

Podsumowanie, analiza
i ewaluacja pilotażowego
programu rehabilitacji leczniczej
w ramach prewencji rentowej ZUS
dla osób z uszkodzeniem OUN

PRACA NAUKOWO-BADAWCZA
Z ZAKRESU PREWENCJI RENTOWEJ

OPRACOWANIE PRZYGOTOWANE
ZESPÓŁ EKSPERTÓW Z INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE
POD KIERUNKIEM
DR HAB. N MED. IWONY SARZYŃSKIEJ-DŁUGOSZ

Spis treści

I. WSTĘP.....	5
II. ANALIZA DANYCH Z „INFORMACJI O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS DLA OSÓB Z USZKODZENIEM OUN” – PROGRAM PILOTAŻOWY	8
1. METODA ANALIZY.....	8
2. DANE DOTYCZĄCE TURNUSÓW REHABILITACYJNYCH	9
2.1. PODSUMOWANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH TURNUSÓW REHABILITACYJNYCH	10
3. CHARAKTERYSTYKA GRUPY KORZYSTAJĄCEJ Z REHABILITACJI.....	11
4. ANALIZA JEDNOSTEK CHOROBYCH STANOWIĄCYCH PODSTAWĘ KWALIFIKACJI DO PILOTAŻOWEGO PROGRAMU OUN.....	15
4.1. PODSUMOWANIE ANALIZY JEDNOSTEK CHOROBYCH STANOWIĄCYCH PODSTAWĘ KWALIFIKACJI DO PILOTAŻOWEGO PROGRAMU OUN.....	18
5. ANALIZA WYNIKÓW BADANIA PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z REHABILITACJI I OCEN DOKONYWANYCH PRZEZ CZŁONKÓW ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO PROWADZĄCEGO INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE.....	21
5.1. OCENA LEKARZA SPECJALISTY REHABILITACJI MEDYCZNEJ	21
5.2. OCENA LEKARZA SPECJALISTY NEUROLOGA.....	22
5.3. OCENA FIZJOTERAPEUTY	24
5.4. OCENA PSYCHOLOGA.....	25
5.5. OCENA NEUROPSYCHOLOGA.....	26
5.6. OCENA LOGOPEDY.....	27
5.7. OCENA TERAPEUTY ZAJĘCIOWEGO	27
5.8. PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADANIA I DOKUMENTOWANIA OCEN PRZEZ CZŁONKÓW ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO PROWADZĄCEGO INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE	28
6. ANALIZA REALIZACJI PROCEDUR TERAPEUTYCZNYCH	30
6.1. KINEZYTERAPIA:.....	30
6.2. FIZYKOTERAPIA:	30
6.3. ODDZIAŁYWANIA PSYCHOLOGICZNE	32
6.4. TERAPIA NEUROPSYCHOLOGICZNA	33
6.5. TERAPIA LOGOPEDYCZNA.....	33
6.6. TERAPIA ZAJĘCIOWA.....	33
6.7. EDUKACJA ZDROWOTNA	33
6.8. PODSUMOWANIE REALIZACJI PROCEDUR TERAPEUTYCZNYCH:	34
7. ANALIZA WYNIKÓW PROGRAMU REHABILITACJI W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ W OPARCIU O WYNIKI TESTÓW FUNKCJONALNYCH.....	35

7.1.	TEST „WSTAŃ I IDŹ” (TIMED UP AND GO - TUG)	35
7.2.	SKALA RÓWNOWAGI BERGA (BBS – BERG BALANCE SCALE).....	36
7.3.	TEST 9 KOŁKÓW (9-HOLE PEG TEST – 9-HPT).....	38
7.4.	SKALA FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO - ADDENBROOKE’A COGNITIVE EXAMINATION – REVISED - ACE-R).....	40
7.5.	PODSUMOWANIE REALIZACJI TESTÓW FUNKCJONALNYCH CELEM OCENY EFEKTÓW REHABILITACJI.....	41
8.	OGÓLNA OCENA ZMIAN STANU FUNKCJONALNEGO CHORYCH W DNIU WYPISU	42
9.	ANALIZA WYNIKÓW KWESTIONARIUSZA SUBIEKTYWNE OCENIAJĄCEGO SAMOPOCZUCIE PACJENTÓW	43
9.1.	PYTANIE 1.....	43
9.2.	PYTANIE 2.....	44
9.3.	PYTANIE 3.....	45
9.4.	PYTANIE 4.....	46
9.5.	PYTANIE 5.....	47
9.6.	PYTANIE 6.....	48
9.7.	PYTANIE 7.....	49
9.8.	PYTANIE 8.....	50
9.9.	PYTANIE 9.....	51
9.10.	PYTANIE 10.....	52
9.11.	PYTANIE 11.....	53
9.12.	PYTANIE 12.....	54
9.13.	PYTANIE 13.....	55
9.14.	PYTANIE 14.....	56
9.15.	PYTANIE 15.....	57
9.16.	PYTANIE 16.....	58
9.17.	PYTANIE 17.....	59
9.18.	PYTANIE 18.....	60
9.19.	PYTANIE 19.....	61
9.20.	PYTANIE 20.....	62
9.21.	PODSUMOWANIE ANALIZY WYNIKÓW KWESTIONARIUSZA SUBIEKTYWNE OCENIAJĄCEGO SAMOPOCZUCIE PACJENTÓW	62
10.	ANALIZA WYNIKÓW ANONIMOWEJ ANKIETY PO ZAKOŃCZENIU REHABILITACJI	64
10.1.	UWAGI DOTYCZĄCE REALIZACJI PROGRAMU REHABILITACJI OUN ZGŁASZANE W ANONIMOWYCH ANKIETACH.....	66
10.2.	PODSUMOWANIE WYNIKÓW ANONIMOWEJ ANKIETY PO ZAKOŃCZENIU REHABILITACJI	

