	wyjściowo była na wysokim poziomie			
5.	Odsetek uczestników Programu, u których nastąpiło zwiększenie aktywności fizycznej.	Cel 4 szczegółowy	≥50% uczestników	Porównanie wyników Międzynarodowego kwestionariusza aktywności fizycznej (IPAQ) metodą pre-post

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

#### 3.1. Populacja docelowa

Program jest przeznaczony dla osób pracujących na terenie województwa lubelskiego lub osób zarejestrowanych jako osoby bezrobotne w powiatowych urzędach pracy (PUP) potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu utrzymania zatrudnienia lub powrotu do zatrudnienia

Celem programu jest przywrócenie pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, aby ułatwić powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia, zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*. Stąd też, program jest skierowany do osób pracujących lub zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy, u których rozpoznano już przewlekłe choroby układu nerwowego (ChUN).

Realizacja założonych celów odbywa się poprzez wielowymiarową strategię, która wykracza poza standardowe świadczenia rehabilitacyjne. Uczestnicy korzystają z profesjonalnej edukacji oraz wsparcia interdyscyplinarnego zespołu, w skład którego wchodzi lekarze, pielęgniarki, rehamanagerowie, fizjoterapeuci, psycholodzy, logopedzi. Tak zorganizowana pomoc pozwala na równoczesne prowadzenie terapii i działań profilaktycznych w zakresie chorób układu nerwowego, co skutecznie zapobiega nawrotom schorzeń i znacząco podnosi efektywność całego programu.

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w pierwszym rozdziale, województwo lubelskie zmaga się z postępującą depopulacją, która w latach 2020–2023 doprowadziła do zmniejszenia populacji o 2,2%, co odpowiada utracie niemal 46 tysięcy osób. Proces ten pogłębił się w 2024 roku, kiedy to liczba ludności regionu spadła poniżej granicy dwóch milionów, osiągając poziom 1 996 440 mieszkańców. To niekorzystne zjawisko wpisuje się w ogólnopolską tendencję spadkową.

Zarówno w skali całego kraju, jak i w województwie lubelskim, dane demograficzne jednoznacznie wskazują na postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Zjawisko to objawia się wyraźnym wzrostem mediany wieku, która dla kobiet wynosi obecnie 46 lat, a dla mężczyzn 41 lat, czemu towarzyszy wydłużenie średniego trwania życia odpowiednio do 83 i 74 lat. Równolegle następuje niekorzystna zmiana w strukturze grup wiekowych: populacja osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym maleje, podczas gdy odsetek seniorów sukcesywnie rośnie. Statystyki potwierdzają, że spadek liczby najmłodszych mieszkańców przy jednoczesnym przyroście grupy powyżej 65. roku życia prowadzi do zwiększenia wskaźnika obciążenia demograficznego. W praktyce oznacza to, że coraz mniej liczna grupa pracujących musi zapewniać wsparcie dla stale powiększającej się rzeszy osób nieaktywnych zawodowo, w tym głównie seniorów.

Struktura demograficzna województwa lubelskiego wykazuje wyraźną dominację kobiet, które reprezentują 51,61% populacji. Ogólny współczynnik feminizacji wynosi 107 kobiet na 100 mężczyzn, osiągając najwyższe wartości w ośrodkach miejskich (114), podczas gdy na

terenach wiejskich proporcje te są zbliżone do równowagi (101). Interesującym wyjątkiem są grupy wiekowe do 50. oraz 54. roku życia, w których przeważają mężczyźni. Regres demograficzny w regionie jest napędzany przez ujemny przyrost naturalny oraz niekorzystne saldo migracji. Zjawisko wyludniania dotyczy niemal wszystkich jednostek terytorialnych, a jedynym obszarem wykazującym niewielką tendencję wzrostową jest powiat lubelski.

WYSZCZEGÓLNIENIE	2024	W ODNIESIENIU DO 2023 R.
MEŻCZYŻNI	966 128 (48,39%)	-7 283
KOBIETY	1 030 312 (51,61%)	-7 324
<b>LUDNOŚĆ OGÓŁEM</b>	<b>1 996 440</b>	<b>-14 607</b>

Statystyki dotyczące osób w wieku 15–64 lata wskazują na systematyczny spadek ich udziału w populacji województwa, który obecnie wynosi 64,25%. Towarzyszy temu wzrost obciążeń demograficznych, przejawiający się w relacji 56 osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób pracujących. Kluczowym wskaźnikiem jest tu również indeks starości na poziomie 153, który uwidacznia znaczną przewagę liczebną seniorów nad dziećmi. Takie parametry demograficzne wymuszają konieczność dostosowania polityki społecznej i rynku pracy do realiów, w których mniejsza grupa aktywnych zawodowo musi zabezpieczyć potrzeby rosnącej liczby osób starszych.

BIOLOGICZNE GRUPY WIEKU	2024	W ODNIESIENIU DO 2023 R.
0-14	281 735 (14,11%)	-10 637
15-64	1 282 759 (64,25%)	-13 340
65+	431 964 (21,64%)	+9 370
<b>OGÓŁEM</b>	<b>1 996 440</b>	<b>-14 607</b>

W świetle Wytycznych regulujących projekty finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus na lata 2021–2027, programy zdrowotne koncentrujące się na rehabilitacji leczniczej muszą wspierać aktywność zawodową uczestników. Z tego względu projekt „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029” jest dedykowany osobom pracującym oraz zarejestrowanym jako bezrobotne potrzebujące świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia, które wymagają wsparcia rehabilitacyjnego, aby utrzymać obecne stanowisko pracy lub skutecznie powrócić na rynek pracy.

W celu wyłonienia populacji kwalifikującej się do wsparcia, za punkt wyjścia przyjęto liczbę dorosłych mieszkańców Lubelszczyzny, która w 2024 roku wynosiła 1 647 438<sup>31</sup> osób. Ponieważ warunkiem udziału jest aktywność na rynku pracy<sup>32</sup>, powyższą wartość

<sup>31</sup> Na podstawie GUS. Bank danych lokalnych [online]. Stan ludności. Ludność wg pojedynczych roczników wieku i płci (dane półroczne). Aktualizacja: 29.10.2025 r.; <https://bdl.stat.gov.pl>; [dostęp: 15.01.2026 r.].

<sup>32</sup> Główny Urząd Statystyczny (GUS), w ramach Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), definiuje ludność aktywną zawodowo jako osoby w wieku 15-89 lat, które są uznawane za: pracujące (wykonujące jakąkolwiek pracę przynoszącą dochód, w tym pracujący na własny rachunek, zatrudnieni itp.) lub bezrobotne (aktywne poszukujące pracy i gotowe ją podjąć). Definicja ta jest zgodna z zaleceniami Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP/ILO) i 19. Międzynarodowej Konferencji Statystyków Pracy (ICLS). Jest to szerokie ujęcie, które pozwala na porównywalność danych na poziomie międzynarodowym. Odrębnie od definicji BAEL, w Polsce tradycyjnie wyróżnia się pojęcie wieku produkcyjnego, które jest związane z określeniem wieku emerytalnego i określa grupę, która ma tworzyć główną siłę roboczą. Dla kobiet jest to przedział: 18-59 lat, natomiast dla mężczyzn: 18-64 lata. Ten podział opiera się na prawnie określonym wieku emerytalnym w Polsce.

skorygowano o współczynnik aktywności zawodowej wynoszący 57,9% (dane za IV kwartał 2025 r.).<sup>33</sup> Zastosowanie go pozwoliło określić wielkość populacji docelowej na poziomie 953 866 osób, co odpowiada realnej grupie mieszkańców kwalifikujących się do programu.

Zgodnie z informacjami zawartymi w pierwszym rozdziale, od lat dziewięćdziesiątych XX wieku obserwuje się stały przyrost liczby zachorowań oraz zgonów spowodowanych schorzeniami neurologicznymi. Jednocześnie odnotowano spadek wskaźnika DALY po skorygowaniu go o strukturę wieku, co dowodzi, że wzrost wartości bezwzględnych jest ściśle powiązany z procesami demograficznymi i rosnącą długością życia. Specyfika dolegliwości układu nerwowego polega bowiem na tym, że prawdopodobieństwo ich wystąpienia staje się znacznie wyższe wraz z procesem starzenia się populacji.

Z informacji zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych wynika iż w poradniach neurologicznych na terenie województwa lubelskiego w 2024 r. udzielono ponad 411 tys. porad (najwięcej w powiatach miejskich Lublin, Chełm i Zamość). Po poradniach okulistycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej – jest to trzeci najwyższy wynik co do ilości porad w województwie. Najwięcej z tych porad zostało udzielonych dla kobiet w wieku 40-64 (112 468) oraz 65+ (116 459).

Choroby układu nerwowego są wskazywane jako znacząca przyczyna obciążenia zdrowotnego, stanowiąc czwartą najczęstszą przyczynę utraty lat życia w pełnym zdrowiu wśród schorzeń niezakaźnych. Analiza struktury tej grupy chorób wskazuje na wyraźne zróżnicowanie ze względu na wiek pacjentów. W przypadku chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera i inne rodzaje otępień oraz choroba Parkinsona, ciężar występowania problemu spoczywa niemal wyłącznie na populacji osób starszych, szczególnie tych, którzy przekroczyli siedemdziesiąty rok życia. Z kolei stany padaczkowe wykazują zupełnie inną charakterystykę demograficzną, ponieważ ich wpływ jest najbardziej odczuwalny w grupie osób młodszych i w wieku średnim, konkretnie między piętnastym a czterdziestym dziewiątym rokiem życia. Takie zestawienie podkreśla, że schorzenia neurologiczne wymagają zróżnicowanego podejścia profilaktycznego i diagnostycznego, dostosowanego do konkretnych etapów życia człowieka.<sup>34</sup>

W oparciu o dane statystyczne dotyczące województwa lubelskiego z lat 2019–2024 można wskazać na wyraźną prawidłowość w rozkładzie przyczyn zgonów. Schorzenia o podłożu neurologicznym stabilnie lokują się na trzeciej pozycji wśród chorób niezakaźnych prowadzących do śmierci, co świadczy o ugruntowanym i niezmiennym charakterze tego zjawiska w skali całego regionu. Stała obecność tej grupy chorób zaraz za schorzeniami kardiologicznymi i onkologicznymi podkreśla ich istotny udział w ogólnym bilansie zdrowotnym populacji w badanym pięcioleciu.

Utrzymująca się trzecia pozycja chorób układu nerwowego wśród przyczyn zgonów z powodu chorób niezakaźnych w województwie lubelskim stanowi istotny sygnał epidemiologiczny, jednak to wysoka skala niesprawności generowanej przez te schorzenia

---

Uzupełnieniem wieku produkcyjnego są: wiek przedprodukcyjny: osoby do 17. roku życia włącznie oraz wiek poprodukcyjny: osoby po osiągnięciu wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet, 65 lat dla mężczyzn). Na potrzeby niniejszego opracowania, jako osoby aktywne zawodowo określono osoby w wieku powyżej 18 r. ż.

<sup>33</sup> Urząd Statystyczny w Lublinie, Aktywność ekonomiczna ludności w województwie lubelskim Wstępne wyniki Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w 3 kwartale 2025 r.

<sup>34</sup> Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2021 – 2027, s. 24

jest ich najbardziej dotkliwym skutkiem społecznym. W ujęciu globalnego obciążenia chorobami (GBD) to właśnie zaburzenia neurologiczne odpowiadają za znaczną utratę lat życia w zdrowiu, ograniczając pacjentom możliwość samodzielnego funkcjonowania oraz aktywnego uczestnictwa w rynku pracy. Ponadto, zgodnie z raportem konsultanta krajowego z dziedziny rehabilitacji medycznej z 2019 r., choroby i urazy układu nerwowego i narządu ruchu będą dominować w starzejącym się społeczeństwie. Choroby układu nerwowego stanowią też jedną z najczęstszych przyczyn, z powodu których pacjenci korzystają ze świadczeń rehabilitacji leczniczej<sup>35</sup>.

Populację docelową szacowano metodą ekstrapolacji wskaźników ogólnopolskich na strukturę demograficzną regionu. Wykorzystano dane z najnowszego raportu „Neurologia w Polsce” oraz statystyki Narodowego Funduszu Zdrowia (portal e-Zdrowie), określające średnią chorobowość rejestrowaną w skali kraju oraz uwzględniając dane ZUS. Wskaźniki te odniesiono do struktury ludnościowej województwa lubelskiego, uwzględniając, że mieszkańcy regionu stanowią ok. 5,00% populacji Polski. Przy zastosowaniu wskaźnika aktywności zawodowej, skorygowano go o informacje w zakresie poszczególnych jednostek chorobowych, takich jak zespoły bólowe, SM (często osoby w wieku produkcyjnym), udary (szczyt zachorowań powyżej 60 r.ż.).

Biorąc pod uwagę, iż głównym celem podejmowanych działań jest poprawa i przywrócenie sprawności funkcjonalnej, która umożliwi pacjentom zarówno zwiększenie samodzielności w sferze pozazawodowej, jak i utrzymanie lub odzyskanie zdolności do pracy i ponieważ ramy organizacyjne programu są uwarunkowane dostępnymi zasobami budżetowymi, wsparciem zostanie objęta grupa **2 000 uczestników**.

Udzielanie świadczeń w ramach niniejszego programu będzie odbywać się zgodnie z zasadami horyzontalnymi. Obejmują one w szczególności zasadę równości kobiet i mężczyzn oraz zasadę równości szans i niedyskryminacji, w tym zapewnienie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Przy czym, posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności nie stanowi warunku koniecznego do uczestnictwa w programie. Kluczowym kryterium kwalifikacji jest natomiast stwierdzenie obecności choroby układu nerwowego.

### 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w regionalnym programie zdrowotnym oraz kryteria wyłączenia z regionalnego programu zdrowotnego

Włączenie do Programu będzie następowało w ośrodku realizującym:

1. spełnienie kryteriów włączenia opisanych w pkt 3.2.1 wypełnienie dokumentacji projektowej, udzielenie niezbędnych zgód tj. RODO, zgoda na udział w Programie, akceptacja regulaminu rekrutacji i udziału w Programie,
2. brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w programie.

<sup>35</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.

### 3.2.1. Kryteria włączenia

- pozostawanie osobą aktywną zawodowo (pracującą lub zarejestrowaną jako osoba bezrobotna w PUP) – na podstawie zaświadczenia od pracodawcy, wydruku z CEIDG lub innego zaświadczenia potwierdzającego status osoby pracującej, zaświadczenia z urzędu pracy o statusie osoby bezrobotnej.
- zamieszkiwanie lub przebywanie na terenie województwa lubelskiego – na podstawie deklaracji pacjenta,
- świadoma zgoda na udział w Programie – na podstawie oświadczenia pacjenta,
- wskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji stwierdzone przez lekarza następujących specjalizacji: neurologii, rehabilitacji medycznej/medycyny pracy, a także lekarza w trakcie powyższych specjalizacji,
- stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym – stwierdzone przez lekarza następujących specjalizacji: neurologii, rehabilitacji medycznej/medycyny pracy, a także lekarza w trakcie powyższych specjalizacji,
- rozpoznanie choroby przewlekłej układu nerwowego w wywiadzie wg ICD-10:<sup>36</sup>

G05 – Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej,

G12 – Rdzeniowy zanik mięśni i zespoły pokrewne,

G25 – Inne zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych,

G35 – Stwardnienie rozsiane: bliżej nieokreślone, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, rozsiane, uogólnione,

G54 – Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych,

G55 – Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej,

G56 – Mononeuropatie kończyny górnej,

G63 – Polineuropatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej,

G71 – Pierwotne zaburzenia mięśniowe,

G81 – Porażenie połowicze (hemiplegia/hemipareza),

I69 – Następstwa chorób naczyniowych mózgu.

Projekt będzie dostępny dla wszystkich osób, spełniających kryteria określone w regulaminie rekrutacji, niezależnie od płci, wykształcenia, narodowości, niepełnosprawności – w sposób gwarantujący kobietom i mężczyznom taką samą wartość społeczną, równe prawa i równe obowiązki oraz równy dostęp do korzystania z efektów programu.

### 3.2.2. Kryteria wyłączenia

- niezamieszkanie w województwie lubelskim,
- brak statusu osoby pracującej lub zarejestrowanej jako bezrobotna w PUP,
- brak rozpoznania choroby układu nerwowego wg ICD-10: G05, G12, G25, G35, G54, G55, G56, G63, G71, G81 oraz I69,
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, w tym:
  - ciężkie, niepoddające się leczeniu nadciśnienie tętnicze
  - ciężka niewydolność krążenia

<sup>36</sup> <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>

- niewyrównana niedoczynność lub nadczynność tarczycy
  - choroba/ zespół cushinga
  - zaburzenia psychiatryczne
  - ciężka niewydolność wątroby
  - ciężka niewydolność nerek
  - przewlekła sterydoterapia doustna
  - ostre stany chorobowe związane z narządem ruchu
  - choroba onkologiczna w trakcie diagnostyki i leczenia
  - glikemia przygodna na czczo > 300 mg/dl
- inne indywidualne czynniki wykluczające udział wg decyzji lekarza,
  - korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresie neurologii finansowanych ze środków publicznych (przez Urząd Marszałkowski, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON) z powodu jednostek chorobowych układu nerwowego wg ICD-10: G05, G12, G25, G35, G54, G55, G56, G63, G71, G81 oraz I69 w okresie ostatnich 3 miesięcy przed przystąpieniem do Programu\* – na podstawie deklaracji/oświadczenia pacjenta,
  - uprzedni udział w Programie pn. „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029” realizowany przez innego beneficjenta.\*

\* Mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika Programu

### 3.2.3. Sposób informowania o regionalnym programie zdrowotnym

Działania informacyjno-promocyjne w ramach programu będą realizowane przez Realizatora czyli podmiotu w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079, z późn. zm.), na podstawie art. 2 pkt 9 rozporządzenia ogólnego 2021/1060 we współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, poradniami specjalistycznymi (w szczególności neurologicznymi), innymi podmiotami systemu ochrony zdrowia oraz organizacjami pozarządowymi i innymi organizacjami zrzeszających pracodawców. Przewidziane jest również zaangażowanie lokalnych mediów, takich jak prasa, radio oraz platformy społecznościowe.

Materiały informacyjne o programie będą udostępniane w siedzibie Realizatora, a także w przestrzeniach publicznych, m.in. na terenie urzędów, szpitali, POZ, AOS itp. jednostek terenu województwa lubelskiego – w formie ogłoszeń internetowych oraz plakatów na tablicach informacyjnych. Kampania promocyjna będzie również obejmować dystrybucję drukowanych materiałów, takich jak ulotki i plakaty. Szczegółowy dobór kanałów komunikacji zostanie przedstawiony przez Realizatora na etapie składania wniosku o dofinansowanie projektu, z uwzględnieniem jego specyfiki oraz lokalnych uwarunkowań.