III. ANALIZA EFEKTYWNOŚCI KOSZTOWEJ PROGRAMU	68
1. KOSZT JEDNEGO DNIA POBYTU	68
2. KOSZT OPŁATY UZDROWISKOWEJ	68
3. KOSZT PRZEJAZDU	69
4. KOSZT CAŁKOWITY PROGRAMU PILOTAŻOWEGO	70
5. ŚREDNI KOSZT JEDNEGO DNIA POBYTU	72
6. ŁĄCZNE KOSZTY PILOTAŻU	72
7. PODSUMOWANIE ANALIZY EFEKTYWNOŚCI KOSZTOWEJ PROGRAMU	74
IV. WNIOSKI:	75
1. PODSUMOWANIE ZREALIZOWANEGO PROGRAMU POD KĄTEM MERYTORYCZNYM W ODNIESIENIU DO WYTYCZNYCH I WYMAGAŃ DLA OŚRODKÓW REHABILITACYJNYCH	75
2. PODSUMOWANIE ANALIZY EFEKTÓW I SKUTECZNOŚCI PROGRAMU WODNIESIENIU DO POPRAWY FUNKCJONALNEJ SAMOOCENY UBEZPIECZONYCH, WYNIKÓW ANKIETY PO ZAKOŃCZENIU TURNUSU, ORAZ ODZYSKANIA ZDOLNOŚCI DO PRACY (POWROTU DO PRACY)	77
3. PODSUMOWANIE KONIECZNYCH DO WPROWADZENIA ZMIAN W PROGRAMIE REHABILITACJI W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS DLA OSÓB Z USZKODZENIEM OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO	78
6. PODSUMOWANIE EWALUACJI KSZTAŁTUJĄCEJ PROGRAM	80
7. PODSUMOWANIE ANALIZY EFEKTYWNOŚCI KOSZTOWEJ PROGRAMU	81

I. WSTĘP

Zespół ekspertów powołanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w marcu 2018r. opracował „Program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN)”, którego podstawowym założeniem było prowadzenie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej dostosowanej do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta obejmującej: rehabilitację chorych z deficytami ruchowymi, terapię zajęciową, terapię chorych z zaburzeniami funkcji behawioralno-poznawczych, oddziaływania o charakterze psychoedukacyjnym oraz oddziaływania edukacyjne zmierzające do poprawy świadomości zdrowotnej pacjentów i przekazanie podstawowej wiedzy na temat: przyczyn, czynników ryzyka, objawów i następstw najczęściej występujących chorób ośrodkowego układu nerwowego oraz profilaktyki i leczenia chorób ośrodkowego układu nerwowego. Założono, że z realizacji programu zostaną osiągnięte korzyści:

- w aspekcie medycznym: poprawa sprawności ruchowej oraz funkcji poznawczych, zwiększenie samodzielności w czynnościach codziennych oraz przywrócenie chorego do sprawności umożliwiającej podjęcie aktywności zawodowej dotychczas wykonywanej lub innej dostosowanej do możliwości podyktowanych stopniem nasilenia deficytu; zmniejszenie deficytu neurologicznego, powrót do pełnych możliwości funkcjonalnych, a jeśli to niemożliwe to poprawa stanu funkcjonalnego, wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych, zapobieganie wtórnym zmianom strukturalnym wynikającym z przetrwałych deficytów neurologicznych;

- w aspekcie społecznym: aktywizacja zawodowa oraz zapobieganie skutkom niepełnosprawności i niesamodzielności doprowadzającym do izolacji społecznej i obniżenia jakości życia;

- w aspekcie ekonomicznym: zmniejszenie wydatków na skutki powstałej niepełnosprawności/niesamodzielności, poprzez: skrócenie okresu pobierania świadczeń rentowych lub innych związanych z absencją chorobową związaną z chorobami OUN, obniżenie kosztów pośrednich tych schorzeń obejmujące m.in. wydłużenie czasu świadczenia pracy dostosowanej do możliwości pacjenta wynikających ze stopnia nasilenia choroby, zapobieganie dezaktywizacji zawodowej.

Podczas opracowywania projektu programu w 2018 r. założono ocenę zaproponowanego programu w badaniu o charakterze pilotażu – zwłaszcza pod kątem analizy efektywności kosztowej.

Sugerowano zaangażowanie 3-4 ośrodków prowadzących pilotażowy program rehabilitacyjny w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN w trybie stacjonarnym oraz 2 ośrodków w trybie ambulatoryjnym. Pilotaż powinien trwać 18 miesięcy z etapową ewaluacją wyników działania programu po 6-ciu i 12-tu miesiącach.

Po opracowaniu przez powołany zespół specjalistów „Programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN”, lekarze w Departamencie Profilaktyki i Rehabilitacji ZUS przygotowali na jego podstawie wymagania do realizacji programu przez ośrodki rehabilitacyjne w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Aby ocenić wstępne założenia i efektywność opracowanego „Programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN” przeprowadzono postępowania konkursowe w maju i sierpniu 2019 r. W wyniku tych postępowań konkursowych wybrano dwa ośrodki rehabilitacyjne, które spełniały wszystkie wymagania ZUS, do realizacji programu w trybie stacjonarnym. Nie wpłynęła ani jedna oferta do realizacji programu w trybie ambulatoryjnym. Od lipca 2019 r. do kwietnia 2021 r. w 2 stacjonarnych ośrodkach rehabilitacyjnych („Uzdrowisko Konstancin-Zdrój S.A.” w Konstancinie-Jeziornie, „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. w Inowrocławiu) zakontraktowano przeprowadzenie pilotażu programu rehabilitacji leczniczej dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Łącznie w obu ośrodkach zakontraktowano 42 turnusów rehabilitacyjnych – w każdym ośrodku po 21. Każdy turnus trwający 24 dni.

Z powodu ogłoszenia w dn. 11.03.2020r. przez Światową Organizację Zdrowia stanu pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 i obostrzeń sanitarnych z nią związanych, nie zrealizowano wszystkich zakontraktowanych turnusów. W Konstancinie-Jeziornej zrealizowano 12 (57,1%) turnusów, począwszy od 25.11.2019r. do 04.09.2020r. (11 miesięcy). W Inowrocławiu zrealizowano 8 (38,1%) turnusów, począwszy od 07.10.2019r. do 10.04.2021r. (19 miesięcy). Łącznie w obu ośrodkach zrealizowano 20 (47,6%) turnusów z 42 zaplanowanych.

Należy podkreślić, że pomimo trudnych warunków realizacji świadczeń związanych z ogłoszonymi w czasie pandemii COVID-19 ograniczeniami dotyczącymi m.in. konieczności zachowania dystansu społecznego, obowiązku noszenia maseczek, obowiązku testowania w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego, ograniczeniami dotyczącymi przemieszczania się środkami publicznego transportu zbiorowego, program pilotażowy został zrealizowany w zakresie niezbędnego minimum pozwalającego na jego analizę i ewaluację.