## 3.3. Planowane interwencje

Zakres działań został opracowany w sposób zapewniający realizację celów programu. Zaprojektowane interwencje odpowiadają specyfice i potrzebom grupy docelowej, a ich struktura oparta jest na wytycznych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Poszczególne elementy programu są ze sobą spójne, wzajemnie się uzupełniają, tworząc całościowy, efektywny model kompleksowej rehabilitacji neurologicznej.

Program to kompleksowy regionalny program zdrowotny stanowiący wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Jest ukierunkowany na konkretną, jasno określoną populację docelową, a jego struktura została opracowana w sposób logiczny i celowy. W ramach programu realizowane będą świadczenia objęte katalogiem świadczeń gwarantowanych, niezbędne do osiągnięcia zakładanych rezultatów, wzbogacone o nowe rozwiązania organizacyjne służące zwiększeniu skuteczności interwencji. Kluczowym elementem jest integracja działań rehabilitacyjnych oraz wypracowanie na poziomie regionalnym jednolitych standardów organizacji i prowadzenia rehabilitacji neurologicznej, jak również całościowej opieki nad osobami z chorobami układu nerwowego.

Aby zapobiec podwójnemu finansowaniu uruchomione będą mechanizmy w postaci systemu oświadczeń i weryfikacji, czy dany pacjent w okresie ostatnich 3 miesięcy przed przystąpieniem do Programu – na podstawie deklaracji/oświadczenia pacjenta, nie korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych (przez Urząd Marszałkowski, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON) z powodu jednostek chorobowych (wg ICD-10: G05, G12, G25, G35, G54, G55, G56, G63, G71, G81 oraz I69).

Planowane interwencje w programie realizowane są w etapach II – VII

### **3.3.1. ETAP II. MODUŁ PROMOCYJNO-EDUKACYJNY PROGRAMU**

Etap prowadzenia akcji promocyjno-edukacyjnej ma na celu rozpowszechnienie informacji o Programie na terenie województwa lubelskiego, co w konsekwencji ma prowadzić do wysokiej zgłaszalności do programu. Za przeprowadzenie i koordynację akcji będzie odpowiadał Realizator.

Promocja programu rozpocznie się od etapu zawiadamiania o realizacji wraz z popularyzacją wiedzy na temat istoty, czynników ryzyka, profilaktyki chorób układu nerwowego, wczesnego rozpoznawania sygnałów alarmowych i będzie prowadzona w następujący sposób:

- emisja ogłoszeń i materiałów edukacyjnych w lokalnych mediach,
- kampania informacyjna w mediach społecznościowych i na stronie internetowej Programu,
- dystrybucja materiałów promocyjnych: ulotki, plakaty w przychodniach, szpitalach, aptekach i instytucjach publicznych oraz materiałów promocyjno-edukacyjnych w formie elektronicznej na wybranych stronach internetowych oraz portalach społecznościowych, a także dotarcie do organizacji zrzeszających pracodawców,
- współpraca z lekarzami POZ, AOS, medycyny pracy oraz personelem medycznym w zakresie kierowania pacjentów do Programu,
- udział w lokalnych wydarzeniach zdrowotnych jako forma bezpośredniej promocji.

Działania te będą miały charakter ciągły, z nasileniem w początkowej fazie realizacji Programu oraz w okresach naboru nowych uczestników do każdej edycji.

### **3.3.2. ETAP III. MODUŁ DIAGNOSTYCZNY**

Celem tego etapu jest kompleksowa ocena stanu zdrowia pacjenta, obejmująca zarówno choroby układu nerwowego, jak i schorzenia współistniejące. Proces oceny pozwala zbadać stabilność kliniczną pacjenta, oszacować ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz zbadać tolerancję wysiłku fizycznego także określić wpływ wykonywanej pracy i czynników

ze środowiska pracy na zdrowie uczestnika Programu. Na tej podstawie dobierane są odpowiednie formy rehabilitacji, jej intensywność oraz środki bezpieczeństwa niezbędne do zapewnienia właściwego nadzoru medycznego podczas całego procesu rehabilitacji neurologicznej.

Moduł diagnostyczny składa się z:

- wstępnego badania przez pielęgniarkę,
- badania przez lekarza,
- wizyta diagnostyczna u rehamanagery.

### **3.3.2.1. Wstępne badanie do Programu dokonywane przez pielęgniarkę**

Wstępne badanie do programu przeprowadzi pielęgniarka.

Podczas wstępnego badania pielęgniarka:

- zbierze dane osobowe pacjenta oraz przeprowadzi wywiad zdrowotny, dotyczący aktualnego stanu zdrowia, przebytych i współistniejących chorób, zbiera wywiad zawodowy, identyfikuje czynniki ryzyka, w tym również zawodowe,
- przeprowadzi pomiary antropometryczne: masy ciała i wzrostu oraz obliczy wskaźnik BMI,
- dokona pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna,
- przeprowadzi test wiedzy na temat chorób układu nerwowego (pre-test).

### **3.3.2.2. Badanie do Programu dokonywana przez lekarza**

Badanie do Programu dokona lekarz ze specjalizacją w dziedzinie neurologii, medycyny pracy, rehabilitacji medycznej oraz w trakcie tych specjalizacji wyznaczony przez Realizatora.

Podczas badania lekarz:

- przeprowadzi badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta,
- dokona oceny stanu klinicznego pacjenta,
- zbierze wywiad w zakresie ChUN oraz chorób towarzyszących,
- orzeknie o ograniczeniach, przeciwwskazaniach lub ich braku do udziału w Programie.

Wywiad, badanie, wyniki pomiarów i badań pielęgniarka i lekarz udokumentują w Karcie badania – dokumencie wspólnym, gromadzącym dane z badania wstępnego i końcowego uczestnika Programu.

Po badaniu pacjenta przez lekarza, opiekun pacjenta umówi pacjenta na wizytę u rehamanagery, który opracuje IPKR i przekaże terminy wizyt u pozostałych członków zespołu interdyscyplinarnego realizującego program.

### **3.3.2.3. Wizyta diagnostyczna u rehamanagery**

Na początku modułu każdy uczestnik odbędzie indywidualne spotkanie z rehamanagerem – specjalistą ds. rehabilitacji, podczas którego przeprowadzona zostanie wstępna diagnoza stanu funkcjonalnego, wydolności fizycznej, dobór elementów IPKR oraz ocena sytuacji niepełnosprawności pacjenta w obszarze zawodowym i życia codziennego oraz doradztwo w obszarze wsparcia uczestników projektu (m.in. adaptacja otoczenia, sprzęt pomocniczy,

informacje o prawach i dostępnych formach wsparcia). W ramach tej wizyty zostaną wykonane:

- ocena funkcjonalna na podstawie badania i testów ogólnej sprawności dobrane indywidualnie do możliwości pacjenta wg ICF,
- skala VAS,
- test stania na 1 kończynie dolnej przez 10-30 sekund,
- test palce-podłoga,
- test ruchomości odcinka szyjnego we wszystkich płaszczyznach,
- ponadto testy w zależności od schorzenia wiodącego, z jakim został zakwalifikowany pacjent do programu tj. Mirroring Test – test czucia głębokiego dla pacjentów z niedowładami, test Tinela – dla osób z uciskiem pni nerwu łokciowego, test Phalena – dla osób z zespołem cieśni kanału nadgarstka, test Slump – dla pacjentów z dyskopatią, test Wstań i idź (Timed Get Up & Go, TUG) – oceniający mobilność, równowagę i ryzyko upadków pacjentów z SM, czy po udarach, test 5-krotnego wstawania z krzesła (FTSST) – ocenia równowagę dynamiczną i siłę mięśni nóg, pomiar dynamometrem – obiektywna ocena siły mięśniowej
- kwestionariusz EQ-5D-5L – służący ocenie jakości życia związanej ze zdrowiem,
- kwestionariusz IPAQ – badający poziom aktywności fizycznej w codziennym życiu,
- określenie celów terapii.

Wyniki uzyskane na tym etapie stanowią punkt wyjścia do opracowania IPKR oraz podstawę do późniejszej oceny efektów interwencji.

Informacje dotyczące stanu pacjenta, wyników testów oraz wskazań rehabilitacyjnych zostaną odnotowane w dokumentacji pacjenta.

Osoby wykluczone z udziału w programie będą ujęte w dokumentacji niezbędnej do prowadzenia procesu monitorowania Programu.

Efektem końcowym procedury włączającej do Programu będzie stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie oraz uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń, zaświadczeń oraz zgody na udział w programie.

### **3.3.3. ETAP IV: MODUŁ REHABILITACYJNY**

Moduł rehabilitacji ruchowej stanowi kluczowy element programu, ukierunkowany na poprawę wydolności fizycznej uczestników, zwiększenie ich sprawności funkcjonalnej oraz wspomaganie powrotu do aktywności codziennej i zawodowej.

Rehamanager - specjalista ds. zarządzania rehabilitacją na podstawie spotkania wstępnego z pacjentem sporządzi indywidualny program kompleksowej rehabilitacji (IPKR), uwzględniając udział fizjoterapeuty, logopedy, psychologa i pielęgniarki.

Zajęcia rehabilitacyjne w ramach IPKR będą prowadzone przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę i obejmą zarówno elementy diagnostyczne, edukacyjne jak i treningowe, a ich program będzie dostosowany do możliwości zdrowotnych i kondycyjnych uczestników

Moduł rehabilitacyjny będzie składał się z:

- opracowania przez rehamanagera indywidualnego programu kompleksowej rehabilitacji,

- 15 indywidualnych terapii realizowanych przez fizjoterapeutę w ciągu 3-4 tygodniowych edycji (1 x dziennie po 60 min., przez 5 dni roboczych w ciągu 3-4 tygodni),
- 5 wizyt u logopedy dla pacjentów deficytami w obszarze mowy, 1 diagnostyczna i 4 terapeutyczne.

### **3.3.3.1. Opracowanie indywidualnego programu kompleksowej rehabilitacji (IPKR) przez rehamanagera**

Rehamanager – specjalista ds. zarządzania rehabilitacją na podstawie spotkania wstępnego z pacjentem, po przeprowadzeniu wywiadu, analizie dostarczonej dokumentacji oraz ocenie funkcjonalnej sporządzi plan usprawniania, czyli indywidualny program kompleksowej rehabilitacji (IPKR), uwzględniając udział pozostałych członków zespołu interdyscyplinarnego:

- fizjoterapeuty – 15 indywidualnych godzinnych terapii, realizowanych w ciągu 3-4 tygodni
- logopedy – 5 x 1 godzina dla osób potrzebujących wsparcia logopedycznego (12% uczestników programu – 240 osób),
- psychologa – 1 x 1 godzina - spotkanie diagnostyczne dla wszystkich uczestników oraz wsparcie psychologiczne dla 25% uczestników Programu: 500 osób\* x 3 godziny, dla osób potrzebujących pomocy psychologa,
- pielęgniarki – 1 godzinne spotkanie edukacyjne.

\* Liczba 500 osób określona na podstawie przewidywanej ilości osób korzystających z dodatkowego wsparcia psychologicznego w trakcie realizacji Programu - przyjęto, że będzie to 25% uczestników Programu.

Rehamanager będzie sprawował nadzór nad realizacją IPKR.

Wytyczne dotyczące IPKR oraz wskazań rehabilitacyjnych zostaną odnotowane w dokumentacji pacjenta.

### **3.3.3.2. Zajęcia z fizjoterapeutą**

Po wizycie diagnostycznej u rehamanagera uczestnicy wezmą udział w 15 indywidualnych godzinnych terapiach, realizowanych w ciągu 3-4 tygodni. Każde zajęcia z fizjoterapeutą będą trwać 60 min., z zachowaniem zasady, że nie dłużej niż pozwala na to stan kliniczny pacjenta i będą przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi standardami<sup>37</sup>.

Zajęcia będą prowadzone przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę.

Zajęcia z fizjoterapeutą będą dostosowane do możliwości zdrowotnych i kondycyjnych uczestników, a ich celem będzie:

- poprawa wydolności fizycznej,
- poprawa funkcji narządu ruchu,
- poprawa wydolności układu krążeniowo-oddechowego,

<sup>37</sup> Zgodnie z zaleceniami PTN oraz Opisem świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego AOTMiT.

- poprawa sprawności psychofizycznej,
- poprawa funkcji śródbłonka,
- zwiększenie siły mięśniowej i elastyczności,
- poprawa koordynacji ruchowej i równowagi,
- budowanie nawyku regularnej aktywności fizycznej
- mobilizacja pacjenta do leczenia.

Program treningowy będzie dostosowany do możliwości zdrowotnych i kondycyjnych uczestników. W ramach terapii indywidualnej (15 godzin) będą wykonywane: zabiegi manualne (masaż tkanek głębokich, rozluźnianie mięśniowo powięziowe i inne techniki mobilizacji tkanek miękkich, torowanie nerwowo-mięśniowe prawidłowego wzorca ruchu – PNF, trening sensomotoryczny, proprioceptywny) oraz wspomagające zabiegi fizykoterapeutyczne (laseroterapii, magnetoterapii, elektroterapii, hydroterapii, ciepłolecznictwa, krioterapii), a także ćwiczenia z grupy ćwiczeń ogólnousprawniających.

W trakcie rehabilitacji będzie także prowadzona ukierunkowana edukacja mająca na celu wyposażenie pacjenta w wiedzę i umiejętności praktyczne pozwalające mu lepiej radzić sobie w codziennej aktywności zawodowej i społecznej w kontekście posiadanego schorzenia.

Rehamanager będzie sprawował nadzór nad realizacją IKPR.

Sesje aktywności fizycznej odbywać się będą w Pracowni Fizjoterapii, Sali kinezyterapii/sali gimnastycznej pod okiem fizjoterapeuty.

Zajęcia będą realizowane w bezpiecznych warunkach, z odpowiednim monitorowaniem stanu zdrowia uczestników.

Realizacja zajęć fizjoterapeutycznych będzie odnotowana w dokumentacji pacjenta.

### **3.3.3.3. Zajęcia z logopedą**

Zajęcia logopedyczne dla pacjentów z deficytami w obszarze mowy, które są w większości efektem udarów, mechanicznych urazów czaszkowo-mózgowych, czy też chorób neurodegeneracyjnych.

Logopeda zdiagnozuje umiejętności komunikacji poznawczej, zdolności motoryczne mowy i inne obszary związane z komunikacją oraz dobierze dostosowane indywidualnie techniki i metody pracy np. terapia komunikacji, poprawa technicznej strony mowy, odbudowa utraconego zasobu słownictwa, jak i zahamowaniu mowy spontanicznej, ćwiczenia obejmujące zakres grafii, kalkulii, funkcji poznawczych i wykonawczych, treningi koncentracji uwagi, treningi oddechowe, treningi pamięci i inne.

Na podstawie doświadczenia WOMP CP-L w Lublinie w zakresie działań rehabilitacyjnych (zarówno w formie ambulatoryjnej, jak i w ramach programów zdrowotnych) wsparcie logopedyczne dedykowane osobom z deficytami w obrębie komunikacji zwykle wynosi około 12% grupy pacjentów ze schorzeniami w obszarze chorób układu nerwowego.

W Programie zaplanowano 5 godzin wsparcia logopedycznego: 1 wizyta diagnostyczna i 4 terapeutyczne dla 12% uczestników Programu – 240 osób.

Przebieg zajęć z logopedą będzie na bieżąco odnotowywany w dokumentacji pacjenta.

### 3.3.4. **ETAP V: MODUŁ PSYCHOLOGICZNY**

Moduł wsparcia psychospołecznego stanowi integralny element kompleksowej rehabilitacji neurologicznej i ma na celu wsparcie pacjentów w radzeniu sobie z psychologicznymi i społecznymi skutkami choroby układu nerwowego. Interwencja psychologiczna prowadzona w ramach tego etapu ma charakter indywidualny, ukierunkowany na poprawę jakości życia pacjenta, zwiększenie jego zaangażowania w proces leczenia oraz ułatwienie powrotu do aktywności życiowej i zawodowej.

Etap realizowany będzie przez psychologa na przestrzeni 3-4 tygodni (równoległe do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego) i będzie obejmował dwa komponenty:

#### 3.3.4.1. **Wstępna diagnoza psychologiczna**

Każdy uczestnik programu odbędzie indywidualne spotkanie z psychologiem, którego celem będzie:

- rozpoznanie sposobu radzenia sobie pacjenta z chorobą przewlekłą (mechanizmy adaptacyjne, poziom akceptacji choroby),
- identyfikacja trudności psychicznych związanych z utratą ról społecznych i zawodowych wskutek choroby,
- ocena ogólnego stanu emocjonalnego pacjenta, w tym ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych lub lękowych,
- rozpoznanie potrzeb w zakresie dalszego wsparcia psychologicznego.

#### 3.3.4.2. **Wsparcie psychologiczne dostępne dla potrzebujących**

W kolejnych 2 tygodniach dla uczestników potrzebujących wsparcia psychologicznego (25% uczestników programu) będzie dostępny psycholog (3 godziny na 1 osobę). Spotkania będą miały charakter dobrowolny i dostosowany do potrzeb pacjentów – mogą m.in. dotyczyć:

- trudności w adaptacji do życia z chorobą,
- problemów emocjonalnych i obniżonego nastroju,
- budowania motywacji do aktywności i zmiany stylu życia,
- wsparcia w relacjach rodzinnych, społecznych i zawodowych,
- radzenia sobie z lękiem przed nawrotem choroby lub ograniczeniami fizycznymi.

Moduł ten ma na celu nie tylko poprawę dobrostanu psychicznego uczestników, ale również zwiększenie skuteczności działań rehabilitacyjnych poprzez wspieranie wewnętrznych zasobów pacjenta i wzmacnianie jego poczucia wpływu na proces zdrowienia.

Etap realizowany będzie przez na przestrzeni 3-4 tygodni (równolegle do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego).

Dane uzyskane podczas realizacji modułu wsparcia psychospołecznego zostaną odnotowane przez psychologa dokumentacji.