II. ANALIZA DANYCH Z „INFORMACJI O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS DLA OSÓB Z USZKODZENIEM OUN” – PROGRAM PILOTAŻOWY

1. METODA ANALIZY

Analizie poddano zbiór danych zawartych w dokumentacji medycznej (Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS/karta informacyjna) dostępnej w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych – w formie papierowej (nadesłanej po zakończeniu rehabilitacji z ośrodków rehabilitacyjnych realizujących program pilotażowy do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS) oraz elektronicznej, dostępnej w formie skanów w aplikacji WO (karty informacyjne z 2019 r. zostały zarchiwizowane, wykorzystano więc skany znajdujące się w WO).

Szczegółowe dane z wyżej wymienionej dokumentacji medycznej wszystkich osób, które odbyły rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN spseudonimizowano, wprowadzono i zebrano w bazę danych w arkuszu Excel.

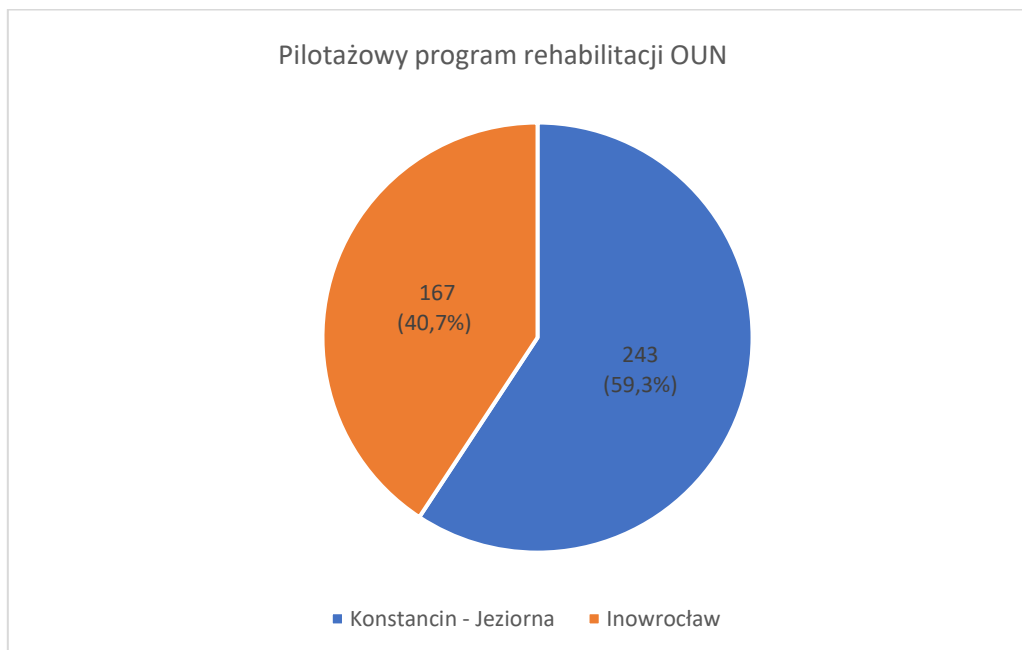
Przeprowadzono analizę, podsumowanie i ewaluację pilotażowego programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN, podając dla zmiennych kategoriycznych liczbę pacjentów z wyróżnioną cechą oraz procent. W przypadku stwierdzenia różnic w wartościach poszczególnych zmiennych kategoriycznych porównania grup przeprowadzono przy zastosowaniu testu χ^2 . Wyniki analiz uznawano za istotne statystycznie gdy $p < 0,05$.

Badanie stanowiące analizę dostarczonej przez ZUS bazy danych zostało zgłoszone do wiadomości Komisji Bioetycznej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

2. DANE DOTYCZĄCE TURNUSÓW REHABILITACYJNYCH

W zakresie umowy nr 0340-OUN-2019-2020 w „Uzdrowisku Konstancin-Zdrój S.A.” w Konstancinie- Jeziornie, w ramach 12 turnusów 243 osoby ukończyły rehabilitację, zaś średnia liczba osób na turnusie wynosiła 20,3. W zakresie umowy nr 0344-OUN-2019-2021 w Uzdrowisku „Solanki” Sp. z o.o. w Inowrocławiu, w ramach 8 turnusów 167 osób ukończyło rehabilitację, a średnia liczba osób na turnusie wynosiła 20,9.

Z pilotażowego programu skorzystało więc łącznie 410 osób: 243 osoby w Konstancinie- Jeziornej (59,3%) i 167 osób w Inowrocławiu (40,7%).



Każdy turnus rehabilitacyjny trwał z założenia 24 dni.

Analizując liczbę dni pobytu na turnusie rehabilitacyjnym stwierdzono, że:

- 374 osoby (91,2%) – ukończyły cały turnus tj. pobyt o długości 24 dni,
- 34 osoby (8,3%) – miały skrócony pobyt, ale tylko w przypadku 10 osób (2,5%) zajęcia rehabilitacyjne trwały poniżej 20 dni,
- 2 osobom (0,5%) przedłużono rehabilitację (maksymalny czas pobytu to 37 dni).

Liczba dni pobytu na turnusie rehabilitacyjnym	Liczba osób	% osób
< 11 dni	6	1,5
11 - 19 dni	4	1,0
20 - 23 dni	24	5,9
24 dni (cały turnus)	374	91,2
> 24 dni	2	0,5

W poszczególnych latach trwania pilotażowego programu, rehabilitację ukończyło:

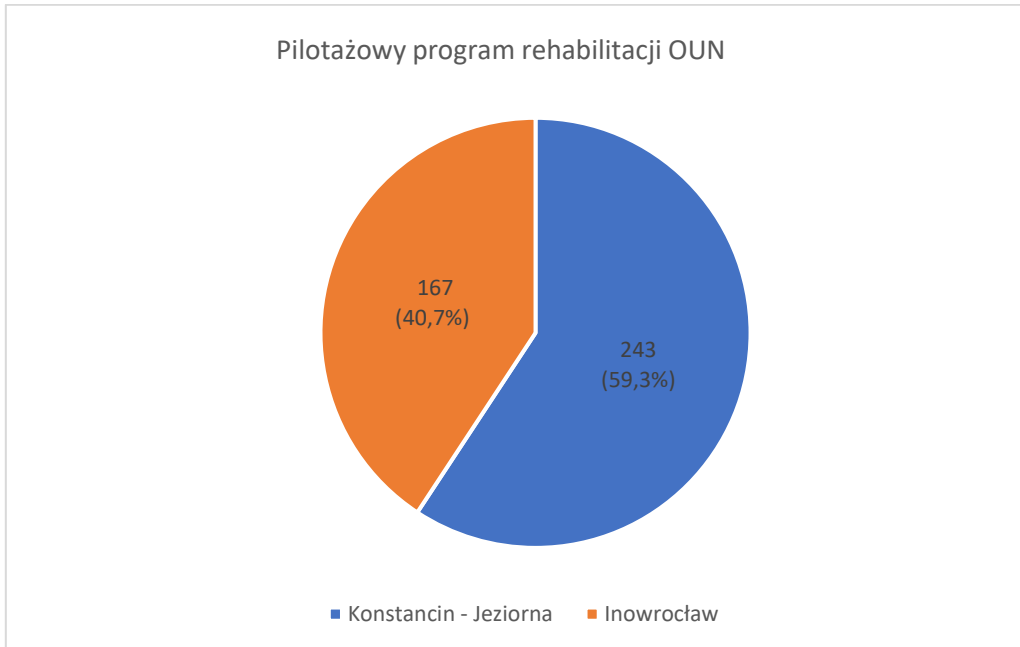
- w 2019 r. – 157 osób,
- w 2020 r. – 239 osób,
- w 2021 r. – 14 osób – wszystkie w Inowrocławiu.

2.1. PODSUMOWANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH TURNUSÓW REHABILITACYJNYCH

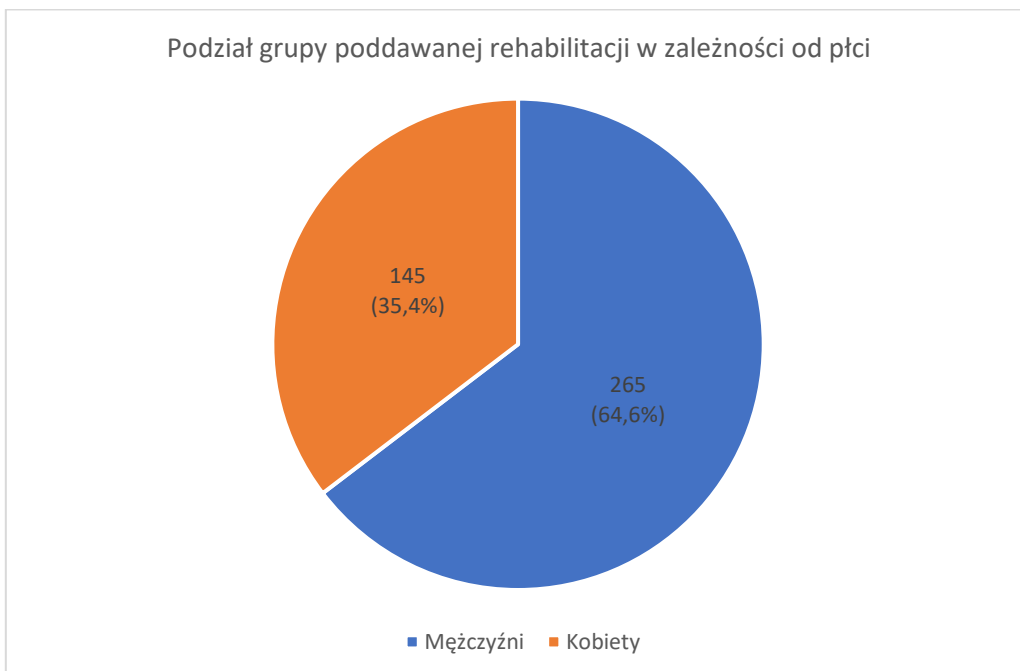
6 osób przebywało w ośrodku poniżej 11 dni – brak jest informacji o przyczynach istotnego skrócenia pobytu. Tylko 2 osoby miały przedłużenie turnusu rehabilitacyjnego. Osoby rokujące poprawę po dłuższym okresie rehabilitacji powinny mieć przedłużone turnusy. Ze względu na obserwowaną poprawę stanu funkcjonalnego przez lekarzy prowadzących należy wnioskować, że większa liczba osób mogła kwalifikować się do przedłużenia turnusów rehabilitacyjnych.

3. CHARAKTERYSTYKA GRUPY KORZYSTAJĄCEJ Z REHABILITACJI

Z pilotażowego programu skorzystało łącznie 410 osób: 243 osoby w Konstancinie-Jeziornej (59,3%), 167 osób w Inowrocławiu (40,7%).



Wśród osób poddawanych rehabilitacji: 265 osób (64,6%) stanowili mężczyźni, a 145 osób (35,4%) stanowiły kobiety.