### 3.3.5. **ETAP VI: MODUŁ EDUKACYJNY**

Celem modułu edukacyjnego jest zwiększenie poziomu wiedzy uczestników na temat chorób układu nerwowego, ich przyczyn, konsekwencji, profilaktyki oraz sposobów zapobiegania ich progresji i rozpoznawania kluczowych objawów zagrażających zdrowiu, w tym sugerujących zbliżający się udar mózgu. Edukacja ma wzmocnić świadomość zdrowotną pacjentów, zwiększyć skuteczność samokontroli oraz poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Moduł będzie realizowany przez pielęgniarkę specjalistkę w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących w formie indywidualnej edukacji zdrowotnej obejmie tematykę dostosowaną do potrzeb pacjenta, z następujących obszarów:

- istotę chorób układu nerwowego,
- czynniki ryzyka ChUN, z uwzględnieniem ich modyfikalności,
- znaczenie czynników zawodowych w rozwoju i nawrotach choroby,
- zdrowotne czynniki ryzyka w miejscu pracy oraz działania prewencyjne w zakresie czynników szkodliwych lub uciążliwych występujących w miejscu pracy wpływających niekorzystnie na układ nerwowy,
- udzielania porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy,
- powikłania chorób układu nerwowego,
- zasady przyjmowania leków – systematyczność, bezpieczeństwo farmakoterapii,
- przestrzeganie zaleceń lekarskich i rola pacjenta w procesie leczenia,
- praktyczne aspekty pomiaru ciśnienia tętniczego w warunkach domowych – częstotliwość, technika, interpretacja wyników,
- rozpoznawania kluczowych objawów, zagrażających zdrowiu, w tym sugerujących zbliżający się udar mózgu
- monitorowanie objawów ostrzegawczych – jak rozpoznać pogorszenie stanu zdrowia, kiedy zgłosić się do lekarza.
- samoobserwacja i prowadzenie dzienniczka zdrowia – zapisywanie ciśnienia, tętna, objawów, stosowania leków.
- informowanie osób bezrobotnych objętych RPZ z zakresu rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia, o której mowa w pkt 1 lit. c,<sup>38</sup> o możliwości uzyskania wsparcia w projektach z zakresu aktywizacji zawodowej realizowanych w ramach RP, chyba że uzyskują już wsparcie właściwej instytucji rynku pracy

Edukacja ma na celu zwiększenie samodzielności pacjenta w codziennym zarządzaniu chorobą, zmniejszenie ryzyka powikłań, minimalizowanie negatywnego wpływu środowiska pracy na zdrowie oraz przygotowanie pacjenta do świadomego samoleczenia.

---

<sup>38</sup> Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027

Etap realizowany będzie przez na przestrzeni 3-4 tygodni (równoległe do Etapu IV: Modułu rehabilitacyjnego).

Dane uzyskane podczas realizacji modułu edukacyjnego zostaną odnotowane przez pielęgniarkę w dokumentacji.

### **3.3.6. ETAP VII: MODUŁ KOŃCĄCY UDZIAŁW PROGRAMIE**

Po zakończeniu wszystkich modułów opiekun pacjenta wyznaczy termin końcowej wizyty u pielęgniarki i rehamanagery, podczas której ponownie zostaną ocenione występujące u pacjenta czynniki ryzyka, stan zdrowia, pomiary parametrów życiowych, ocena funkcjonalna oraz zostaną wykonane testy. Stan wyjściowy zdrowia uczestnika Programu zostanie porównany stanu po ukończeniu programu oraz zostaną ocenione efekty udziału w Programie.

#### **3.3.6.1. Końcowa wizyta u pielęgniarki**

Podczas wizyty końcowej pielęgniarka:

- ponownie oceni czynniki ryzyka chorób układu nerwowego oraz oceni czynniki ryzyka zawodowego,
- przeprowadzi pomiary antropometryczne: masy ciała i wzrostu oraz obliczy wskaźnik BMI,
- dokona pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna,
- przeprowadzi test wiedzy na temat chorób układu nerwowego (post-test).

Po badaniu wizycie końcowej u pielęgniarki opiekun pacjenta umówi go na wizytę u rehamanagery, który dokona oceny pacjenta oraz podsumuje efekty udziału w programie.

Wyniki pomiarów i badań pielęgniarka udokumentuje w karcie badania – dokumencie gromadzącym dane z badania wstępnego i końcowego uczestnika Programu.

#### **3.3.6.2. Końcowa wizyta u rehamanagery**

Po zakończeniu realizacji IPKR każdy uczestnik odbędzie końcowe spotkanie indywidualne z fizjoterapeutą, podczas którego zostaną ponownie przeprowadzone:

- ocena funkcjonalna (testy ogólnej sprawności dobrane indywidualnie do możliwości pacjenta wg ICF) – powtórne wykonanie testów wykonywanych na wizycie diagnostycznej,
- kwestionariusz EQ-5D-5L – ponowna ocena jakości życia związanej ze zdrowiem,
- kwestionariusz IPAQ – ponowna ocena poziomu aktywności fizycznej w codziennym życiu,
- omówienie efektów terapeutycznych,
- wydanie zaświadczenia o uczestnictwie oraz zaleceń co do dalszego postępowania.

Porównanie wyników z obu spotkań pozwoli na ocenę efektywności interwencji fizjoterapeutycznej oraz postępu w zakresie sprawności i jakości życia pacjenta.

Informacje dotyczące stanu pacjenta, wyników testów oraz efektów terapeutycznych zostaną odnotowane w dokumentacji pacjenta.

Pacjentowi zostanie wydane zaświadczenie o udziale w Programie.

Po zakończonym procesie rehabilitacji zostaną przekazane informacje o pacjencie oraz o jego stanie zdrowia i opracowanym planie postępowania prozdrowotnego do lekarza leczącego kierującego do Programu (wydającego zaświadczenie będące podstawą kwalifikacji), w celu ustalenia dalszego postępowania finansowanego ze środków NFZ.

### **3.3.7. Rekomendacje naukowe dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym oraz skuteczność i bezpieczeństwo planowanych działań**

Rehabilitacja w schorzeniach układu nerwowego stanowi podstawowy element leczenia i poprawy jakości życia pacjentów, co potwierdzają zarówno krajowe, jak i międzynarodowe rekomendacje naukowe.

Rehabilitacja neurologiczna stanowi kluczowy element postępowania w chorobach układu nerwowego, ponieważ umożliwia odzyskiwanie utraconych funkcji, kompensację deficytów oraz poprawę jakości życia pacjentów. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje rehabilitację jako proces, którego celem jest „optymalizacja funkcjonowania i redukcja niepełnosprawności w interakcji z otoczeniem”<sup>39</sup>. W kontekście chorób neurologicznych rehabilitacja ma szczególne znaczenie, ponieważ uszkodzenia mózgu i rdzenia kręgowego prowadzą do złożonych zaburzeń ruchowych, poznawczych i sensorycznych, które wymagają wieloaspektowego podejścia terapeutycznego.

Zgodnie z wytycznymi American Heart Association/American Stroke Association, rehabilitacja powinna być inicjowana jak najszybciej po wystąpieniu udaru mózgu, gdy stan pacjenta jest stabilny, ponieważ wczesna interwencja zwiększa wyniki funkcjonalne i zmniejsza ryzyko powikłań<sup>40</sup>. Wczesne rozpoczęcie terapii jest zatem kluczowe, a jego opóźnienie może prowadzić do utrwalenia deficytów neurologicznych i pogłębienia niepełnosprawności.

W raporcie WHO *Neurological Disorders: Public Health Challenges* podkreślono, że rehabilitacja powinna rozpoczynać się jak najwcześniej po stabilizacji stanu pacjenta, ponieważ w tym okresie neuroplastyczność mózgu jest największa (WHO, 2006, s. 121–123)

Na wstępie należy zaznaczyć, że zgodnie z zaleceniem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego rekomendowana jest optymalizacja i poprawa dostępu do rehabilitacji neurologicznej. Raport podkreśla, że rehabilitacja jest **niezbędnym elementem leczenia pacjentów neurologicznych**. Wskazuje między innymi na:

- **Niewystarczającą dostępność** do rehabilitacji w Polsce,
- **Długie okresy oczekiwania na świadczenia** rehabilitacyjne,

<sup>39</sup> WHO. (2017). Rehabilitation in health systems. World Health Organization, s. 12–13

<sup>40</sup> American Heart Association/American Stroke Association. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery, Stroke, 2016.

- **Rosnące zapotrzebowanie** na rehabilitację z powodu starzenia się społeczeństwa.<sup>41</sup>

Współczesne rekomendacje naukowe jednoznacznie wskazują, że postępowanie w schorzeniach układu nerwowego powinno opierać się na kompleksowej, interdyscyplinarnej i długoterminowej rehabilitacji, która jest traktowana jako integralny element leczenia, a nie etap opcjonalny. Najnowszy moduł WHO *Package of Interventions for Rehabilitation: Neurological Conditions* (2023) podkreśla, że w chorobach takich jak udar mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona czy neuropatie, rehabilitacja powinna być wdrażana wcześniej, prowadzona przez zespół specjalistów i obejmować zarówno funkcje ruchowe, jak i poznawcze, emocjonalne, komunikacyjne oraz społeczne. WHO przedstawia szczegółowe interwencje o udokumentowanej skuteczności, opisując ich cele, wymagania sprzętowe i kompetencje terapeutyczne, co stanowi podstawę do standaryzacji opieki (WHO, 2023).

Zgodnie z rekomendacjami (NSF 2017, VHA-DoD 2010) pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018). Dodatkowo zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Należy podkreślić, że rehabilitacja bez względu na metodę jest dobrym środkiem poprawiającym ocenę aktualnej zdolności do pracy oraz ocenę własnych możliwości w stosunku do fizycznych wymagań wykonywanego zawodu w związku z czym zalecana jest szczególnie osobom aktywnym zawodowo w celu utrzymania ich w zatrudnieniu. W rekomendacjach wskazuje się także, że w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.<sup>42</sup>

Rehabilitacja powinna być również indywidualnie dopasowana do pacjenta, uwzględniając rodzaj i stopień zaawansowania choroby, wiek, stan ogólny oraz cele terapeutyczne. Wytyczne European Stroke Organisation wskazują, że personalizacja planu rehabilitacyjnego pozwala osiągnąć optymalne rezultaty i efektywnie wykorzystać potencjał pacjenta<sup>43</sup>. Skuteczna rehabilitacja wymaga także podejścia wielodyscyplinarnego, w którym uczestniczy zespół specjalistów, w tym neurolog, terapeuta zajęciowy, logopeda, psycholog i pielęgniarka. Zintegrowane podejście zespołowe jest fundamentem skutecznej rehabilitacji neurologicznej, co potwierdzają zalecenia World Health Organization<sup>44</sup>.

Kluczowe jest też regularne monitorowanie postępów pacjenta i modyfikacja planu terapii. Wytyczne American Academy of Neurology zalecają stosowanie standardowych narzędzi

<sup>41</sup> Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Gierczyński J., Kułakowska A., Rejda K. Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum, Warszawa, Sierpień 2024

<sup>42</sup> Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 3/2024 z dnia 16 stycznia 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”

<sup>43</sup> European Stroke Organisation. ESO Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery, 2023

<sup>44</sup> World Health Organization. Rehabilitation in Health Systems, WHO, 2020.

oceny, takich jak skala Fugl-Meyera, skala Rankina czy skala Barthela, co pozwala na bieżąco dostosowywać terapię do potrzeb pacjenta<sup>45</sup>. Współcześnie w rehabilitacji neurologicznej coraz częściej wykorzystuje się nowoczesne technologie, takie jak robotyka, wirtualna rzeczywistość czy sztuczna inteligencja, które zwiększają zaangażowanie pacjentów i umożliwiają precyzyjne monitorowanie postępów<sup>46</sup>.

Ważnym aspektem rehabilitacji jest bezpieczeństwo i etyka postępowania. Zgodnie z wytycznymi American Congress of Rehabilitation Medicine, pacjent powinien być informowany o celach terapii, możliwych ryzykach i wyrażaniu świadomej zgody na proponowane działania<sup>47</sup>. Przestrzeganie tych zasad buduje zaufanie pacjenta i sprzyja skutecznej współpracy w procesie rehabilitacyjnym.

Badania kliniczne potwierdzają, że stosowanie wczesnej, indywidualnie dopasowanej, wielodyscyplinarnej rehabilitacji, wspieranej nowoczesnymi technologiami, znacząco poprawia wyniki leczenia, przywraca funkcje neurologiczne i poprawia jakość życia pacjentów<sup>48</sup>. Implementacja powyższych zaleceń zwiększa efektywność terapeutyczną, skraca czas oczekiwania na powrót do samodzielności i aktywności zawodowej oraz ogranicza ryzyko powikłań. Zintegrowane podejście obejmujące wczesne rozpoczęcie terapii, indywidualizację, wielodyscyplinarność, monitorowanie postępów, wykorzystanie nowoczesnych technologii oraz neurologicznej. Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.<sup>49</sup>

Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

Zgodnie z Rekomendacją nr 165/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Ćwiczenia krzyżowego uczenia się polegające na wykonywaniu ćwiczeń zdrową stroną ciała w celu poprawy funkcji kończyny porażonej u pacjentów po przebytych udarze mózgu istotnie statystycznie poprawiają siłę (SMD=0,58) i funkcje motoryczne (SMD=0,40) porażonego ramienia (Smyth 2023). Zastosowanie fizjoterapii jako podstawowej metody rehabilitacji pacjentów z niedowładem kończyn górnych w okresie rekonwalescencji po ostrym udarze istotnie statystycznie poprawia wyniki wskaźników powrotu sprawności kończyn górnych (Huang 2022). Ćwiczenia krążeniowo-oddechowe oraz mieszane (krążeniowo-oddechowe i oporowe) prowadzą do obniżenia

<sup>45</sup> American Academy of Neurology. Assessment Scales in Neurological Rehabilitation, Neurology, 2018.

<sup>46</sup> Arxiv.org. Emerging Technologies in Neurorehabilitation, 2024.

<sup>47</sup> American Congress of Rehabilitation Medicine. Ethical Guidelines for Rehabilitation, Neurology, 2019

<sup>48</sup> American Heart Association/American Stroke Association & WHO Reports, 2016–2020

<sup>49</sup> Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 26/2023 z dnia 19 czerwca 2023 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Czarnia na lata 2023-2028” (woj. mazowieckie)

stopnia niepełnosprawności odpowiednio o SMD=0,52 [95%CI: (0,19-0,84)] oraz SMD=0,23 [95%CI: (0,03-0,42)] (Hendrickx 2020).<sup>50</sup>

Ponadto, zgodnie z zapisami wytycznych praktyki klinicznej oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych w ramach działań profilaktycznych nacelowanych na choroby naczyń mózgowych, ze szczególnym uwzględnieniem udaru mózgu zalecana jest realizacja: działań informacyjno-edukacyjnych (kluczowych element profilaktyki), działań przesiewowych nacelowanych na obecność czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, działań rehabilitacyjnych i działań ukierunkowane na modyfikację stylu życia (dieta, aktywność fizyczna).<sup>51</sup>

Niewątpliwie według ekspertów naukowych ważnym elementem programu zdrowotnego powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego podczas wykonywania zwykłych czynności codziennych. Należy skupić się na eliminowaniu czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości chorób układu ruchu i rozwijaniu przydatnych strategii ruchowych (PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017) str.18-20 sporo rekomendacji do przepisani

Neurorehabilitacja jest dziedziną opartą na twardych dowodach naukowych (EBM) i zaawansowanych technologiach. Na podstawie przeprowadzonej analizy można sformułować następujące kluczowe rekomendacje:

**Bezwzględna wczesność:** Proces rehabilitacji musi rozpoczynać się natychmiast po stabilizacji parametrów życiowych, niezależnie od tego, czy przyczyną był udar, uraz rdzenia czy rzut SM.<sup>52</sup>

**Intensywność i specyficzność:** Skuteczna terapia wymaga wysokiej dawki powtórzeń (minimum 45–60 minut celowanej pracy dziennie) oraz ukierunkowania na konkretne zadania funkcjonalne (Task-Specific Training).<sup>53</sup>

**Holistyczne zarządzanie powikłaniami:** Sukces w sferze ruchowej jest niemożliwy bez opanowania spastyczności, bólu, depresji oraz zaburzeń połykania i odżywienia.<sup>54</sup>

**Integracja technologii:** Robotyka i VR nie zastępują terapeuty, ale stanowią niezbędne narzędzie do zwiększenia intensywności ćwiczeń i zaangażowania pacjenta, co optymalizuje procesy neuroplastyczne.<sup>55</sup>

---

<sup>50</sup> Rekomendacja nr 165/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, s. 8

<sup>51</sup> Tamże, s.9

<sup>52</sup> Rehabilitacja po udarze – jakie są zasady rehabilitacji poudarowej? Kiedy zacząć ćwiczenia po udarze mózgu? - DOZ.pl, dostęp: stycznia 13, 2026, [https://www.doz.pl/czytelnia/a15006-Rehabilitacja\\_po\\_udarze\\_\\_jakie\\_sa\\_zasady\\_rehabilitacji\\_poudarowej\\_Kiedy\\_zaczac\\_cwiczenia\\_po\\_udarze\\_mozgu](https://www.doz.pl/czytelnia/a15006-Rehabilitacja_po_udarze__jakie_sa_zasady_rehabilitacji_poudarowej_Kiedy_zaczac_cwiczenia_po_udarze_mozgu)

<sup>53</sup> EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS OF MULTI-DISCIPLINARY REHABILITATION FOLLOWING ACQUIRED BRAIN INJURY, dostęp: stycznia 13, 2026, <https://medicaljournalssweden.se/jrm/article/download/18240/22094>

<sup>54</sup> Postępowanie w przypadku udaru niedokrwiennego mózgu – opieka po hospitalizacji, otwierano: stycznia 13, 2026, <https://www.mp.pl/neurologia/wytyczne/340161.postepowanie-w-przypadku-udaru-niedokrwiennego-mozgu-opieka-po-hospitalizacji>

<sup>55</sup> (PDF) Advancing Neurorehabilitation Through Virtual Reality and Robotics: A Critical Narrative Review of Motor Recovery Technologies - ResearchGate, dostęp: stycznia 13, 2026, [https://www.researchgate.net/publication/395047045\\_Advancing\\_Neurorehabilitation\\_Through\\_Virtual\\_Reality\\_and\\_Robotics\\_A\\_Critical\\_Narrative\\_Review\\_of\\_Motor\\_Recovery\\_Technologies](https://www.researchgate.net/publication/395047045_Advancing_Neurorehabilitation_Through_Virtual_Reality_and_Robotics_A_Critical_Narrative_Review_of_Motor_Recovery_Technologies)

Ciągłość opieki: System ochrony zdrowia musi zapewniać płynne przejście pacjenta z oddziału ostrego na rehabilitację stacjonarną, a następnie do programów środowiskowych i domowych.<sup>56</sup>

Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.

Edukacja zdrowotna stanowi jeden z najważniejszych elementów profilaktyki chorób układu nerwowego, ponieważ wpływa zarówno na poziom wiedzy społeczeństwa, jak i na realną zmianę zachowań zdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że proces uczenia się przez całe życie jest jednym z kluczowych determinantów zdrowia mózgu, a aktywność intelektualna i społeczna pełnią funkcję ochronną przed chorobami neurodegeneracyjnymi. W raporcie *Optimizing Brain Health Across the Life Course* WHO wskazuje<sup>57</sup>, że edukacja i utrzymywanie aktywności poznawczej wzmacniają tzw. rezerwę poznawczą, co opóźnia ujawnienie się klinicznych objawów otępienia (WHO, 2022). Dokument ten podkreśla również, że edukacja jest jednym z fundamentów zdrowia mózgu na każdym etapie życia, a jej rola w profilaktyce powinna być traktowana jako element strategii populacyjnych. Podobne wnioski znajdują się w wytycznych *Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia*<sup>58</sup>, gdzie edukacja została wymieniona jako jeden z najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka demencji, obok aktywności fizycznej, diety i kontroli chorób przewlekłych (WHO, 2019).