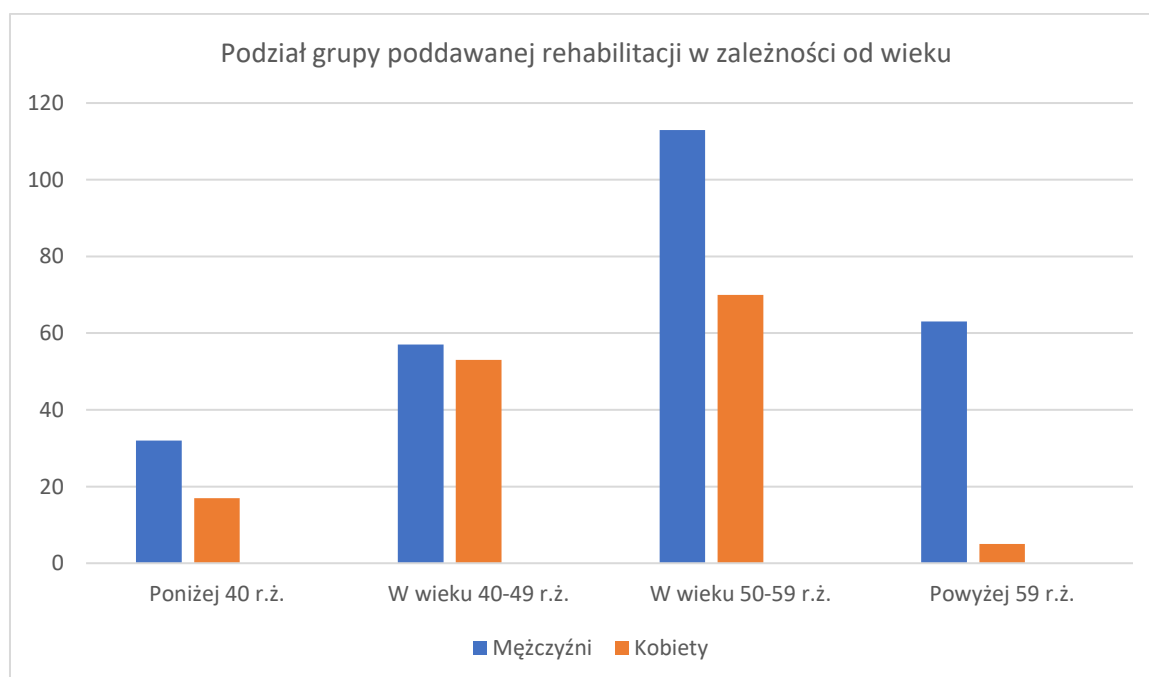


Analizując wiek osób, które korzystały z pilotażowego programu rehabilitacji OUN:

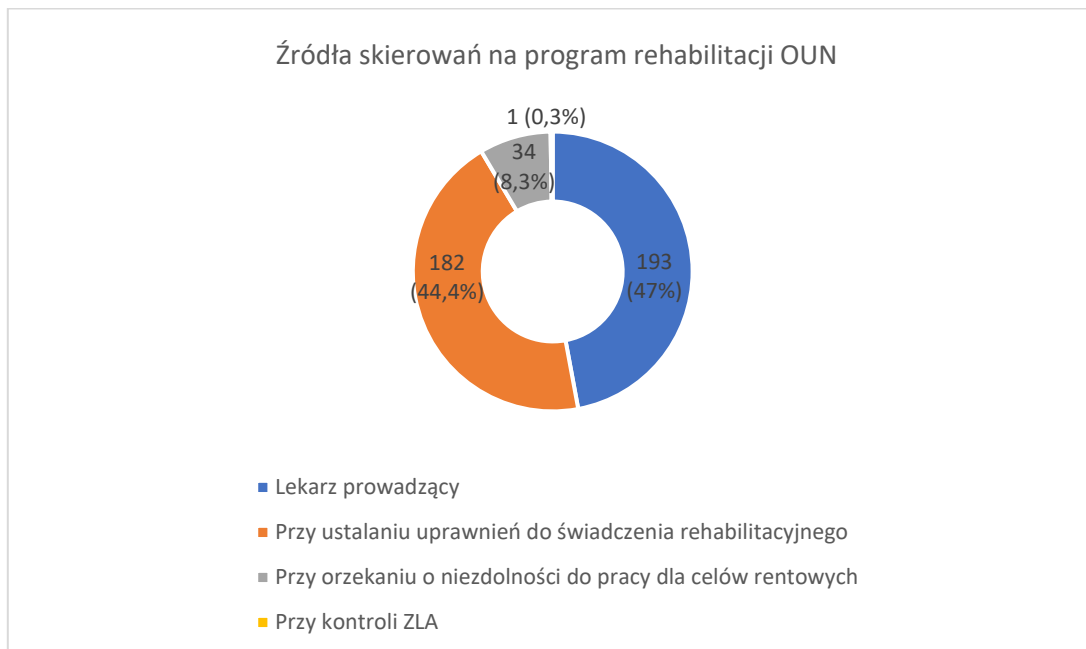
- osoby poniżej 40 r.ż. – 49 osób (11,95%): 32 mężczyzn (12,1%) i 17 kobiet (11,7%),
- osoby w wieku 40-49 r.ż. - 110 osób (26,8%): 57 mężczyzn (21,5%) i 53 kobiety (36,6%),
- osoby w wieku 50-59 r.ż. - 183 osoby (44,6%): 113 mężczyzn (42,6%) i 70 kobiet (48,3%),
- osoby powyżej 59 r.ż. - 68 osób (16,6%): 63 mężczyzn (23,8%) i 5 kobiet (3,4%).

Zdecydowana większość kobiet, bo aż 123 (84,8%) była w wieku 40-59 r.ż., wśród mężczyzn również ta grupa wiekowa stanowiła większość 170 (64,1%), jednak mężczyźni młodszy i starsi również nie stanowili rzadkości.

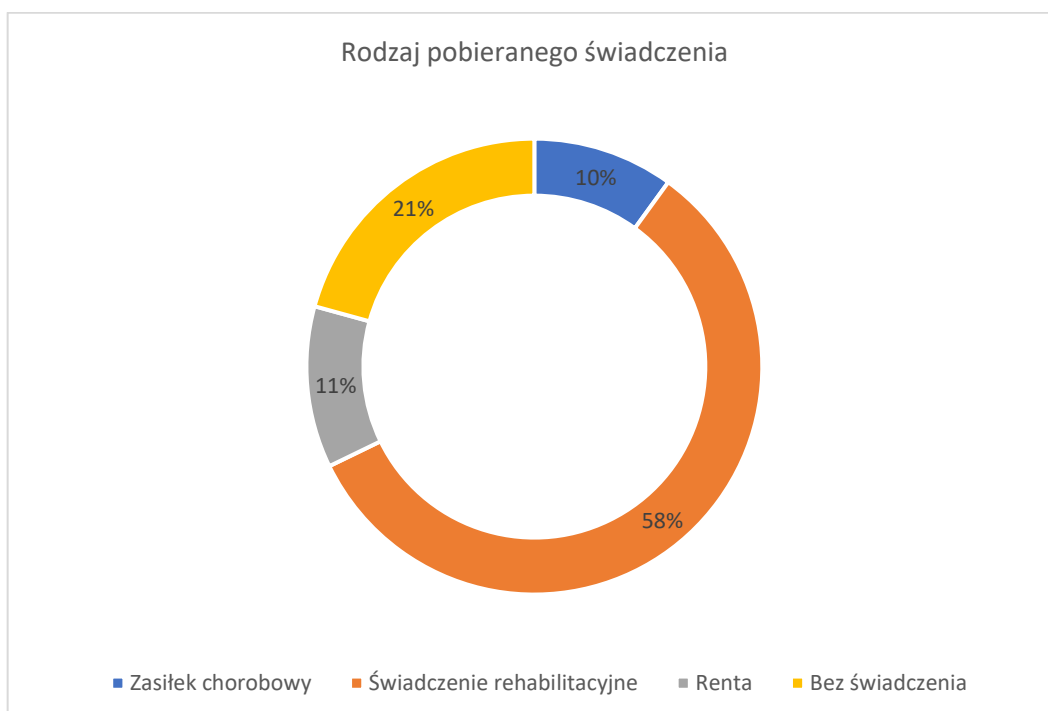
Celem prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest poprawa stanu funkcjonalnego w stopniu umożliwiającym podjęcie pracy, stąd wątpliwości budzi zasadność skierowania na rehabilitację w ramach prewencji rentowej osób wchodzących w wiek emerytalny 10 osób (2,4%), tj. kobiet w wieku powyżej 59 r.ż. (5 osób) i mężczyzn w wieku powyżej 65r.ż. (5 osób).