Znaczenie edukacji w profilaktyce chorób neurodegeneracyjnych potwierdzają również badania naukowe. Veloso-Luis i współautorzy (2025)<sup>59</sup> wykazali, że interwencje edukacyjne skutecznie redukują czynniki ryzyka demencji, takie jak brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu czy niekontrolowane nadciśnienie, a ich efektywność rośnie, gdy łączą przekaz wiedzy z praktycznym treningiem umiejętności zdrowotnych. Autorzy podkreślają, że edukacja zdrowotna jest jednym z najskuteczniejszych narzędzi nefarmakologicznych w zapobieganiu chorobom neurodegeneracyjnym, co potwierdzają liczne badania populacyjne

Edukacja odgrywa również kluczową rolę w profilaktyce chorób naczyniowych mózgu, w tym udaru, który pozostaje jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności neurologicznej. Abbasian i współautorzy (2024)<sup>60</sup> wskazują, że programy edukacyjne zwiększają świadomość czynników ryzyka, poprawiają kontrolę ciśnienia tętniczego oraz zwiększają odsetek osób podejmujących działania profilaktyczne. Co istotne, edukacja skraca również czas reakcji w przypadku wystąpienia objawów udaru, co ma kluczowe znaczenie dla rokowania, ponieważ szybkie rozpoznanie i wezwanie pomocy zwiększa szanse na skuteczne leczenie. W literaturze podkreśla się także znaczenie edukacji wtórnej,

---

<sup>56</sup> Rehabilitacja po udarze – jakie są zasady rehabilitacji poudarowej? Kiedy zacząć ćwiczenia po udarze mózgu? - DOZ.pl, dostęp: stycznia 13, 2026, [https://www.doz.pl/czytelnia/a15006-Rehabilitacja\\_po\\_udarze\\_\\_jakie\\_sa\\_zasady\\_rehabilitacji\\_poudarowej\\_Kiedy\\_zaczac\\_cwiczenia\\_po\\_udarze\\_mozgu](https://www.doz.pl/czytelnia/a15006-Rehabilitacja_po_udarze__jakie_sa_zasady_rehabilitacji_poudarowej_Kiedy_zaczac_cwiczenia_po_udarze_mozgu)

<sup>57</sup> WHO (2022). *Optimizing Brain Health Across the Life Course*. World Health Organization, s. 18-19, s. 27–29

<sup>58</sup> WHO (2019). *Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia*, s. 12–13

<sup>59</sup> Veloso-Luis, C. et al. (2025). *Towards effective interventions: scoping review on prevention and modifiable risk factors of neurodegenerative diseases*. *Neurological Sciences*. s. 6–7, 10–11

<sup>60</sup> Abbasian, N. et al. (2024). *Exploring Education Interventions for Stroke Prevention*. *Health Science Reports*, s. 3–4, 6–7, 10–11

skierowanej do pacjentów po przebytych udarach. Tarihoran i współautorzy (2021)<sup>61</sup> wykazali, że edukacja pacjentów i ich rodzin zmniejsza ryzyko nawrotu udaru oraz poprawia przestrzeganie zaleceń medycznych, co przekłada się na lepsze wyniki zdrowotne (Tarihoran et al., 2021, s. 365–366; 370–372).

Znaczenie edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób układu nerwowego jest również podkreślane w literaturze epidemiologicznej. Logroscino, Brayne i Tortelli (2020)<sup>62</sup> wskazują, że edukacja zdrowotna jest jednym z najtańszych i najbardziej efektywnych narzędzi profilaktyki neurologicznej, szczególnie w kontekście starzejących się społeczeństw. Autorzy podkreślają, że skuteczne programy edukacyjne powinny obejmować zarówno przekaz wiedzy o czynnikach ryzyka, jak i praktyczne umiejętności, takie jak kontrola ciśnienia, aktywność fizyczna czy higiena snu. WHO zwraca uwagę, że edukacja zdrowotna powinna być wdrażana na poziomie populacyjnym, obejmując szkoły, miejsca pracy, system ochrony zdrowia oraz media publiczne, ponieważ tylko działania długofalowe i szeroko zakrojone przynoszą trwałe efekty zdrowotne (WHO, 2022, s. 27–29).

Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględnić ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).

We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002). Edukacja opiekunów i ich włączenie w proces terapeutyczny jest kluczem do trwałości efektów rehabilitacji i zapobiegania wypaleniu opiekuna.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Tarihoran, S. et al. (2021). Educational Strategies for Secondary Stroke Prevention. *American Journal of Health Education*. s. 365–366; 370–372

<sup>62</sup> Logroscino, G., Brayne, C., Tortelli, R. (2020). The role of prevention in common neurological disorders. In: *Oxford Textbook of Neurologic and Neuropsychiatric Epidemiology*. s. 465–468, 470–472, 475–476

<sup>63</sup> Określenie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza., dostęp: stycznia 13, 2026, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-resortowe/okreslenie-warunkow-zawierania-i-realizacji-umow-w-rodzaju-34828062>

### 3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach regionalnego programu zdrowotnego

LP	Etap programu	Sposób organizacji	Realizator	Czas trwania, ilość spotkań	Dokumentacja	Warunki przejścia do następnego etapu
1.	Etap I: Moduł Przygotowania organizacyjne programu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– opracowanie procedury udziału pacjenta w Programie</li> <li>– przygotowanie założeń kampanii promocyjno-edukacyjnej</li> <li>– przygotowanie projektów ulotek, plakatów</li> <li>– przygotowanie projektów materiałów edukacyjnych</li> <li>– utworzenie dokumentacji projektowej i programowej</li> <li>– zakup testów psychologicznych</li> <li>– kwalifikacja formalną</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– koordynator,</li> <li>– personel zaangażowany w zarządzanie i inne działania administracyjne w projekcie</li> </ul>	<p>Czas trwania etapu: 6 tygodnie</p> <p>Etap ten w części dotyczącej projektowania i zakupu materiałów niezbędnych do realizacji Programu będzie realizowany tylko w początkowej fazie Programu, przed rozpoczęciem Etapu II, nie będzie powtarzany w każdej edycji. Kwalifikacja formalna będzie prowadzona przed każdą edycją.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wzory dokumentacji projektowej i programowej</li> <li>– dokumenty projektowe</li> </ul>	nie dotyczy
2.	Etap II: Moduł promocyjno-edukacyjny Programu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wydruk ulotek i plakatów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– koordynator</li> <li>– członkowie zespołu</li> </ul>	<p>Czas trwania etapu: 2 tygodnie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ulotki</li> <li>– plakaty</li> </ul>	nie dotyczy

		– prowadzenie akcji promocyjno-educacyjnej	realizującego Program	2 tygodnie przed rozpoczęciem Etapu III oraz przez cały czas trwania Programu, z nasileniem w początkowej fazie realizacji Programu oraz w okresach naboru nowych uczestników.	– ogłoszenia na stronie internetowej,	
3.	Etap III: Moduł diagnostyczny	<ul style="list-style-type: none"> <li>– badanie pielęgniarskie</li> <li>– badanie lekarskie</li> <li>– wizyta diagnostyczna u rehamanagera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pielęgniarka,</li> <li>– lekarz ze specjalizacją z neurologii lub rehabilitacji medycznej lub medycyny pracy lub będący w trakcie wymienionych specjalizacji,</li> <li>– rehamanager,</li> <li>– opiekun pacjenta</li> </ul>	<p>Czas trwania etapu: 3 tygodnie</p> <p>Przed rozpoczęciem Etapu IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– badanie pielęgniarskie przeprowadzone przed badaniem lekarskim – 1 spotkanie, 1h</li> <li>– badanie lekarskie – 1 spotkanie, 1h</li> <li>– wizyta diagnostyczna u rehamanagera – 1 spotkanie, 1h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karta badania uczestnika Programu</li> <li>– Test wiedzy pre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– spełnienie kryteriów włączenia, wypełnienie dokumentacji projektowej, podpisanie wymaganych zgód, w tym świadomej zgody na udział w Programie,</li> <li>– przejście do badania lekarskiego po odbyciu badania wstępnego pielęgniarskiego</li> <li>– wizyta diagnostyczna u rehamanagera</li> </ul>

						po badaniu lecarskim
4.	Etap IV: Moduł rehabilitacyjny	<ul style="list-style-type: none"> <li>– opracowanie IPKR przez rehamanagera</li> <li>– zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą</li> <li>– zajęcia z logopedą</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– rehamanager</li> <li>– fizjoterapeuta</li> <li>– logopeda</li> <li>– opiekun pacjenta</li> </ul>	<p>Czas trwania etapu: 3-4 tygodni (pokrywa się z Etapem V, VI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– opracowanie IPKR przez rehamanagera, 3h</li> <li>– zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą po wizycie diagnostycznej u rehamanagera – 15 zajęć (przez 2-4 tyg.) maksymalnie po 60 min.</li> <li>– Zajęcia z logopedą – 5 h zajęć (1h wizyta diagnostyczna, 4 x1h wizyty terapeutyczne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karta IPKR</li> <li>– Karta świadczeń fizjoterapeutycznych</li> <li>– Karta świadczeń logopedycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– opracowanie IPKR po wizycie diagnostycznej u rehamanagera, następnie równoległa realizacja zajęć z fizjoterapeutą</li> </ul>
5.	Etap V: Moduł psychologiczny	<p>Interwencja psychologa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wstępna diagnoza psychologiczna</li> <li>– wsparcie psychologiczne dostępne dla potrzebujących</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– psycholog</li> <li>– opiekun pacjenta</li> </ul>	<p>Czas trwania etapu: 3-4 tygodnie (pokrywa się z Etapem IV, VI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–diagnoza psychologiczna – 1 spotkanie</li> <li>–wsparcie psychologiczne dla potrzebujących – 3 godziny na 1 osobę</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karta konsultacji psychologicznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– realizacja interwencji psychologicznej po opracowaniu IPKR, równoległe z zajęciami z fizjoterapeutą i logopedą</li> </ul>
6.	Etap VI: Moduł edukacyjny	<p>Interwencja pielęgniarki:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– edukacja indywidualna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pielęgniarka ze specjalizacją w ochronie</li> </ul>	<p>Czas trwania etapu: 3-4 tygodnie (pokrywa się z Etapem IV, V):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karta edukacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– realizacja edukacji po opracowaniu IPKR,</li> </ul>

			<p>zdrowia parujących</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– opiekun pacjenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– edukacja – 1h spotkania indywidualnego</li> </ul>		<p>równolegle z zajęciami z fizjoterapeutą, logopedą i psychologiem</p>
7.	<p>Etap VII: Zakończenie udziału w Programie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– końcowa wizyta u pielęgniarki</li> <li>– końcowa wizyta u rehamanagera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pielęgniarka,</li> <li>– rehamanager,</li> <li>– opiekun pacjenta</li> </ul>	<p>Czas trwania etapu: 2 tygodnie po zakończeniu wszystkich interwencji</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Karta badania uczestnika Programu</li> <li>– Test wiedzy post</li> <li>– Ankieta satysfakcji udziału w programie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zakończenie wszystkich interwencji przewidzianych w programie w etapach III-VI</li> </ul>
8.	<p>Etap VIII: Monitoring i ewaluacja programu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocena zgłaszalności do programu</li> <li>– ocena jakości świadczeń w Programie</li> <li>– porównanie określonych mierników efektywności z przed i po Programie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– koordynator</li> <li>– opiekun pacjenta</li> <li>– personel zaangażowany w zarządzanie, monitorowanie, rozliczanie i inne działania administracyjne w projekcie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– monitoring – przez cały czas trwania Programu</li> <li>– ewaluacja – po zakończeniu realizacji Programu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sprawozdania okresowe</li> <li>– raporty końcowe</li> </ul>	<p>nie dotyczy</p>

Program realizowany będzie przez podmioty wybrane w trybie konkurencyjnym zgodnie z przepisami ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027. Realizatorami programu - Beneficjentami – będą podmioty w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079, z późn. zm.), na podstawie art. 2 pkt 9 rozporządzenia ogólnego 2021/1060. W części 4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych zostały opisane warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Świadczenia będą udzielane w dni robocze, w godzinach zarówno przed- jak i popołudniowych oraz w miarę możliwości w soboty. Po przeprowadzeniu naboru w jednostce Realizatora zostanie wyznaczony koordynator – odpowiedzialny za przygotowanie personelu do przeprowadzenia planowanych interwencji zgodnie z przedstawionym Programem oraz za przebieg realizacji projektu, sprawozdawczość i wszelkie sprawy formalne. Koordynator wraz z personelem realizującym Program oraz personelem zaangażowanym w działania administracyjne w projekcie dba o zachowanie założeń przyjętych w Programie, a mianowicie:

- wszystkie interwencje zaplanowane do realizowania w ramach Programu będą udzielane uczestnikom nieodpłatnie,
- świadczenia medyczne w ramach Programu nie mogą być kwalifikowane do rozliczeń z innymi płatnikami (np. NFZ, ZUS, KRUS),
- wszelkie interwencje zaplanowane w Programie będą udzielane bezpośrednio w siedzibie Realizatora,
- dokumentacja projektowa i programowa będzie zapewniona przez Realizatorów,
- udzielane świadczenia medyczne muszą opierać się na standardach i wytycznych medycznych popartych badaniami naukowymi, muszą zapewniać uczestnikom maksymalne bezpieczeństwo i być udzielane przez personel dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami.

### 3.5. Sposób zakończenia udziału w regionalnym programie zdrowotnym

Zakończenie udziału w Programie może nastąpić na skutek:

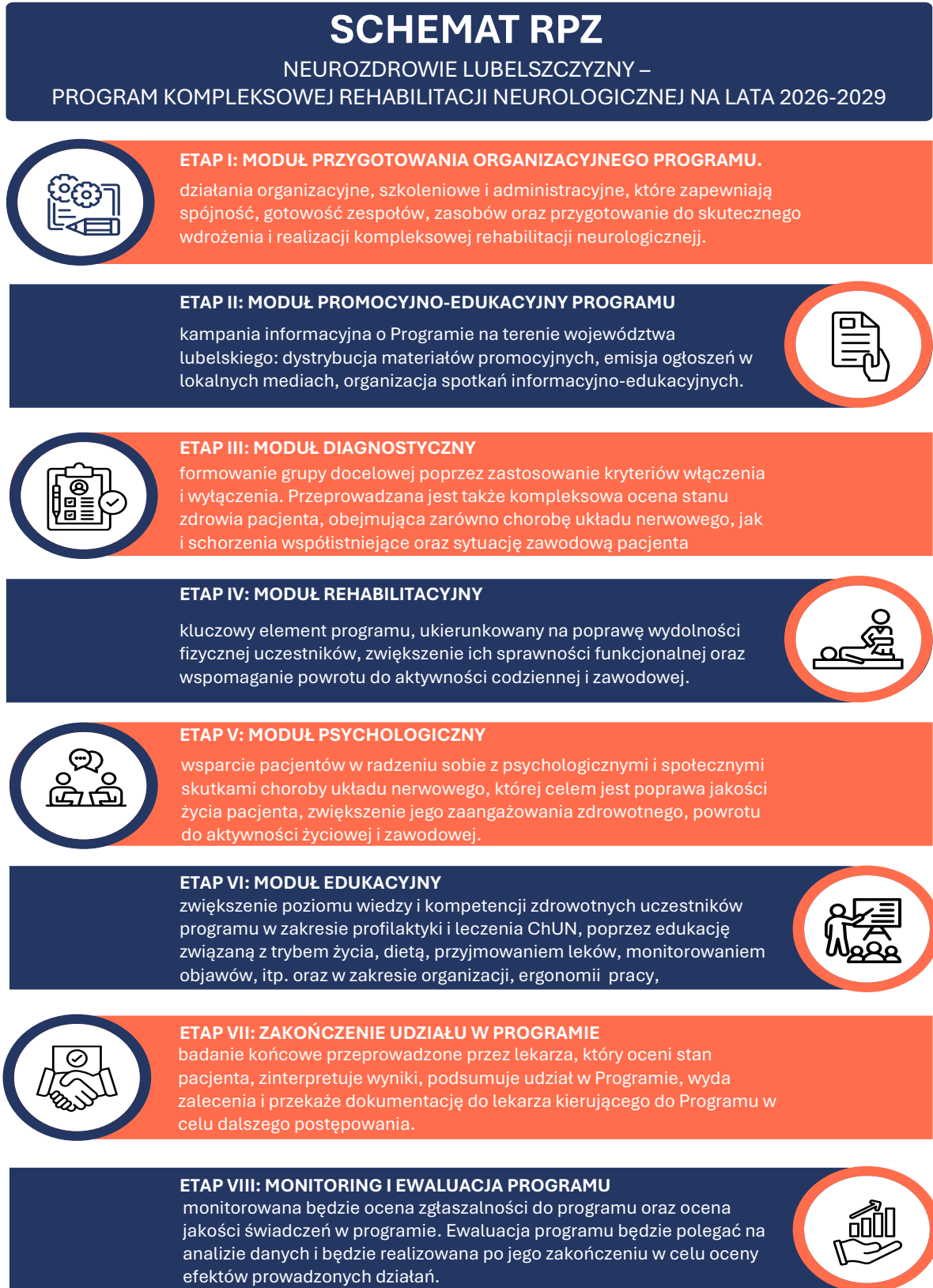
- ukończenia udziału we wszystkich zaplanowanych w Programie interwencjach i sytuacja ta została opisana w Rozdziale 3.5.1 w Etapie VII – Zakończenie udziału w Programie,
- decyzji członków zespołu realizującego Program z powodu braku dalszych możliwości terapii – np. brak współpracy, wystąpienie niepożądanych objawów wykluczających z udziału w Programie, wystąpienie choroby współistniejącej uniemożliwiającej dalszy udział w Programie,
- decyzji uczestnika - udział w Programie jest dobrowolny, każdy uczestnik Programu ma możliwość zakończenia udziału na każdym etapie jego przebiegu.

Na zakończenie udziału w Programie uczestnik otrzymuje informację dla lekarza kierującego do Programu o stanie zdrowia i planie postępowania prozdrowotnego oraz zaświadczenie o udziale w Programie.

Uczestnik może kontynuować dalsze leczenie w ramach świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych – jako świadczenia gwarantowane NFZ, czy prewencja rentowa ZUS

## IV. Organizacja regionalnego programu zdrowotnego

### 4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów



#### **4.1.1. Etap I. Moduł przygotowania organizacyjnego programu.**

Etap przygotowania organizacyjnego programu stanowi kluczowy fundament jego prawidłowego wdrożenia. Na tym etapie prowadzone są działania, których celem jest zapewnienie spójności, wysokiej jakości oraz operacyjnej gotowości całego systemu realizacyjnego. Obejmuje on opracowanie procedury postępowania z pacjentem na każdym poziomie realizacji programu zdrowotnego, ze szczególnym uwzględnieniem zasad kwalifikacji, przebiegu interwencji i monitorowania postępów uczestników.