Pacjenci korzystali z pilotażowego programu rehabilitacji OUN po skierowaniu przez: lekarza prowadzącego - 193 osoby (47%), przy ustalaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego – 182 osoby (44,4%), przy orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych – 34 osoby (8,3%) oraz przy kontroli ZLA – 1 osoba (0,3%).



Pacjenci korzystali z pilotażowego programu rehabilitacji OUN w większości pobierając świadczenia ubezpieczenia społecznego – 325 osób (79,3%): zasiłek chorobowy – 41 osób (10%), świadczenia rehabilitacyjne – 237 osób (57,8%) lub rentę – 47 osób (11,5%). 85 osób (20,7%) nie pobierało żadnego świadczenia.



Grupa, korzystająca z pilotażowego programu rehabilitacji OUN różniła się pod względem wykształcenia: najmniej liczna grupa posiadała wykształcenie podstawowe – 37 osób (9%), następna pod względem liczebności była grupa osób z wykształceniem wyższym – 93 osoby (22,7%), oraz niemal równo liczne grupy osób z wykształceniem zawodowym – 139 osób (33,9%) i wykształceniem średnim - 141 osób (34,4%).

4. ANALIZA JEDNOSTEK CHOROBYCH STANOWIĄCYCH PODSTAWĘ KWALIFIKACJI DO PILOTAŻOWEGO PROGRAMU OUN

Rozpoznanie jednostek chorobowych, według klasyfikacji ICD-10, ustalone przez lekarzy orzeczników (LO) stanowiących podstawę skierowania na rehabilitację dla osób z uszkodzeniem OUN (rehabilitacja OUN), które spełniały kryteria kwalifikacji do pilotażowego programu rehabilitacji OUN – łącznie 375 osób (91,5%).

W tej grupie 345 osób (84,2%) zostało skierowanych z dokładnym rozpoznaniem ujętym w wykazie jednostek chorobowych kwalifikujących do tej formy rehabilitacji:

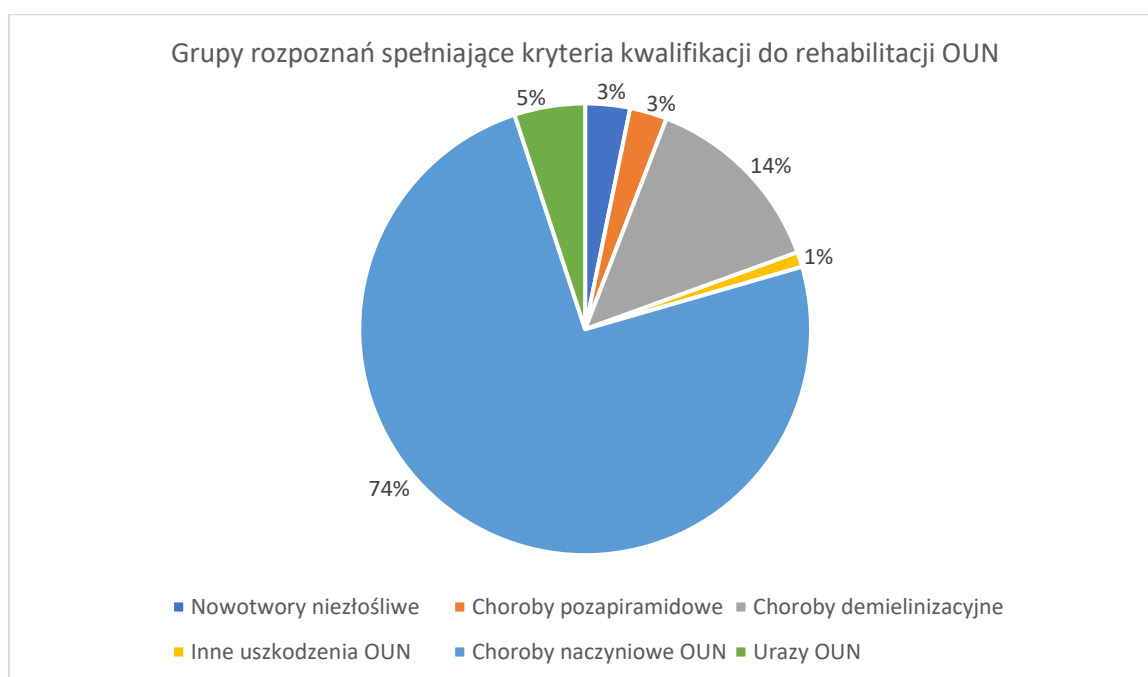
- D32 – nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych – 6 osób,
- D33 – nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części OUN – 4 osoby,
- G20 – choroba Parkinsona – 10 osób,
- G35 – stwardnienie rozsiane – 45 osób,
- G37 – inne choroby demielinizacyjne OUN – 2 osoby,
- G46 – zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych – 2 osoby,
- G93 - inne uszkodzenia mózgu – 4 osoby,
- I60 – krwotok podpajęczynówkowy – 5 osób,
- I61 – krwotok śródczaszkowy – 12 osób,
- I63 – zawał mózgu – 50 osób,
- I69 – następstwa chorób naczyniowych mózgu – 190 osób,
- T90 – następstwa urazów głowy - 15 osób.