Równolegle będą realizowane prace nad przygotowaniem założeń kampanii promocyjno-edukacyjnej, z określeniem jej głównych przekazów i kanałów komunikacji najefektywniejszych dla grupy docelowej tj. ogłoszenia, zaproszenia i informacje publikowane na platformie internetowej programu oraz w postaci ulotek i plakatów. Na tym etapie zostaną zaprojektowane również materiały edukacyjne kierowane do uczestników programu oraz zakupione testy psychologiczne.

W celu zapewnienia odpowiedniego przygotowania zespołów realizacyjnych na tym etapie odbędą się szkolenie dla osób realizujących program uwzględniające organizację Programu w placówce

Szkolenia będą prowadzone przez koordynatora – w zakresie organizacji Programu.

Równocześnie prowadzone będą prace administracyjne, w tym utworzenie dokumentacji projektowej i programowej, takie jak formularze, regulaminy, wzory zgód i kart uczestnictwa.

Całość podejmowanych działań ma na celu przygotowanie jednolitych, przejrzystych i efektywnych rozwiązań organizacyjnych, które zapewnią sprawne funkcjonowanie programu w dalszych etapach jego realizacji.

#### **REKRUTACJA FORMALNA DO PROGRAMU**

Do programu będą zapraszane osoby z grupy docelowej z zaświadczeniem od lekarzy leczących, potwierdzającym rozpoznanie jednostki chorobowej kwalifikującej do programu. Warunkiem udziału w programie jest podpisanie przez uczestnika świadomej zgody na udział w Programie oraz pozostałych zgód m.in. RODO, Regulamin rekrutacji i udziału w Programie.

O włączeniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń, a rekrutacja będzie prowadzona do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Po zgłoszeniu się do Programu pacjent pod nadzorem opiekuna pacjenta wypełni dokumenty projektowe tj. deklarację uczestnictwa wraz z załącznikami niezbędnymi do realizacji projektu: formularz rekrutacji, regulamin rekrutacji i udziału w projekcie wraz z oświadczeniem uczestnika o akceptacji warunków regulaminu, klauzulę informacyjną RODO, oraz otrzyma formularze do wypełnienia. Opiekun pacjenta ustali termin wizyty u pielęgniarki oraz lekarza.

Etap II – VII opisane w rozdziale III „Planowane interwencje”

#### **4.1.2. Etap VIII: Monitoring i ewaluacja Programu**

Monitorowanie będzie prowadzone na bieżąco i raportowane po każdej zakończonej edycji programu. Zakończy się wraz z końcem realizacji programu. Ewaluacja programu będzie polegać na analizie danych i będzie realizowana realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Opis tych działań został przedstawiony w rozdziale V „Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej”. Szczegółowe informacje dotyczące rozliczenia Programu zostały przedstawione w Rozdziale VI: Budżet programu polityki zdrowotnej.

## 4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizatorzy programu zostaną wyłonieni w procedurze konkurencyjnej zgodnie z przepisami ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027. Podmiotem odpowiedzialnym za przeprowadzenie procedury będzie Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. Szczegółowe wymagania, które powinien spełnić Realizator zostaną określone również w Regulaminie wyboru projektów. Realizator - Beneficjent – oznacza to podmiot w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079, z późn. zm.), na podstawie art. 2 pkt 9 rozporządzenia ogólnego 2021/1060.

Realizator powinien zapewnić realizację wszystkich zadań i świadczeń zaplanowanych w programie w zakresie sposobu wykonywania świadczeń, kadry, wyposażenia i warunków lokalowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym m. in. odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz ustawy o działalności leczniczej oraz wymaganiami określonymi w niniejszym programie w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

### 4.2.1. Zespół realizujący Program:

- 1) Koordynator Programu – specjalista w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub osoba z doświadczeniem w realizacji programów polityki zdrowotnej,
- 2) Członkowie zespołu:
  - a) lekarz – kierownik medyczny zespołu: lekarz następujących specjalizacji: neurologii/medycyny pracy/rehabilitacji medycznej, a także lekarz w trakcie powyższych specjalizacji,
  - b) rehamanager – specjalista ds. zarządzania rehabilitacją
  - c) fizjoterapeuta – magister fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej,
  - d) logopeda – magister logopedii,
  - e) psycholog – magister psychologii,
  - f) pielęgniarka, - min. licencjat,
  - g) pielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących – edukacja,
  - h) opiekun pacjenta w ośrodku realizującym – osoba z odpowiednią wiedzą w zakresie realizacji Programu.
- 3) Personel zaangażowany w zarządzanie, monitorowanie, rozliczanie i inne działania administracyjne w projekcie.

W niniejszym Programie koordynatorem programu będzie specjalista w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub osoba z doświadczeniem w realizacji programów polityki zdrowotnej. Decyzja ta wynika z charakteru i zakresu zadań związanych z realizacją programu. Proces zarządzania programem oprócz wiedzy merytorycznej obejmuje bowiem szereg działań wykraczających stricte poza działania medyczne, takich jak: prowadzenie działań promocyjnych i rekrutacyjnych (marketing zdrowotny), planowanie i organizacja harmonogramu działań, zapewnienie odpowiedniego zaplecza organizacyjnego (personel, sprzęt, pomieszczenia), monitorowanie realizacji wskaźników rzeczowych i finansowych, przygotowywanie sprawozdań i raportów, ewaluacja programu i ocena jego efektywności. Powyższe działania Koordynator wykonuje we współpracy z zespołem zaangażowanym w zarządzanie, monitorowanie, rozliczanie i inne działania administracyjne w projekcie.

Lekarz jest kierownikiem medycznym zespołu.

Pielęgniarka - nastąpiło rozróżnienie kompetencji pielęgniarek – pielęgniarka realizująca wizytę wstępną i końcową nie potrzebuje dodatkowych kursów lub specjalizacji. Pielęgniarka realizująca edukację powinna posiadać specjalizację w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących, która daje kompetencje do udzielania porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy.

Opiekun pacjenta – osoba z odpowiednią wiedzą w zakresie realizacji Programu, którego rolą będzie udział w rekrutacji formalnej, kompletowanie dokumentacji pacjenta, umawianie na konsultacje medyczne, umawianie terminów realizacji modułów terapeutycznych, ustalanie terminów ostatniej wizyty kontrolnej, przeprowadzanie ankiet z pacjentami.

#### **4.2.2. Realizatorzy – warunki realizacji programu**

Realizatorzy biorący udział w Programie powinni posiadać odpowiednie kompetencje w zakresie rehabilitacji neurologicznej. W tym celu powinni zapewnić właściwe zasoby kadrowe oraz pełną infrastrukturę. Realizatorami będą mogły zostać podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).

Realizatorzy w ramach Programu będą zobligowani do świadczenia usług w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom zgodnym z zapisami Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Podmiot realizujący będzie posiadać wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt leczniczy oraz produkty lecznicze odpowiednie do rodzaju udzielanych świadczeń, opatrzone certyfikatem, atestem lub innym dokumentem potwierdzającym dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku wraz z potwierdzeniem dokonania aktualnych przeglądów.

Realizator zapewni wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną niezbędne do realizacji modułu rehabilitacyjnego, zgodnie z wymaganiami przedstawionymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, dotyczącym świadczeń gwarantowanych z

zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>64</sup> oraz zarządzeniu Prezesa NFZ określającym warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.<sup>65</sup>

Określa się następujące dodatkowe warunki, które powinien spełniać każdy Realizator:

- dostęp do gabinetu lekarskiego,
- dostęp do gabinetu fizjoterapeutycznego/pracowni fizjoterapii,
- dostęp do sali fizjoterapii,
- dostęp do gabinetu logopedycznego,
- dostęp do gabinetu psychologicznego,
- dostęp do gabinetu pielęgniarskiego/edukacji zdrowotnej.

Realizator zapewni pacjentom dostęp do świadczeń w godzinach dostosowanych do ich pracy zawodowej.

#### 4.2.3. Harmonogram realizacji Programu

ETAPY	1 TYDZIEŃ	2 TYDZIEŃ	3 TYDZIEŃ	4 TYDZIEŃ	5 TYDZIEŃ	6 TYDZIEŃ	7 TYDZIEŃ	8 TYDZIEŃ	9 TYDZIEŃ	10 TYDZIEŃ	11 TYDZIEŃ	12 TYDZIEŃ	13 TYDZIEŃ	14 TYDZIEŃ	15 TYDZIEŃ	16 TYDZIEŃ	17 TYDZIEŃ
I	■	■	■	■	■	■											
II							■	■									
III									■	■	■						
IV												■	■	■	■		
V												■	■	■	■		
VI												■	■	■	■		
VII																■	■
VIII	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

## V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

### 5.1. Monitorowanie

W trakcie monitorowania będzie obserwowana ocena zgłaszalności do programu oraz ocena jakości świadczeń w programie. Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowania na podstawie baz danych prowadzonych przez Realizatora.

<sup>64</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r... op. cit.

<sup>65</sup> Zarządzenie Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników RPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w RPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych RPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w RPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji RPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w RPZ).

Monitorowanie programu będzie prowadzone m.in. poprzez tworzenie okresowych raportów, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, w czasie trwania programu. Monitorowanie programu będzie odbywać się w sposób ciągły do momentu jego zakończenia realizacji. Monitorowanie będzie procesem zbierania danych o realizacji programu oraz kontrolowania przebiegu i postępu działań. Pomoże również w identyfikacji czynników ryzyka, które mogą pojawić się w trakcie realizacji programu i dzięki temu możliwe będzie wdrożenie działań zaradczych / naprawczych.

#### 5.1.1. Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie po każdej zakończonej edycji programu oraz całościowo po zakończeniu programu poprzez analizę:

- liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniu pielęgniarskim wstępnym do programu,
- liczby osób uczestniczących w badaniu lekarskim do programu,
- liczby osób uczestniczących we wstępnej wizycie diagnostycznej u rehamanagery,
- liczby osób, dla których został opracowany IPKR,
- liczby osób uczestniczących w module rehabilitacyjnym,
- liczby osób uczestniczących w zajęciach z logopedą,
- liczby osób uczestniczących w module edukacyjnym z pielęgniarką,
- liczby osób uczestniczących w module wsparcia psychospołecznego z psychologiem w programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniu pielęgniarskim końcowym do programu,
- liczba osób uczestniczących w końcowej wizycie u rehamanagery,
- liczby osób, które ukończyły pełną ścieżkę wsparcia w programie,
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania,
- liczbę osób, które nie zostały objęte świadczeniami Programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów, ze wskazaniem tych powodów.

#### 5.1.2 Ocena jakości świadczeń w Programie

Ocena jakości realizowanych świadczeń będzie prowadzona całościowo i wieloaspektowo po zakończeniu udziału w Programie, z uwzględnieniem poniższych działań:

- ankieta satysfakcji pacjenta – każdemu uczestnikowi zostanie udostępniona anonimowa ankieta oceniająca m.in. jakość obsługi, poziom komunikacji,

- poczucie bezpieczeństwa, zrozumiałość przekazywanych treści oraz ogólną ocenę Programu,
- standaryzacja działań terapeutycznych i edukacyjnych – wszyscy Realizatorzy Programu będą działać w oparciu o jednolite procedury i formularze dokumentacji, co umożliwi porównywalność danych i kontrolę jakości na każdym etapie,
  - nadzór merytoryczny nad personelem – regularne spotkania zespołu realizującego Program w celu wymiany doświadczeń, bieżącej oceny trudności oraz ujednoczenia działań,
  - monitoring zgodności realizacji świadczeń z harmonogramem i zakresem Programu, w tym liczby i rodzaju przeprowadzonych konsultacji oraz zajęć,
  - identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg Programu.

Wyniki monitoringu będą służyły zarówno bieżącemu usprawnianiu realizacji Programu, jak i opracowaniu raportu końcowego, zawierającego ocenę efektywności, trafności i jakości działań w odniesieniu do założonych celów.

## 5.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie polegać na analizie danych i będzie realizowana po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja Programu zostanie przeprowadzona poprzez porównanie wartości wskazanych powyżej mierników efektywności przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu jego realizacji i będzie dokonana na podstawie pre-testów i post-testów oraz kwestionariuszy wykorzystywanych w Programie (m. in. test wiedzy pre-post, skala VAS, EQ-5D-5L, IPAQ). Kluczowym elementem oceny skuteczności będą zmiany zaobserwowane w poziomie tych wskaźników:

- odsetek uczestników Programu z poprawą stanu funkcjonalnego, w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne,
- odsetek uczestników interwencji u których zmniejszyło się natężenie dolegliwości bólowych o co najmniej 14 mm (mierzone skalą VAS),
- odsetek uczestników Programu, którzy osiągnęli poprawę wyniku testu wiedzy lub utrzymali wysoki poziom wiedzy (min. 70% początkowo lub wzrost o min. 10%),
- odsetek uczestników Programu, którzy utrzymali lub podjęli aktywność zawodową,
- odsetek uczestników Programu, u których doszło do zwiększenia aktywności fizycznej,
- odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia związanej ze zdrowiem w związku z udziałem w Programie.

Efektem przeprowadzonej ewaluacji będzie opracowanie przez Realizatora raportu ewaluacyjnego. Raport ten, poza wskazanymi poniżej miernikami efektywności, będzie również zawierać opis innych wskaźników epidemiologicznych, dostępnych w statystyce publicznej, dotyczących problemu ChUN na obszarze województwa oraz kraju (np. zachorowalność, chorobowość, liczba zgonów).

Na zakończenie realizacji projektu, każdy z realizatorów / beneficjentów zobowiązany będzie do przygotowania Raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej zgodnie z Rozporządzeniem 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.

Skuteczność programu zostanie zbadana przy okazji realizacji ewaluacji wpływu Priorytetu VIII i IX, w ramach których w programie FEL 2021-2027 realizowane są Regionalne Programy Zdrowotne. Ocena skuteczności programu zostanie dokonana w oparciu o zdefiniowane mierniki efektywności, odpowiadające celowi głównemu oraz celom szczegółowym.

Dodatkowo Realizator zobowiązany będzie do prowadzenia monitorowania realizacji projektu oraz wskaźników związanych z systemem realizacji programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 wynikające z:

- Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027,
- Wytycznych dotyczących warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027,
- Listy Wskaźników Kluczowych 2021-2027 – EFS+.

Szczegółowe zasady dotyczące monitorowania uczestników projektu oraz wskaźników określone zostaną w Regulaminie wyboru projektów oraz w Umowie o dofinansowanie Projektu.

Dotyczyć to będzie monitorowania w szczególności takich wskaźników jak:

- Liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia (wskaźnik produktu – PLDKCO01)
- Liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (wskaźnik rezultatu – PLDCR03)

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Całkowity koszt realizacji dwuletniego regionalnego programu zdrowotnego pn. „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029” został oszacowany na kwotę **9 068 950,00 zł**.

Wydatki uwzględnione w niniejszym programie muszą być ponoszone na warunkach określonych Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminie wyboru projektów.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu/projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach ogłoszonego naboru. Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie. Wnioskodawca na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowuje szczegółowy budżet projektu. Przygotowany przez Wnioskodawcę budżet projektu będzie podstawą do oceny kwalifikowalności i racjonalności kosztów i powinien bezpośrednio wynikać z opisanych zadań i ich etapów. W budżecie projektu ujmowane są jedynie wydatki kwalifikowalne spełniające warunki określone w Wytycznych kwalifikowalności. We wniosku o dofinansowanie projektu beneficjent przedstawia koszty bezpośrednie w formie budżetu zadaniowego oraz koszty pośrednie, o których mowa w podrozdziale 3.12. Wytycznych kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027. Dodatkowo, we wniosku o dofinansowanie projektu wykazywany jest szczegółowy budżet ze wykazem jednostkowych kosztów bezpośrednich, który jest podstawą oceny kwalifikowalności wydatków na etapie oceny.

Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiedni % kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z przepisami, które obowiązują w perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

### 6.1. Budżet i metodologia szacowania kosztów programu

Koszty programu zostały skalkulowane w oparciu o analizę rynkowych stawek jednostkowych. Analiza ta objęła koszty osobowe personelu medycznego i niemedycznego zaangażowanego w realizację programu, a także stawki za niezbędne materiały i usługi. W strukturze kosztów wyróżniono następujące kategorie:

- **koszty przygotowawcze:** druk materiałów informacyjno-promocyjnych, edukacyjnych oraz dokumentacji medycznej,
- **koszty związane z uczestnictwem pacjenta w programie:** dotyczące wizyt pielęgniarskich (wstępnej i końcowej), wizyty lekarskiej (wstępnej), wizyty u rehamanagery (diagnostycznej i końcowej oraz opracowania Indywidualnego Programu Kompleksowej Rehabilitacji (IPKR)), konsultacji fizjoterapeutycznych, konsultacji logopedycznej, konsultacji psychologicznej, edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę,
- **koszty personelu organizacyjnego i zarządzającego:** obejmujące wynagrodzenia koordynatora projektu, opiekuna pacjenta w programie, wynagrodzenie personelu zaangażowanego w proces rekrutacji formalnej oraz członków komisji rekrutacyjnej, koszty administracyjne w tym koszty wynagrodzenia personelu zaangażowanego w

zarządzanie, monitorowanie, rozliczanie i inne działania administracyjne w projekcie, koszty personelu obsługi projektu: finansowej, księgowej, kadrowej, prawnej, PZP.

## 6.2. Koszty jednostkowe

### 6.2.1. Koszty przygotowawcze

Koszty przygotowawcze w zakresie opracowania i wydruku materiałów promocyjnych, edukacyjnych oraz dokumentacji programowej obejmują szereg wydatków niezbędnych do efektywnego uruchomienia i komunikacji programu. Obejmują:

- koszt opracowania i wydruku dokumentacji medycznej (2 100 szt.):  
10,00 zł/komplet – razem: 21 000,00 zł,
- koszt opracowania i wydruku materiałów edukacyjnych (2 100,00 szt.):  
25,00 zł/szt. – razem: 52 500,00 zł.
- koszt zakupu testów psychologicznych (2 100,00 szt.):  
10,00 zł/szt. – razem: 21 000,00 zł/

na łączną kwotę: 94 500,00 zł.

W ramach kosztów pośrednich, ujęte zostały następujące koszty przygotowawcze:

- koszt opracowania i prowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej: w tym publikacje internetowe i prasowe,
- koszt opracowania i wydruku materiałów promocyjnych: opracowanie i wydruk ulotek i plakatów,
- koszt opracowania i wydruku dokumentacji projektowej,
- koszt personelu projektu zaangażowanego w proces rekrutacji formalnej oraz członków komisji rekrutacyjnej,

na łączną kwotę 70 000,00 zł

### 6.2.2. Koszt interwencji

Szacowany koszt wykonania pełnego świadczenia dla jednego uczestnika programu wynosi około **4 534,475 zł** (przy ilości pacjentów: 2 000). Łączny koszt przewidziany na liczbę pacjentów kwalifikujących się do udziału w programie wynosi **9 068 950,00 zł**. Szczegółowe stawki jednostkowe są następujące:

- Porada realizowana przez pielęgniarkę: 150,00 PLN/1 osobę/1 godzinę.  
Wizyta wstępna i końcowa, łącznie 2 godziny – suma: 300,00 zł.
- Konsultacja lekarska: 200,00 zł/1 osobę/1 godzinę.  
Wizyta wstępna. łącznie 1 godzina – suma: 200,00 zł.
- Porada realizowana przez rehamanagera – indywidualna: 160,00 zł/1 osobę/1 godzinę.  
Wizyta wstępna i końcowa, łącznie 2 godziny – suma: 320,00 zł.
- Opracowanie przez rehamanagera Indywidualnego Programu Kompleksowej Rehabilitacji: 160,00 zł/1 osobę/1 godzinę.  
Łącznie 3 godziny – suma: 480,00 zł.

- Terapia indywidualna realizowane przez fizjoterapeutę: 150,00 zł/1 osobę/1 godzinę.  
Łącznie 15 godzin – suma: 2 250,00 zł.
- Konsultacja logopedyczna – indywidualna: 150,00 zł/1 osobę/1 godzinę.  
Wizyta diagnostyczna i terapeutyczna. Łącznie 5 godzin – suma: 750,00 zł.
- Konsultacja psychologiczna: 180,00 zł/1 osobę/1 godzinę.  
Łącznie: 1 godzina – suma: 180,00 zł.
- Wsparcie psychologiczne (dostępne dla potrzebujących): 140,00 zł/1 osobę/1 godzinę.  
Łącznie: 3 godziny – suma: 420,00 zł.
- Ukierunkowana edukacja zdrowotna realizowana przez pielęgniarkę: 150,00 zł/1 osobę/1 godzinę.  
Łącznie: 1 godzina – suma: 150,00 zł.

### 6.2.3. Koszty personelu organizacyjnego i zarządzającego

W ramach kosztów pośrednich, ujęte zostały następujące koszty personelu organizacyjnego i zarządzającego:

- koszt wynagrodzenia opiekuna pacjenta,
- koszty administracyjne: w tym koszty wynagrodzenia personelu zaangażowanego w zarządzanie, monitorowanie, rozliczanie i inne działania administracyjne w projekcie,

na łączną kwotę: **737 450,00 zł**.

Należy zaznaczyć, że koszt jednostkowy dla poszczególnego uczestnika Programu może wykazywać wahania w zależności od lokalizacji świadczenia (rejon województwa) oraz stawek zaproponowanych przez poszczególnych Realizatorów Programu.

### 6.3. Koszty całkowite

Na realizację niniejszego programu zaplanowano środki finansowe w wysokości **9 068 950,00 zł**.

W 2026 r. planuje się ogłoszenie naboru wniosku o dofinansowanie projektów na realizację programów w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. W przypadku dostępności środków nabór może zostać powtórzony.

Szczegółowe zestawienie kosztów przedstawia tabela poniżej:

LP	DZIAŁANIE	LICZBA	KOSZT JEDNOSTKOWY	SUMA KOSZTÓW JEDNOSTKOWYCH	SUMA KOSZTÓW MODUŁU
1	2	3	4	5	6
<b>KOSZTY BEZPOŚREDNIE</b>					
<b>ETAP I.</b>	<b>MODUŁ PRZYGOTOWANIA ORGANIZACYJNEGO PROGRAMU</b>				
1	koszt opracowania i wydruku dokumentacji medycznej (1 komplet)	2 100	10.00	<b>21 000.00</b>	<b>94 500.00</b>
2	koszt opracowania i wydruku materiałów edukacyjnych (1 komplet)	2 100	25.00	<b>52 500.00</b>	
3	koszt zakupu testów psychologicznych (1 komplet)	2 100	10.00	<b>21 000.00</b>	
<b>ETAP II</b>	<b>MODUŁ DIAGNOSTYCZNY</b>				
1	koszt wstępnego badania do Programu – pielęgniarka (1h)	2 000	150.00	<b>300 000.00</b>	<b>1 020 000.00</b>
2	koszt wstępnego badania do Programu – lekarz (1h)	2 000	200.00	<b>400 000.00</b>	
3	koszt wizyty diagnostycznej - rehamanager (1h)	2 000	160.00	<b>320 000.00</b>	
<b>ETAP III</b>	<b>MODUŁ REHABILITACYJNY</b>				
1	koszt opracowania indywidualnego programu kompleksowej rehabilitacji (IPKR) - rehamanager (3 h na osobę)	6 000	160.00	<b>960 000.00</b>	<b>5 640 000.00</b>
2	koszt indywidualnej terapii – fizjoterapeuta (15 h na osobę)	30 000	150.00	<b>4 500 000.00</b>	
3	koszt indywidualnej konsultacji – logopeda (5 h na osobę – dla 240 osób)*	1 200	150.00	<b>180 000.00</b>	
<b>ETAP IV</b>	<b>MODUŁ PSYCHOLOGICZNY</b>				
1	koszt wstępnej diagnozy psychologicznej – psycholog (1 h)	2 000	180.00	<b>360 000.00</b>	<b>570 000.00</b>
2	koszt wsparcia psychologicznego (dostępne dla potrzebujących) – psycholog (3 h na osobę – dla 500 osób)**	1 500	140.00	<b>210 000.00</b>	
<b>ETAP V</b>	<b>MODUŁ EDUKACYJNY</b>				
1	koszt ukierunkowanej edukacji zdrowotnej – pielęgniarka (1 h)	2 000	150.00	<b>300 000.00</b>	<b>300 000.00</b>

<b>ETAP VI MODUŁ KOŃCZĄCY UDZIAŁ W PROGRAMIE</b>					
1	koszt wizyty zamykającej udział w programie - pielęgniarka (1 h)	2 000	150.00	<b>300 000.00</b>	<b>620 000.00</b>
2	koszt wizyty zamykającej udział w programie – rehamanager (1 h)	2 000	160.00	<b>320 000.00</b>	
<b>RAZEM KOSZTY BEZPOŚREDNIE</b>				<b>8 244 500.00</b>	<b>8 244 500.00</b>
<b>KOSZTY POŚREDNIE - OK. 10% KOSZTÓW BEZPOŚREDNICH</b>					<b>824 450.00</b>
<b>ETAP I MODUŁ PRZYGOTOWANIA ORGANIZACYJNEGO PROGRAMU</b>					
1	koszt opracowania i wydruku dokumentacji projektowej				<b>41 000,00</b>
2	koszt personelu projektu zaangażowanego w proces rekrutacji formalnej oraz członków komisji rekrutacyjnej				
<b>ETAP II MODUŁ PROMOCYJNO EDUKACYJNY PROGRAMU</b>					
1	koszt opracowania i prowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej: w tym publikacje internetowe i prasowe				<b>46 000.00</b>
2	koszt opracowania i wydruku materiałów promocyjnych: opracowanie i wydruku ulotek i plakatów				
<b>ETAP VII MONITORING I EWALUACJA PROGRAMU</b>					
1	koszt wynagrodzenia opiekuna pacjenta				<b>737 450.00</b>
2	koszty administracyjne: w tym koszty wynagrodzenia personelu zaangażowanego w zarządzanie, monitorowanie, rozliczanie i inne działania administracyjne w projekcie				
<b>RAZEM KOSZTY POŚREDNIE</b>					<b>824 450.00</b>
<b>OGÓŁEM KOSZTY PROJEKTU</b>					<b>9 068 950,00</b>

\* przy założeniu, że 12% pacjentów będzie potrzebować wsparcia logopedycznego w związku z posiadanymi schorzeniami neurologicznymi.

\*\* liczba 500 osób określona na podstawie przewidywanej ilości osób korzystających z dodatkowego wsparcia psychologicznego w trakcie realizacji Programu - przyjęto, że będzie to 25% uczestników Programu.

Przedstawiony budżet nie stanowi katalogu zamkniętego wydatków. Na etapie składania wniosku o dofinansowanie Wnioskodawca będzie miał możliwość ujęcia innych wydatków niezbędnych do realizacji planowanych interwencji w ramach projektu.

Proponowane koszty całkowite realizacji RPZ w podziale na lata:

<b>Rok realizacji RPZ</b>	<b>Koszt całkowity (w zł)</b>
<b>2026</b>	1 600 000,00
<b>2027</b>	3 300 000,00
<b>2028</b>	3 300 000,00
<b>2029</b>	868 950,00
<b>SUMA</b>	<b>9 068 950,00</b>

Stawki jednostkowe, z uwagi na szeroki zakres wsparcia mogą zostać zindeksowane o koszty inflacji. Zakłada się możliwość waloryzacji budżetu programu zdrowotnego poprzez zwiększenie kosztów o wskaźnik inflacji, co pozwoli na utrzymanie realnej wartości finansowania i standardu świadczeń w obliczu rosnących cen rynkowych.

Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu programu założono, że koszty pośrednie będą stanowić 10% całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich.

#### 6.4. Źródła finansowania

Realizacja regionalnego programu zdrowotnego pn. „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029” będzie finansowana ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Całkowita alokacja na nabór będzie określona w Regulaminie wyboru projektów. Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 może zdecydować, w przypadku dostępności środków, o zwiększeniu wysokości środków na dany nabór.

Montaż finansowy w ramach realizowanych projektów:

- finansowanie z Unii Europejskiej – środki Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
- 85% wartości projektu,
- środki budżetu państwa – 5% wartości projektu,
- wkład własny beneficjenta/realizatora projektu – 10% wartości projektu.

Instytucją Organizującą Nabór będzie Zarząd Województwa Lubelskiego jako Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Czynności związane z przeprowadzeniem postępowania w zakresie wyboru projektów do dofinansowania podejmować będzie Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie.

## Bibliografia

1. Advancing Neurorehabilitation Through Virtual Reality and Robotics: A Critical Narrative Review of Motor Recovery Technologies - ResearchGate, [https://www.researchgate.net/publication/395047045\\_Advancing\\_Neurorehabilitation\\_Through\\_Virtual\\_Reality\\_and\\_Robotics\\_A\\_Critical\\_Narrative\\_Review\\_of\\_Motor\\_Recovery\\_Technologies](https://www.researchgate.net/publication/395047045_Advancing_Neurorehabilitation_Through_Virtual_Reality_and_Robotics_A_Critical_Narrative_Review_of_Motor_Recovery_Technologies)
2. „Sytuacja demograficzna województwa lubelskiego w 2023 r.”
3. Abbasian, N. et al. (2024). Exploring Education Interventions for Stroke Prevention. *Health Science Reports*, s. 3–4, 6–7, 10–11
4. American Academy of Neurology. *Assessment Scales in Neurological Rehabilitation*, Neurology, 2018.
5. American Congress of Rehabilitation Medicine. *Ethical Guidelines for Rehabilitation*, Neurology, 2019
6. American Heart Association/American Stroke Association & WHO Reports, 2016–2020
7. American Heart Association/American Stroke Association. *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*, Stroke, 2016.
8. Arxiv.org. *Emerging Technologies in Neurorehabilitation*, 2024.
9. European Stroke Organisation. *ESO Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery*, 2023
10. EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS OF MULTI-DISCIPLINARY REHABILITATION FOLLOWING ACQUIRED BRAIN INJURY, dostęp: stycznia 13, 2026, <https://medicaljournalssweden.se/jrm/article/download/18240/22094>
11. Fizjomed Pro. *Rehabilitacja po udarze mózgu i wartość terapeutyczna*. fizjomed.pro, 2024
12. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/>, dostęp 16.01.2026 r.
13. <https://icd.who.int/browse10/2019/en/#/>
14. <https://lublin.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-demograficzna-województwa-lubelskiego-w-2023-r-,1,23.html>
15. <https://medpr.imp.lodz.pl/Ocena-wplywu-stanu-funkcjonalnego-po-zakonczeniu-rehabilitacji-w-ramach-prewencji,103653,0,2.html>
16. <https://www.pfron.org.pl/aktualnosci/szczegoly-aktualnosci/news/sukces-pilotazu-rehabilitacji-kompleksowej-prowadzonej-w-pfron/>
17. Logroscino, G., Brayne, C., Tortelli, R. (2020). The role of prevention in common neurological disorders. In: *Oxford Textbook of Neurologic and Neuropsychiatric Epidemiology*. s. 465–468, 470–472, 475–476
18. *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r.*, GUS Warszawa 2023
19. *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.* Warszawa, sierpień 2021
20. *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r.* Warszawa, czerwiec 2025
21. *Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Choroby układu nerwowego w województwie lubelskim*. bazy.mz.gov.pl, 2019.
22. Ministerstwo Zdrowia. Rozporządzenie z dnia 6 listopada 2013 r. Dz.U. 2013 poz. 1522. <https://isap.sejm.gov.pl>
23. Na podstawie GUS. Bank danych lokalnych [online]. Stan ludności. Ludność wg pojedynczych roczników wieku i płci (dane półroczne). Aktualizacja: 29.10.2025 r.; <https://bdl.stat.gov.pl>; [dostęp: 15.01.2026 r.].

24. Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Gierczyński J., Kułakowska A., Rejda K. Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum, Warszawa, Sierpień 2024
25. Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum. Warszawa. Sierpień 2024, s. 12
26. Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum. Warszawa. Sierpień 2024
27. Określenie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza., dostęp: stycznia 13, 2026, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-resortowe/okreslenie-warunkow-zawierania-i-realizacji-umow-w-rodzaju-34828062>
28. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 73/2021 z dnia 26 listopada 2021 r.
29. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 3/2024 z dnia 16 stycznia 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”
30. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 26/2023 z dnia 19 czerwca 2023 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Czarnia na lata 2023-2028” (woj. mazowieckie)
31. PFRON. „Model rehabilitacji kompleksowej – dokument programowy”. <https://www.pfron.org.pl>
32. PFRON. „Program Rehabilitacja 25+”. <https://portal-ipfronplus.pfron.org.pl>
33. Postępowanie w przypadku udaru niedokrwiennego mózgu – opieka po hospitalizacji, otwierano: stycznia 13, 2026, <https://www.mp.pl/neurologia/wytyczne/340161,postepowanie-w-przypadku-udaru-niedokrwiennego-mozgu-opieka-po-hospitalizacji>
34. Prognoza ludności na lata 2023–2060, GUS, Warszawa 2023
35. Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2021 – 2027, s. 24
36. Raport Absencja chorobowa w 2023 r. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa, 2024 r. ZUS
37. Rehabilitacja medyczna, red. J. Kiwerski, PZWL Warszawa 2007
38. Rehabilitacja po udarze – jakie są zasady rehabilitacji poudarowej? Kiedy zacząć ćwiczenia po udarze mózgu? - DOZ.pl, dostęp: stycznia 13, 2026, [https://www.doz.pl/czytelnia/a15006-Rehabilitacja\\_po\\_udarze\\_\\_jakie\\_sa\\_zasady\\_rehabilitacji\\_poudarowej\\_Kiedy\\_zaczac\\_cwiczenia\\_po\\_udarze\\_mozgu](https://www.doz.pl/czytelnia/a15006-Rehabilitacja_po_udarze__jakie_sa_zasady_rehabilitacji_poudarowej_Kiedy_zaczac_cwiczenia_po_udarze_mozgu)
39. Rekomendacja nr 165/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu
40. Stan polskiej neurologii i kierunki jej rozwoju w perspektywie do 2030 r., Warszawa, 2021 r., s.
41. Tarihoran, S. et al. (2021). Educational Strategies for Secondary Stroke Prevention. American Journal of Health Education. s. 365–366; 370–372
42. Urząd Statystyczny w Lublinie, Aktywność ekonomiczna ludności w województwie lubelskim Wstępne wyniki Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w 3 kwartale 2025 r.
43. Veloso-Luis, C. et al. (2025). Towards effective interventions: scoping review on prevention and modifiable risk factors of neurodegenerative diseases. Neurological Sciences. s. 6–7, 10–11



44. WHO (2019). Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia, s. 12–13
45. WHO (2022). Optimizing Brain Health Across the Life Course. World Health Organization, s. 18-19, s. 27–29
46. WHO. (2017). Rehabilitation in health systems. World Health Organization, s. 12–13
47. Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, red. W. Marciniak, A. Szulca, PZWL Warszawa 2003
48. Wojewódzki plan transformacji województwa lubelskiego na lata 2022-2026, Lublin 2021
49. World Health Organization. Rehabilitation in Health Systems, WHO, 2020.
50. Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027
51. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. „Rehabilitacja lecznicza – profil neurologiczny”. <https://www.zus.pl>
52. Zaktualizowany Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026, Załącznik do obwieszczenia Wojewody Lubelskiego z dnia 31 grudnia 2024 r.
53. Zarządzenie Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza

## Załączniki:

- Zał. 1 Karta badania lekarskiego,
- Zał. 2 Karta świadczeń fizjoterapeutycznych,
- Zał. 3 Karta konsultacji logopedycznej,
- Zał. 4 Karta konsultacji psychologicznej,
- Zał. 5 Karta konsultacji edukacyjnej.
- Zał. 6 Przykładowy Test wiedzy przeprowadzany przed i po zakończeniu udziału w programie,
- Zał. 7 Ankiety do badania wskaźników efektywności programu,
- Zał. 8 Ankieta satysfakcji uczestników,
- Zał. 9 Kwestionariusz dotyczący zdrowia EQ-5D-L5
- Zał. 10 Międzynarodowy Kwestionariusz aktywności fizycznej IPAQ.