Dodatkowe 10 osób (2,4%) zostało skierowanych z rozpoznaniem pokrewnym, które także należy uznać za spełniające kryteria kwalifikacji:

- G36 - inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu – 2 osoby,
- I62 - inne krwotoki śródczaszkowe nieurazowe – 3 osoby,
- I64 - udar mózgu nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy – 1 osoba,
- I67 - inne patologie naczyniowe mózgu – 2 osoby,
- S06 – uraz śródczaszkowy – 2 osoby.

Dodatkowe 20 osób (4,9%) zostało skierowanych z rozpoznaniem jednostek chorobowych, według klasyfikacji ICD-10, ustalonych przez LO, które nie spełniały kryterium kwalifikacji do pilotażowego programu rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN, lecz analiza kart informacyjnych wykazała, że zostały nieprawidłowo zakodowane, a w rzeczywistości spełniały kryteria kwalifikacji do tego programu:

- G81 – porażenie połowicze – 15 osób -> powinno być: I69 – 13 osób, G37 – 1 osoba, T90 – 1 osoba,
- G82 – porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe – 1 osoba -> powinno być: T90,
- G83 – inne zespoły porażenne – 1 osoba -> powinno być: D33,
- G95 – inne choroby rdzenia kręgowego – 1 osoba -> powinno być: D33,
- I72 - tętniak i rozwarstwienie aorty – 1 osoba -> powinno być: G46,
- M10 – dna moczanowa – 1 osoba -> powinno być: G37.



Najliczniejszą grupę osób kierowanych przez lekarzy orzeczników na pilotażowy program rehabilitacji OUN stanowiły osoby z chorobami naczyniowymi OUN – 279 osób (74,4% właściwie zakwalifikowanych) oraz osoby z chorobami demielinizacyjnymi – 51 osób (13,6% właściwie zakwalifikowanych).

Rozpoznanie jednostek chorobowych spełniających kryteria kwalifikacji do pilotażowego programu rehabilitacji OUN			
Grupa chorób	Rozpoznanie ustalone przez LO	ICD-10	Liczba osób
Nowotwory niezłośliwe opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu i innych części OUN	nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych	D32	6
	nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części OUN	D33	4 + 2
Choroby pozapiramidowe	choroba Parkinsona	G20	10
Choroby demielinizacyjne	stwardnienie rozsiane	G35	45
	inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu	G36	2
	inne choroby demielinizacyjne OUN	G37	2 + 2
Inne uszkodzenia OUN	inne uszkodzenia mózgu	G93	4
Choroby naczyniowe OUN	zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych	G46	2 + 1
	krwotok podpajęczynówkowy	I60	5
	krwotok śródczaszkowy	I61	12
	inne krwotoki śródczaszkowe nieurazowe	I62	3
	zawał mózgu	I63	50
	udar mózgu nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy	I64	1
	inne patologie naczyniowe mózgu	I67	2
	następstwa chorób naczyniowych mózgu	I69	190 + 13
Urazy OUN i ich następstwa	uraz śródczaszkowy	S06	2
	następstwa urazów głowy	T90	15 + 2

Rozpoznanie jednostek chorobowych, według klasyfikacji ICD-10, ustalone przez lekarzy orzeczników (LO) stanowiących podstawę skierowania na rehabilitację dla osób z uszkodzeniem OUN (rehabilitacja OUN), a które nie spełniały kryteriów kwalifikacji do pilotażowego programu rehabilitacji OUN – łącznie 35 osób (8,5%):

- G02 – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu innych chorób zakaźnych i pasożytniczych – 1 osoba,
- G03 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez inne i nieokreślone czynniki – 2 osoby,
- G06 - ropień i ziarniniak śródczaszkowy – 1 osoba,

- G09 - następstwa zapalnych chorób OUN - 2 osoby,
- G12 - rdzeniowy zanik mięśni - 1 osoba,
- G45 - przemijające napady niedokrwienia mózgu i zespoły pokrewne – 2 osoby,
- G61 i G63 – polineuropatie – 5 osób,
- G80 - mózgowo porażenie dziecięce – 4 osoby,
- G81 – porażenie połowicze - 2 osoby (powinno być: G04 - zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w 1 przypadku, G05 - Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej w 1 przypadku),
- G82 - porażenie kończyn dolnych i cztero kończynowe - 3 osoby (powinno być G80 – mózgowo porażenie dziecięce w 1 przypadku, G05 - Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej w 1 przypadku, G95 – inne choroby rdzenia w 1 przypadku),
- G96 - inne zaburzenia OUN – 1 osoba,
- G98 - inne zaburzenia OUN niesklasyfikowane gdzie indziej – 1 osoba,
- I70 - miażdżyca – 1 osoba,
- M50 - choroby krążków międzykręgowych - 1 osoba,
- M51 - inne choroby krążka międzykręgowego - 4 osoby,
- Q07 - inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego – 2 osoby,
- T91 - następstwa urazów szyi i tułowia – 1 osoba,
- T93 - następstwa urazów kończyny dolnej – 1 osoba.

4.1. PODSUMOWANIE ANALIZY JEDNOSTEK CHOROBYCH STANOWIĄCYCH PODSTAWĘ KWALIFIKACJI DO PILOTAŻOWEGO PROGRAMU OUN

35 (8,54%) chorych zostało skierowanych niezgodnie z założeniami programu.

Po dokładnej analizie wszystkich rozpoznań pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN stwierdzono, że zasadne jest rozszerzenie listy rozpoznań ICD-10 stanowiących podstawę skierowania na rehabilitację osób z uszkodzeniem OUN przed ostatecznym wdrożeniem programu do realizacji. W szczególności należy uwzględnić w niej:

- rozpoznania pokrewne do tych już znajdujących się na liście, tj.

- G36 - inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu,
- I62 - inne krwotoki śródczaszkowe nieurazowe,
- I64 - udar mózgu nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy,
- I67 - inne patologie naczyniowe mózgu,
- S06 – uraz śródczaszkowy;

- uwzględnić grupę rozpoznań związanych z zapaleniem OUN, tj.

- G02 – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu innych chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- G03 – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez inne i nieokreślone czynniki,
- G04 – zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
- G05 - zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej,
- G06 – ropień i ziarniak śródczaszkowy i w kanale kręgowym,
- G09 – następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego;

- inne choroby OUN:

- G95 – inne choroby rdzenia.