**Załącznik 1 KARTA BADANIA LEKARSKIEGO**

**do programu „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029”**

<b>Imię i nazwisko</b>											
<b>Numer PESEL</b>											
Ulica								Nr domu/mieszkania			
Kod pocztowy			-				Pocztą				
Miejscowość							Gmina				
Powiat							Województwo				
Aktualnie pracuje:	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>							
Zawód wykonywany							lata pracy (wszystkie lata pracy)				

Ciśnienie tętnicze krwi		Tętno	
-------------------------	--	-------	--

<b>WYWIAD LEKARSKI:</b>	<b>BADANIE LEKARSKIE:</b>
Aktualnie występujące choroby przewlekłe	
Przebyte choroby	
Urazy ciała (czaszki, narządu ruchu)	
Omdlenia	
Padaczka	
Przebyte zabiegi operacyjne	
Obecnie przyjmowane leki	
Ciąża – obecnie (tydzień ciąży)	
Uczulenia	
Implanty, metalowe komponenty w ciele	
Rozrusznik serca, kardiowerter	
Zakrzepica, przebyte zapalenie żył (kiedy?)	
Żylaki	

**PRZECIWSKAZANIA BEZWZGLĘDNE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:**

Ciężkie, niepoddające się leczeniu nadciśnienie tętnicze	
Ciężka niewydolność krążenia	
Niewyrównana niedoczynność lub nadczynność tarczycy	
Choroba/zespół Cushinga	
Zaburzenia psychiatryczne	
Ciężka niewydolność wątroby	
Ciężka niewydolność nerek	
Przewlekła sterydoterapia doustna	
Ostre stany chorobowe związane z układem ruchu	
Choroba onkologiczna w trakcie diagnostyki i leczenia	
Glikemia przygodna na czczo powyżej 300 mg/dL	

**ROZPOZNANIE Z OBSZARU CHOROÓB UKŁADU NERWOWEGO:**

A69 Zakażenia wywołane przez inne krętki		G62 Inne polineuropatie	
--	--	-------------------------	--



C71 Nowotwór złośliwy mózgu	G63 Polineuropatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	
D32 Nowotwór niezłośliwy opon mózgowordzeniowych	G64 Inne zaburzenia obwodowego UN	
G05 Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	G70 Miastenia i inne zaburzenia nerwowomięśniowe	
G12 Rdzeniowy zanik mięśni i zespoły pokrewne	G71 Pierwotne zaburzenia mięśniowe	
G20 Choroba Parkinsona	G81 Porażenie połowicze	
G25 Inne zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych	I69 Następstwa chorób naczyniowych mózgu	
G35 Stwardnienie rozsiane	M32 Toczeń rumieniowaty układowy	
G37 Inne choroby demielinizacyjne OUN	M47 Spondyloza	
G54 Zaburzenia korzeni i slotów nerwowych	M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	
G55 Uciski korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	M51 Inne choroby krążka nerwowego	
G56 Mononeuropatie kończyny górnej	M54 Bóle grzbietu	
G57 Mononeuropatie kończyny dolnej	S06 Uraz śródczaszkowy	
G61 Polineuropatia zapalna		

<b>Czy pacjent rokuje utrzymanie pracy lub odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji</b>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	-----	--------------------------

**Ewentualne uwagi dla Zespołu Interdyscyplinarnego (fizjoterapeuta, logopeda, psycholog, doradca zawodowy, pielęgniarka)**

--

Data wypełnienia:		
Pieczęć Placówki, w której wystawiono wniosek	Pieczętka i podpis lekarza	

## ARKUSZ OCENY NARZĄDU RUCHU

Imię i nazwisko.....

### KARTA POMIAROWA NARZĄDU RUCHU WG. METODY ODNIESIENIA DO POZYCJI „0”

(wpisać tylko ustalenia patologiczne lub prawidłowe wymagające uwidocznienia)

#### KRĘGOSŁUP

Odcinek szyjny  
Odcinek piersiowy  
Odcinek lędźwiowy  
Odcinek krzyżowy

#### KRĘGOSŁUP SZYJNY

Ruch			Rotacja		Nachylenie boczne	
N	Zgięcie	Prostowanie	w lewo	w prawo	w prawo	w lewo
	40° - 0°	0° - 40°	60° - 0°	0° - 60°	40° - 0°	0° - 40°

Odstęp broda-mostek  
.....cm

#### KRĘGOSŁUP PIERSIOWY I L-S

Nachylenie boczne			Rotacja	
N	w lewo	w prawo	w lewo	w prawo
	30° - 0°	0° - 30°	50° - 0°	0° - 50°

Odstęp palce-podłóże  
.....cm

#### STAW BARKOWY

Ruch			Ruch		Rotacja			
Norma	Odwodzenie	Przywodzenie	Norma	Zgięcie	Wyprost	Norma	Wewnętrzna	Zewnętrzna
	130° - 0°	0° - 60°		170° - 0°	0° - 40°		90° - 0°	0° - 60°

#### STAW ŁOKCIOWY

Ruch			Ruch		
Norma	Zgięcie	Wyprost	Norma	Supinacja	Pronacja
	150° - 0°	0° - 5°		90° - 0°	0° - 80°

#### STAW NADGARSTKOWY

Zgięcie		
Norma	Dłoniowe	Grzbietowe
	80° - 0°	0° - 60°

## Załącznik 2 KARTA ŚWIADCZEŃ FIZJOTERAPEUTYCZNYCH

### KARTA ANALIZY FUNKCJONALNEJ WG ICF INDYWIDUALNEGO PROGRAMU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI

<b>Imię i Nazwisko Uczestnika</b>			<b>Numer edycji/Numer uczestnika w IPKR</b>	/
Główny problem wg pacjenta			Cel pacjenta	
Główny problem wg terapeuty			Cel terapeuty	
<b>Data i podpis</b>	<b>AKTYWNOŚCI</b>	<b>Ograniczenia</b>	<b>STRUKTURY</b>	<b>Zaburzenia</b>
Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa				
Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa				
Czynniki kontekstu: Zalecenia:				
Data	Uwagi dotyczące przebiegu terapii			Podpis fizjoterapeuty

## KARTA REALIZACJI ŚWIADCZEŃ FIZJOTERAPEUTYCZNYCH INDYWIDUALNEGO PROGRAMU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI

Numer edycji/Numer uczestnika w IPKR		/	
Imię i Nazwisko Uczestnika			
Rozpoznanie (z Karty Badania Lekarskiego)		Data wypełnienia	

Pierwszy tydzień roboczy			1	2	3	4	5
Lp	Nazwa procedury	Data					
		Okolica ciała/ parametry	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis
1.	Poizometryczna relaksacja tkanek miękkich						
2.	Techniki rozluźniania mięśniowo-powięziowego						
3.	Techniki aktywnego rozluźniania						
4.	Terapia punktów spustowych						
5.	Masaż głęboki i masaż poprzeczny						
6.	Neuromobilizacja						
7.	Trening wyrównujący balans mięśniowo-powięziowy						
8.	Trening sensomotoryczny						
9.	Trening stabilizacji głębokiej						
10.	Gimnastyka tańców mięśniowych GDS						
11.	Trening motoryczny prawidłowych wzorców ruchowych						
12.	Trening medyczny z wykorzystaniem biofeedbacku						
13.	Analiza i torowanie prawidłowej postawy i chodu z wykorzystaniem platformy pedobarograficznej						
14.	Termoterapia (krioterapia, sollux)						
15.	Laser wysokoenergetyczny						
16.	Fala uderzeniowa						
17.	Suche kąpiele kwasowęglowe						
18.	Drenaż mechaniczny BOA						
19.	Wsparcie specjalistyczne - logopeda						
Podpis uczestnika							



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Drugi tydzień roboczy			1	2	3	4	5
Lp	Nazwa procedury	Data	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis
		Okolica ciała/ parametry					
20.	Poizometryczna relaksacja tkanek miękkich						
21.	Techniki rozluźniania mięśniowo-powięziowego						
22.	Techniki aktywnego rozluźniania						
23.	Terapia punktów spustowych						
24.	Masaż głęboki i masaż poprzeczny						
25.	Neuromobilizacja						
26.	Trening wyrównujący balans mięśniowo-powięziowy						
27.	Trening sensomotoryczny						
28.	Trening stabilizacji głębokiej						
29.	Gimnastyka tańcuchów mięśniowych GDS						
30.	Trening motoryczny prawidłowych wzorców ruchowych						
31.	Trening medyczny z wykorzystaniem biofeedbacku						
32.	Analiza i torowanie prawidłowej postawy i chodu z wykorzystaniem platformy pedobarograficznej						
33.	Termoterapia (krioterapia, sollux)						
34.	Laser wysokoenergetyczny						
35.	Fala uderzeniowa						
36.	Suche kąpiele kwasowęglowe						
37.	Drenaż mechaniczny BOA						
38.	Wsparcie specjalistyczne - logopeda						
Podpis uczestnika							



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Trzeci tydzień roboczy			1	2	3	4	5
Lp	Nazwa procedury	Data					
		Okolica ciała/ parametry	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis
39.	Poizometryczna relaksacja tkanek miękkich						
40.	Techniki rozluźniania mięśniowo-powięziowego						
41.	Techniki aktywnego rozluźniania						
42.	Terapia punktów spustowych						
43.	Masaż głęboki i masaż poprzeczny						
44.	Neuromobilizacja						
45.	Trening wyrównujący balans mięśniowo-powięziowy						
46.	Trening sensomotoryczny						
47.	Trening stabilizacji głębokiej						
48.	Gimnastyka tańcuchów mięśniowych GDS						
49.	Trening motoryczny prawidłowych wzorców ruchowych						
50.	Trening medyczny z wykorzystaniem biofeedbacku						
51.	Analiza i torowanie prawidłowej postawy i chodu z wykorzystaniem platformy pedobarograficznej						
52.	Termoterapia (krioterapia, sollux)						
53.	Laser wysokoenergetyczny						
54.	Fala uderzeniowa						
55.	Suche kąpiele kwasowęglowe						
56.	Drenaż mechaniczny BOA						
57.	Wsparcie specjalistyczne - logopeda						
Podpis uczestnika							

**Załącznik 3. Karta konsultacji logopedycznej,  
w programie „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji  
neurologicznej na lata 2026-2029”**

Numer edycji/Numer uczestnika w IPKR	/
Osoba wypełniająca	

**DANE UCZESTNIKA**

Imię i nazwisko uczestnika				
Płeć	K	M	Wiek	
Miejsce zamieszkania:				
Wykształcenie:				
Zajmowane stanowisko:				
Dodatkowe kwalifikacje:				
Zainteresowania:				

**SPOTKANIA Z LOGOPEDĄ:**

LP.	DATA	TEMATYKA SPOTKAŃ	PODPIS UCZESTNIKA
1.		Spotkanie diagnostyczne – wywiad. Dobór indywidualnych technik terapeutycznych. Badanie rozumienia mowy. Stan i sprawność narządów artykulacyjnych.	
2.		Spotkanie terapeutyczne obejmujące orientacyjne badanie słuchu, ocenę słuchu fonematycznego oraz ocenę pamięci słuchowej.	
3.		Spotkanie terapeutyczne obejmujące kinestezję mowy, praksję i gnozę oraz emisję głosu.	
4.		Spotkanie terapeutyczne obejmujące sprawność grafomotoryczną, koordynację wzrokowo–ruchową, percepcję wzrokową oraz sprawności manualne.	
5.		Spotkanie terapeutyczne obejmujące ćwiczenia dykcji, artykulacji, tempa mowy, akcentu i wyrazistości wypowiedzi.	
6.		Spotkanie podsumowujące – podstawy udzielonej informacji zdrowotnej i zalecenia.	

**UWAGI ZE SPOTKAŃ:**

--

**ZALECENIA:**

--

**PODSUMOWANIE:**

--

**Podpis logopedy**

### Załącznik 4 Karta konsultacji psychologicznej

#### w programie „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029”

Numer edycji/Numer uczestnika w IPKR		/	
Data badania		Osoba wypełniająca	

#### DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko uczestnika					
Płeć	K	M	Wiek		Stan cywilny
Miejsce zamieszkania					
Wykształcenie					

#### WYNIKI BADAŃ TESTOWYCH

Nazwa Testu	Wyniki podskal		Wynik ogólny	Ocena wyniku
Ogólny stan zdrowia (GHQ-28)	A: symptomy somatyczne			
	B: niepokój, bezsenność			
	C: zaburzenia funkcjonowania			
	D: symptomy depresji			
Kwestionariusz poczucia stresu (KPS)	Napięcie emocjonalne			
	Stres zewnętrzny			
	Stres intrapsychiczny			
Skala Kontroli Emocji (CECS)	Gniew			
	Depresja			
	Lęk			

#### OPIS OSOBY NA PODSTAWIE PSYCHOLOGICZNYCH BADAŃ TESTOWYCH:

#### OKREŚLENIE RYZYKA CHOROBY PSYCHOSOMATYCZNYCH<sup>66</sup>

Bardzo niskie	niskie	średnie	wysokie	Bardzo wysokie

#### DANE Z WYWIADU I OBSERWACJI

<sup>66</sup>1. Wynik bardzo niski, niski -Samodzielna psychoedukacja w celu podtrzymania zdrowia psychicznego 2.Wynik średni(tzw. norma) Samodzielne poszukiwanie cech i zachowań dających zdrowie psychiczne, ewentualne wsparcie psychoterapeutyczne 3. Wynik wysoki - Zagrożenie problemami psychicznymi lub chorobami psychosomatycznymi, konieczny kontakt psychoterapeutyczny i samodzielna troska o zdrowie psychiczne. 4. Wynik bardzo wysoki Występowanie zaburzeń zdrowia psychicznego w formie ukrytej lub jawnej, konieczny kontakt psychoterapeutyczny i psychiatryczne leczenie ( m.in. leczenie farmakologiczne)



Sytuacja zawodowa

Sytuacja społeczna

Sytuacja osobista

**PODSTAWY UDZIELANEJ INFORMACJI ZWROTNEJ I ZALECENIA**

**Podpis psychologa**

**Załącznik 5: Karta konsultacji edukacyjnej.  
w programie „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji  
neurologicznej na lata 2026-2029”**

Numer edycji/Numer uczestnika w IPKR	/
Osoba wypełniająca	

**DANE UCZESTNIKA**

Imię i nazwisko uczestnika			
Płeć	K	M	Wiek
Miejsce zamieszkania:			
Wykształcenie:			
Miejsce pracy:			
Zajmowane stanowisko:			
Staż pracy:			
Dodatkowe kwalifikacje:			
Zainteresowania:			

**WYWIAD ZAWODOWY**

**OBSZARY EDUKACJI ZDROWOTNEJ:**

DATA SPOTKANIA	Problematyka pielęgnacyjna m.in. codzienna pielęgnacja i higiena, systematyczne monitorowanie stanu zdrowia, samoopieka i samopielęgnacja.	Edukacja prozdrowotna m.in. zdrowy styl życia, prewencja chorób, higiena i bezpieczeństwo świadomość zdrowotna, odpowiedzialność za zdrowie.	Profilaktyczna opieka nad pracownikami m.in. nacisk na regularne badania profilaktyczne, higiena pracy, zapobieganie chorobom zawodowym oraz fizjoprofilaktyki z zakresie ergonomii pracy.	PODPIS UCZESTNIKA



### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

### UWAGI ZE SPOTANIA:

**Podpis pielęgniarki**

**Załącznik 6 Przykładowy test wiedzy Pre-Post  
w programie „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji  
neurologicznej na lata 2026-2029”**

**Proszę zaznaczyć jedną prawidłową odpowiedź.**

1. Który z poniższych czynników najsilniej stymuluje neuroplastyczność u pacjentów neurologicznych?
a) <b>Intensywne, powtarzalne ćwiczenia ukierunkowane na konkretną funkcję</b>
b) Krótkie, nieregularne sesje ruchowe
c) Wyłącznie farmakoterapia
d) Bierny odpoczynek
2. Zaburzenia kontroli posturalnej najczęściej wynikają z uszkodzeń:
a) Kory wzrokowej
b) Rdzenia kręgowego szyjnego
c) Układu współczulnego
d) <b>Mózdżku i dróg przedśionkowych</b>
3. W przypadku pacjentów z chorobami neurologicznymi zmęczenie podczas ćwiczeń:
a) Jest przeciwwskazaniem do dalszej terapii
b) <b>Powinno być monitorowane i regulowane, ale nie musi oznaczać przerwania terapii</b>
c) Oznacza pogorszenie choroby
d) Wskazuje na konieczność zwiększenia intensywności
4. Które działanie najlepiej odzwierciedla ergonomię funkcjonalną u pacjenta z niedowładem?
1) Wykonywanie czynności jedną ręką, nawet jeśli jest to trudniejsze
2) Kompensacja ruchów poprzez nieprawidłowe wzorce
3) Unikanie aktywności wymagających koordynacji
4) <b>Dostosowanie otoczenia tak, aby umożliwić bezpieczne i efektywne wykonywanie czynności dnia codziennego</b>
5. Który z poniższych czynników najbardziej zwiększa ryzyko upadków u pacjentów neurologicznych?
a) Zbyt intensywne oświetlenie
b) Noszenie obuwia sportowego
c) <b>Zaburzenia czucia głębokiego i równowagi</b>
d) Regularne ćwiczenia równoważne
6. Aktywne uczestnictwo pacjenta w rehabilitacji oznacza:
a) Wykonywanie ćwiczeń tylko pod nadzorem terapeuty
b) Zastąpienie ćwiczeń odpoczynkiem
c) Ograniczenie aktywności, aby uniknąć przeciążenia
d) <b>Samodzielne monitorowanie postępów, zgłaszanie trudności i regularne ćwiczenia</b>
7. Najważniejszym elementem planowania terapii neurologicznej jest:
a) <b>Indywidualna analiza deficytów i celów funkcjonalnych pacjenta</b>
b) Wykonywanie ćwiczeń według jednego schematu dla wszystkich
c) Skupienie się wyłącznie na sile mięśniowej
d) Dobór jak największej liczby ćwiczeń



8. Który czynnik najsilniej wspiera regenerację układu nerwowego?

- a) Brak snu
- b) **Regularna aktywność fizyczna i odpowiednia ilość odpoczynku**
- c) Unikanie bodźców sensorycznych
- d) Stres

9. Dlaczego ćwiczenia domowe są kluczowe w rehabilitacji neurologicznej?

- a) **Utrwalają wzorce ruchowe i zwiększają efektywność terapii**
- b) Są opcjonalne i nie wpływają na postępy
- c) Mają znaczenie tylko u pacjentów młodych
- d) Zastępują terapię w ośrodku

10. Które działanie najlepiej wspiera samodzielność pacjenta w domu?

- a) Usunięcie wszystkich mebli
- b) Ograniczenie poruszania się
- c) **Montaż poręczy, poprawa oświetlenia i eliminacja progów**
- d) Zastąpienie aktywności pomocą opiekuna

## Załącznik nr 7a. Ankieta wstępna

Prosimy o uważne wypełnienie ankiety wstępnej. Podane informacje będą przydatne przy planowaniu Pani/Pana rehabilitacji, a także przy ocenie jej efektów (porównanie ich z informacjami podanymi na zakończenie Programu).

- 1. Imię i nazwisko uczestnika** .....
- 2. Wiek** .....
- 3. Jestem osobą** \*):  pracującą (wykonywana praca: .....)  
 bezrobotną (od jak dawna? – w latach .....

### 4. Aktualne dolegliwości.

Proszę o podanie miejsca, w którym zlokalizowane są Pana/ Pani główne dolegliwości z jakimi zgłosił się Pan/Pani na rehabilitację w ramach Programu.

Miejsca moich dolegliwości:

.....

Czas trwania dolegliwości :..... miesięcy/lat.

Proszę podać aktualną intensywność bólu używając skali 1-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania.

### 5. Zaburzenia funkcji. Proszę zaznaczyć X właściwą odpowiedź.

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<b>Ubranie się i dbanie o wygląd</b>				
Ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików				
Umyć samodzielnie włosy?				
<b>Wstawanie</b>				
Wstać z krzesła bez poręczy?				
Położyć się do łóżka i wstać?				
<b>Jedzenie</b>				
Pokroić mięso na talerzu?				
Otworzyć nowy karton mleka?				
<b>Chodzenie</b>				
Chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?				
Wejść po pięciu schodach?				
<b>Higiena</b>				
Umyć się i wytrzeć?				
Wykąpać w wannie?				
Usiąść na sedesie i wstać?				

### Sięganie

Sięgnąć po 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nas głową i zdjąć go?

Schylić się, żeby podnieść odzież z podłogi?

### Chwytnie

Otworzyć drzwi w samochodzie?

Otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?

Odkręcić i zakręcić kran?

### Czynności różne

Załatwiać różne sprawy, robić zakupy?

Wsiąść do samochodu i wysiąść?

Wykonywać prace domowe np. odkurzanie?

### 6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację:

Aktualnie zażywam leki:

przeciwbólowe  rozluźniające  nasenne  inne leki .....

nie zażywam leków

Korzystałam/em z rehabilitacji:

ostatni raz ..... miesięcy temu  nie korzystałam/em

Odczuwasz niepokój, jesteś zestresowana/y, masz gorszy nastrój, nie radzisz sobie?

TAK  NIE

Czy chciałabyś/chciałbyś porozmawiać o tym z psychologiem, skorzystać z jego pomocy?

TAK  NIE

### 7. Aktywność fizyczna

Czy uprawiasz regularnie jakiś sport (rekreacyjnie)?  TAK  NIE

Jeśli TAK, to jaki? .....

Jak często?  ..... razy w tygodniu / miesiącu

Ile czasu poświęcasz na to za każdym razem? .....minut / godzin

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**

## Załącznik nr 7b. Ankieta końcowa

Prosimy o uważne wypełnienie ankiety końcowej. Na tej podstawie będziemy mogli ocenić efekty Pani/Pana rehabilitacji, co pozwoli nam w przyszłości na lepsze dopasowanie postępowania terapeutycznego do potrzeb naszych pacjentów.

1. Imię i nazwisko uczestnika.....

2. Wiek .....

3. Jestem osobą \*):  pracującą (wykonywana praca:.....)  
 bezrobotną (od jak dawna? – w latach .....

4. Po rehabilitacji czuję się:  lepiej  gorzej  bez zmian

Proszę podać aktualną intensywność bólu używając skali 1-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania.

### 5. Zaburzenia funkcji.

Proszę zaznaczyć X właściwą odpowiedź.

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<b>Ubranie się i dbanie o wygląd</b>				
Ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików				
Umyć samodzielnie włosy?				
<b>Wstawanie</b>				
Wstać z krzesła bez poręczy?				
Położyć się do łóżka i wstać?				
<b>Jedzenie</b>				
Pokroić mięso na talerzu?				
Otworzyć nowy karton mleka?				
<b>Chodzenie</b>				
Chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?				
Wejść po pięciu schodach?				
<b>Higiena</b>				
Umyć się i wytrzeć?				
Wykąpać w wannie?				
Usiąść na sedesie i wstać?				
<b>Sięganie</b>				
Sięgnąć po 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go?				
Schylić się, żeby podnieść odzież z podłogi?				
<b>Chwytywanie</b>				
Otworzyć drzwi w samochodzie?				

Otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?				
Odkręcić i zakręcić kran?				
<b>Czynności różne</b>				
Załatwiać różne sprawy, robić zakupy?				
Wsiąść do samochodu i wysiąść?				
Wykonywać prace domowe np. odkurzanie?				

**6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację:**

Aktualnie zażywam leki:

- przeciwbólowe   
  rozluźniające   
  nasenne   
  nie zażywam leków  
 inne leki .....

**7. Aktywność fizyczna**

Aktualnie, w porównaniu ze stanem przed rehabilitacją, uprawiam sport rekreacyjny:

- częściej           
  rzadziej           
  bez zmian  
 ..... razy w tygodniu / miesiącu

**8. Zdolność do aktywności zawodowej**

Czy w Pani/Pana opinii udział w Programie wpłynął na poprawę zdolności do aktywności zawodowej?

- TAK                           
  NIE

**9. Gotowość do powrotu do pracy po udziale w programie** (dotyczy uczestników Programu zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością))

Czy po udziale w Programie deklaruje Pani/Pan gotowość do podjęcia aktywności zawodowej?

- TAK                           
  NIE

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety!***

**Załącznik 8**
**Ankieta satysfakcji udziału w programie „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029**
**Szanowni Państwo,**

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety (krzyżyk przy wybranej odpowiedzi) która pozwoli nam ocenić skuteczność realizacji celów szczegółowych programu pn. „NeuroZdrowie Lubelszczyzny – program kompleksowej rehabilitacji neurologicznej na lata 2026-2029”.

Ankieta jest anonimowa, a Państwa odpowiedzi pomogą nam udoskonalić przyszłe edycje programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w oznaczonym do tego miejscu.

**Data wypełnienia:** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

**I. Ocena ogólna Programu**

1.	Jak ocenia Pani/Pan ogólną skuteczność programu?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle

2.	Czy odczuwa Pani/Pan poprawę sprawności fizycznej po ukończeniu programu?	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
3.	Jeśli tak, to na ile procent ocenia Pani/Pan tę poprawę?	0-25%	26-50%	51-75%	76%-100%

4.	Czy czuje się Pani/Pan lepiej psychicznie /emocjonalnie po udziale w programie?	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
5.	Jeśli tak, to na ile procent ocenia Pani/Pan tę poprawę?	0-25%	26-50%	51-75%	76%-100%

6..	Jak często negatywne nawyki zdrowotne (np. brak diety, aktywności, stosowanie używek i in.) były obecne w Pani/Pana życiu przed przystąpieniem do programu?	Bardzo często	Często	Rzadko	Wcale
7.	Czy zmienił Pani/Pan swoje negatywne nawyki zdrowotne, jeśli tak to na ile procent	0-25%	26-50%	51-75%	76%-100%

## II. Ocena rekrutacji

8. Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rekrutacji?					
uprzejmość osób rekrutujących?					
jakość i ilość informacji na temat programu i jego celów?					

## III. Ocena warunków panujących w Ośrodku

9. Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w gabinetach					
dostępność dla osób z niepełnosprawnościami					
oznakowanie gabinetów					
dostęp i czystość w toaletach					

## IV. Poziom satysfakcji z udzielanych świadczeń w ramach programu

10. Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo wysoko	wysoko	średnio	nisko	Bardzo nisko
ogólne zadowolenie z programu:					
jakość materiałów edukacyjnych dostarczanych w ramach programu					

11. Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo wysoko	wysoko	średnio	nisko	Bardzo nisko
Moduł kwalifikacyjny					
jakość usług pielęgniarstkich podczas procesu kwalifikacji					
jakość usług lekarskich podczas procesu kwalifikacji					
Jakość usług rehamanagery podczas procesu kwalifikacji					
Moduł rehabilitacyjny					
jakość usług rehabilitacyjnych					
jakość usług logopedycznych (jeśli dotyczy)					
Moduł psychologiczny					
jakość wsparcia psychologicznego					
Moduł edukacyjny					
jakość edukacji zdrowotnej					

12. Jak Pan(i) ocenia komunikację z personelem prowadzącym program?	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Lekarz kwalifikujący					
Fizjoterapeuta					
Logopeda (jeśli dotyczy)					
Psycholog					
Pielęgniarka					

13. Co uważa Pan/Pani za najmocniejszą stronę programu?



14. Jakie zmiany lub ulepszenia sugerował(a)by Pan(i) w ramach programu?

15. Dodatkowe uwagi i komentarze:

Dziękujemy za udział w ankiecie. Twoje opinie są dla nas bardzo cenne i pomogą w dalszym doskonaleniu programu.

## Załącznik 9 Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia - EQ-5D-L5 wersja polska do użytku w Polsce (for Poland)

Pod każdym nagłówkiem proszę zaznaczyć JEDEN kwadrat, aby wybrać stwierdzenie najlepiej określające Pana/Pani zdrowie DZISIAJ.

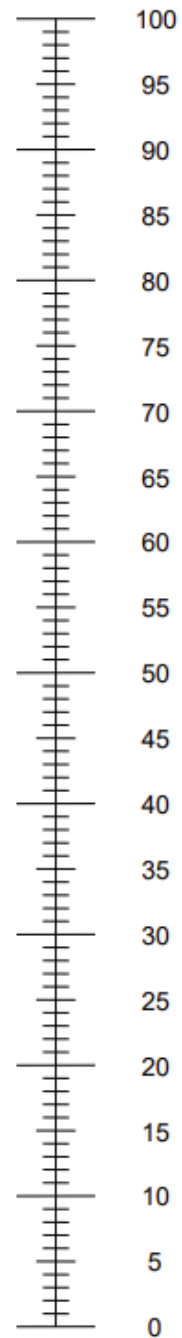
PORUSZANIE SIĘ	
Nie mam żadnych problemów z chodzeniem	<input type="checkbox"/>
Mam niewielkie problemy z chodzeniem	<input type="checkbox"/>
Mam umiarkowane problemy z chodzeniem	<input type="checkbox"/>
Mam poważne problemy z chodzeniem	<input type="checkbox"/>
Nie jestem w stanie chodzić	<input type="checkbox"/>
SAMOOBSŁUGA	
Nie mam żadnych problemów z myciem i ubieraniem się	<input type="checkbox"/>
Mam niewielkie problemy z myciem i ubieraniem się	<input type="checkbox"/>
Mam umiarkowane problemy z myciem i ubieraniem się	<input type="checkbox"/>
Mam poważne problemy z myciem i ubieraniem się	<input type="checkbox"/>
Nie mogę sam/a się umyć ani ubrać	<input type="checkbox"/>
ZWYKŁE CZYNNOŚCI (np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywności rodzinne, zajęcia w czasie wolnym)	
Nie mam żadnych problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności	<input type="checkbox"/>
Mam niewielkie problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności	<input type="checkbox"/>
Mam umiarkowane problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności	<input type="checkbox"/>
Mam poważne problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności	<input type="checkbox"/>
Nie jestem w stanie wykonywać moich zwykłych czynności	<input type="checkbox"/>
BÓL / DYSKOMFORT	
Nie odczuwam żadnego bólu ani dyskomfortu	<input type="checkbox"/>
Odczuwam niewielki ból lub dyskomfort	<input type="checkbox"/>
Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort	<input type="checkbox"/>
Odczuwam silny ból lub dyskomfort	<input type="checkbox"/>
Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort	<input type="checkbox"/>
NIEPOKÓJ / PRZYGNĘBIENIE	
Nie jestem niespokojny/a ani przygnębiony/a	<input type="checkbox"/>
Jestem trochę niespokojny/a lub przygnębiony/a	<input type="checkbox"/>
Jestem umiarkowanie niespokojny/a lub przygnębiony/a	<input type="checkbox"/>
Jestem bardzo niespokojny/a lub przygnębiony/a	<input type="checkbox"/>
Jestem krańcowo niespokojny/a lub przygnębiony/a	<input type="checkbox"/>

Chcielibyśmy wiedzieć jak dobre lub jak złe jest Pana/Pani zdrowie  
DZISIAJ.

- Ta skala jest ponumerowana od 0 do 100.
- 100 oznacza najlepsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić.  
0 oznacza najgorsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić.
- Proszę zaznaczyć krzyżykiem (X) miejsce na skali, które  
pokazuje jakie jest Pana/Pani zdrowie DZISIAJ.
- Teraz liczbę, którą zaznaczył/a Pan/i na skali proszę wpisać w  
okienko poniżej.

PANA/PANI ZDROWIE DZISIAJ =

Najlepsze  
zdrowie jakie  
można sobie  
wyobrazić



Najgorsze  
zdrowie jakie  
można sobie  
wyobrazić

## Załącznik 10 MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ (IPAQ)

Kwestionariusz dotyczy czasu poświęconego na aktywność fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni. Proszę wziąć pod uwagę **tylko** taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut.

W pytaniach użyto niżej wymienionych określeń:

- **Intensywna** aktywność fizyczna oznacza ciężki wysiłek, zmuszający do silnie wzmożonego oddychania (i przyspieszonej akcji serca); dychania (i przyspieszonej akcji serca);

**Umiarkowana** aktywność fizyczna oznacza wysiłek przeciętny z nieco wzmożonym oddychaniem (i nieco przyspieszoną akcją serca).

### CZĘŚĆ 1: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRACĄ ZAWODOWĄ

*Pierwsza część pytań dotyczy Państwa pracy zawodowej. Zawarte tu są pytania z zakresu wysiłku fizycznego (aktywności fizycznej) w Państwa pracy zawodowej, w rolnictwie, nauce, pracy społecznej i każdej innej niepłatnej pracy, którą wykonują Państwo poza domem. Proszę nie brać pod uwagę czynności, które wykonują Państwo wokół domu, np. prac domowych, pracy w ogródku, ogólnych prac porządkowych oraz opieki nad rodziną. Tematykę tę obejmuje część 3. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut*

1. Proszę podać czy aktualnie pracuje Pan/i zawodowo, uczy się lub wykonuje pracę bez wynagrodzenia poza domem.

1. Tak
2. Nie → **przejdź do części 2**

*Następne pytania dotyczą wszelkiego wysiłku fizycznego wykonywanego w ciągu ostatnich 7 dni w ramach pracy bez wynagrodzenia lub zawodowej oraz nauki. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut. Tematyka tych pytań nie dotyczy chodzenia do pracy i z powrotem.*

2. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ramach pracy zawodowej lub nauki **intensywny** wysiłek fizyczny, np. : podnoszenie ciężkich rzeczy, kopanie, prace budowlane, chodzenie po schodach.

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → przejdź do pytania 4

3. Proszę podać ile czasu w jednym z takich (przeciętnych) dni poświęca Pan/i zwykle na **intensywny wysiłek fizyczny** w ramach pracy.

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

4. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ramach pracy zawodowej **umiarkowany** wysiłek fizyczny, porównywalny z przenoszeniem lekkich rzeczy, jazdą na rowerze w normalnym tempie. Proszę nie brać pod uwagę chodzenia.

1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejdź do pytania 6**
5. Proszę podać ile czasu w jednym z takich (przeciętnych) dni poświęca Pan/i zwykle na umiarkowany wysiłek fizyczny wykonywany w ramach pracy zawodowej.
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....
6. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i co najmniej 10 minut (jednorazowo) w czasie pracy zawodowej. Proszę nie wliczać do tego czasu dojazdu do pracy i z powrotem.
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejdź do części 2**
7. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i na chodzenie w jednym z takich (przeciętnych) dni w ramach pracy zawodowej.
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....

## CZĘŚĆ 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRZEMIESZCZANIEM SIĘ

*Pytania w kolejnej części dotyczą sposobu przemieszczania się z miejsca na miejsce, włączając w to przemieszczanie się do pracy, na zakupy, w miejsca rozrywki itp. (dotyczy czynności nie wykonywanych w czasie wolnym). Proszę wziąć pod uwagę tylko taką aktywność, która jednorazowo trwała co najmniej 10 minut.*

8. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których jeździł Pan/i pojazdem takim jak samochód, autobus, pociąg, tramwaj lub inny pojazd (*proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze*).
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejdź do pytania 10**
9. Proszę podać ile czasu spędza Pan/i podczas jednego z takich (przeciętnych) dni, jeżdżąc samochodem, autobusem, pociągiem, tramwajem lub innym pojazdem (*proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze*).
1. Godzin dziennie .....
  2. Minut dziennie .....
10. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których jechał Pan/i rowerem przez co najmniej 10 minut.
- Proszę wziąć pod uwagę jedynie jazdę na rowerze: do pracy i z powrotem, lub w innych celach.*
1. Dni w tygodniu .....
  2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejdź do pytania 12**

**11. Proszę podać ile czasu jeździ Pan/i rowerem podczas jednego z takich (przeciętnych) dni.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

**12. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i co najmniej 10 minut jednorazowo.**

*Proszę wziąć pod uwagę jedynie chodzenie: do pracy i z powrotem, lub w innych celach.*

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejsć do części 3**

**13. Proszę podać ile czasu chodzi Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

### **CZĘŚĆ 3: PRACE DOMOWE, OGÓLNE PRACE PORZĄDKOWE I OPIEKA NAD RODZINĄ**

*Pytania w kolejnej części dotyczą wysiłku fizycznego w ciągu ostatnich 7 dni, który wykonywał Pan/Pani w domu i wokół domu, np.: prace domowe, opieka nad rodziną, ogólne prace porządkowe, uprawa ogródka.*

*Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek fizyczny, który zajmuje jednorazowo co najmniej 10 minut.*

**14. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ogródku lub wokół domu intensywny wysiłek fizyczny, np. przenoszenie ciężkich rzeczy, rąbanie drewna, odśnieżanie lub kopanie.**

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 18**

**15. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i zwykle w jednym z takich (przeciętnych) dni na intensywny wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

**16. Proszę podać liczbę dni, w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu, np. przenoszenie lekkich rzeczy, zamiatanie, mycie okien, grabienie i sprzątanie wokół domu.**

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 18**

**17. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i zwykle w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w przydomowym ogródku lub wokół domu.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

**18. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w domu umiarkowany wysiłek fizyczny, np. przenoszenie lekkich rzeczy, mycie okien, mycie podłóg, oraz sprzątanie**

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do części 4**

**19. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w domu.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

#### **CZĘŚĆ 4: REKREACJA, SPORT I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W CZASIE WOLNYM**

*Pytania w następnej części dotyczą aktywności fizycznej w czasie wolnym w ciągu ostatnich 7 dni poświęconej na sport, rekreację, ćwiczenia lub rozrywkę i wypoczynek. Odpowiadając na pytania, proszę **nie brać pod uwagę** tych rodzajów aktywności fizycznej, o której Państwo już wspomnieli. Proszę wziąć pod uwagę tylko aktywność fizyczną, która trwała jednorazowo co najmniej 10 minut.*

**20. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i jednorazowo co najmniej 10 minut w czasie wolnym.**

*Nie należy brać pod uwagę żadnego chodzenia, o którym była mowa dotychczas.*

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 22**

**21. Proszę podać ile czasu przeznaczył Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na chodzenie w czasie wolnym.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

**22. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których uprawiał Pan/i intensywną aktywność fizyczną, np. aerobik, biegi, szybka jazda rowerem, szybkie pływanie w czasie wolnym.**

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 24**

**23. Proszę podać ile czasu zwykle poświęca Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na intensywną aktywność fizyczną w czasie wolnym.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

**24. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym, np. jazda rowerem w regularnym tempie, pływanie w regularnym tempie, gra w siatkówkę.**

1. Dni w tygodniu .....
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do części 5**

**25. Proszę podać ile czasu zwykle spędza Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

## CZĘŚĆ 5: CZAS SPĘDZONY SIEDZĄC

*Pytania w tej części dotyczą czasu, który spędza Pan/i siedząc zarówno w pracy, w domu, podczas nauki i w czasie wolnym. Może to obejmować czas spędzony siedząc przy biurku, z wizytą u przyjaciół, podczas czytania, oglądania telewizji leżąc lub siedząc (nie wliczając w to czasu poświęconego na sen). Proszę nie brać pod uwagę czasu spędzonego siedząc w pojeździe mechanicznym, bo o tym już była mowa.*

**26. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i siedząc w dniu powszednim.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....

**27. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i siedząc w dniu wolnym od pracy.**

1. Godzin dziennie .....
2. Minut dziennie .....