Należy zwrócić uwagę lekarzom orzecznikom na właściwe nadawanie kodów ICD-10 dla poszczególnych jednostek chorobowych. Szczególny problem stanowią rozpoznania objawowe opisujące zespoły porażenne tj. G81, G82, G83. Wymienione rozpoznania ICD-10 odnoszą się do dominujących objawów chorobowych, a nie do ich przyczyny. Powinny być stosowane w przypadku, gdy pierwotna przyczyna wystąpienia objawów chorobowych nie została precyzyjnie określona. W przypadku osób kierowanych celem rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS przyczyna uszkodzenia OUN musi być znana i precyzyjnie określona. Tylko znajomość jednostki chorobowej pozwala określić czy pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po odbyciu rehabilitacji.

Warto nadmienić, że błędy w tym zakresie prawdopodobnie są generowane przez odrębności kodowania rozpoznań w grupach rozliczeniowych rehabilitacji leczniczej z ubezpieczenia zdrowotnego prowadzonej w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), które zamieszczone są na kartach informacyjnych z pobytów w ośrodkach

rehabilitacyjnych. W grupach rozliczeniowych NFZ rozpoznania objawowe (G81, G82, G83) stanowią zazwyczaj pierwsze i główne rozpoznanie, po którym zawsze następuje rozpoznanie wskazujące na jednostkę chorobową odpowiedzialną za występujące u pacjenta objawy.

W przypadku 37 (9,02%) skierowanych osób, rodzaj i nasilenie objawów uszkodzenia układu nerwowego nie kwalifikowało się na turnus rehabilitacyjny. Osoby te nie miały zespołu neurologicznego, lub miały jedynie zespół odruchowy, lub śladowe objawy uszkodzenia OUN, które nie wymagały kompleksowej rehabilitacji i pobytu na turnusie rehabilitacyjnym dla osób z uszkodzeniem OUN. Jedna z tych osób przebywała na turnusie tylko 2 dni.

5. ANALIZA WYNIKÓW BADANIA PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z REHABILITACJI I OCEN DOKONYWANYCH PRZEZ CZŁONKÓW ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO PROWADZĄCEGO INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE

5.1. OCENA LEKARZA SPECJALISTY REHABILITACJI MEDYCZNEJ

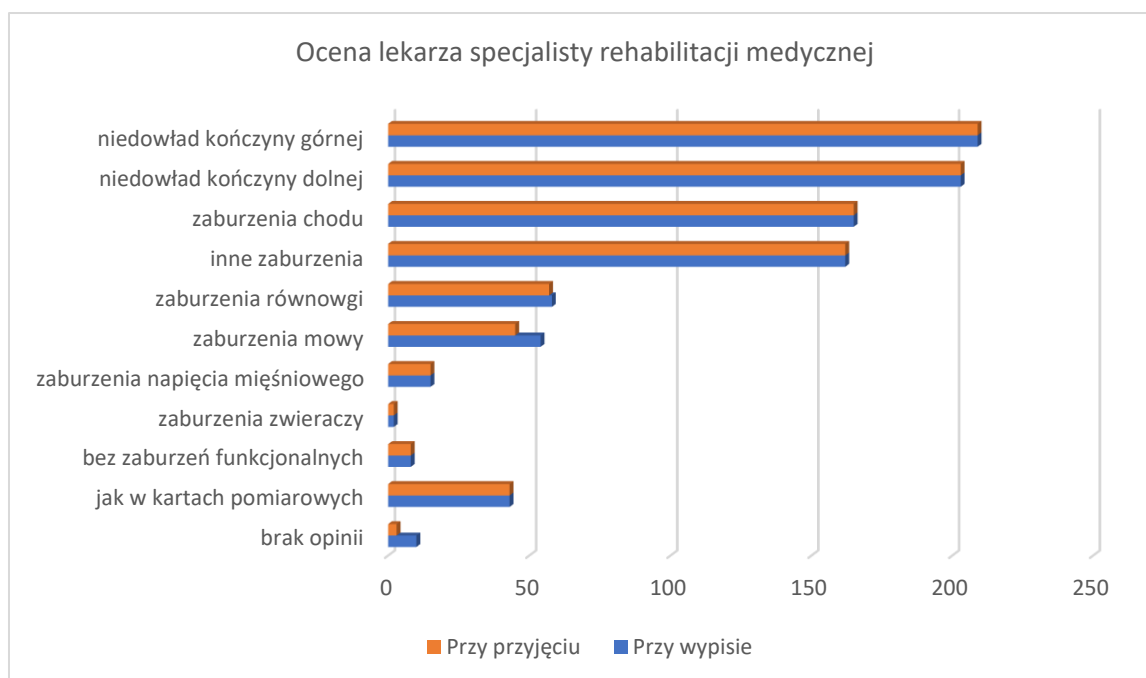
Najczęściej stwierdzanymi objawami uszkodzenia OUN były:

- niedowład kończyny górnej - 209 osób,
- niedowład kończyny dolnej – 203 osoby,
- zaburzenia chodu – 165 osoby,
- inne zaburzenia – zaburzenia funkcjonalne nie związane z uszkodzeniem OUN, tj. dysfunkcje narządu ruchu wynikające z chorób towarzyszących – 162 osoby,
- zaburzenia równowagi – 58 osób przy przyjęciu i 57 przy wypisie,
- zaburzenia mowy – 54 osób przy przyjęciu i 45 osób przy wypisie,
- zaburzenia napięcia mięśniowego – 15 osób,
- zaburzenia zwieraczy – 2 osoby.

W przypadku 43 osób zanotowano w kartach informacyjnych „jak w kartach pomiarowych”, lecz nie były one dołączone do kart informacyjnych, co uniemożliwiło interpretację wyniku. Dodatkowo w 7 przypadkach brak jest opinii lekarza specjalisty rehabilitacji w kartach informacyjnych przy przyjęciu (wszystkie z Konstancina) oraz w 3 przypadkach brak jest opinii lekarza specjalisty rehabilitacji w kartach informacyjnych zarówno przy przyjęciu jak i przy wypisie (2 z Inowrocławia, 1 z Konstancina) – 1 z tych osób przebywała w ośrodku jedynie 2 dni i nie korzystała z interwencji rehabilitacyjnych.

W 8 przypadkach nie stwierdzono zaburzeń stanu funkcjonalnego.

Część opinii przy przyjęciu i przy wypisie była całkowicie tożsama – co podważa nieco ich pełną wiarygodność.

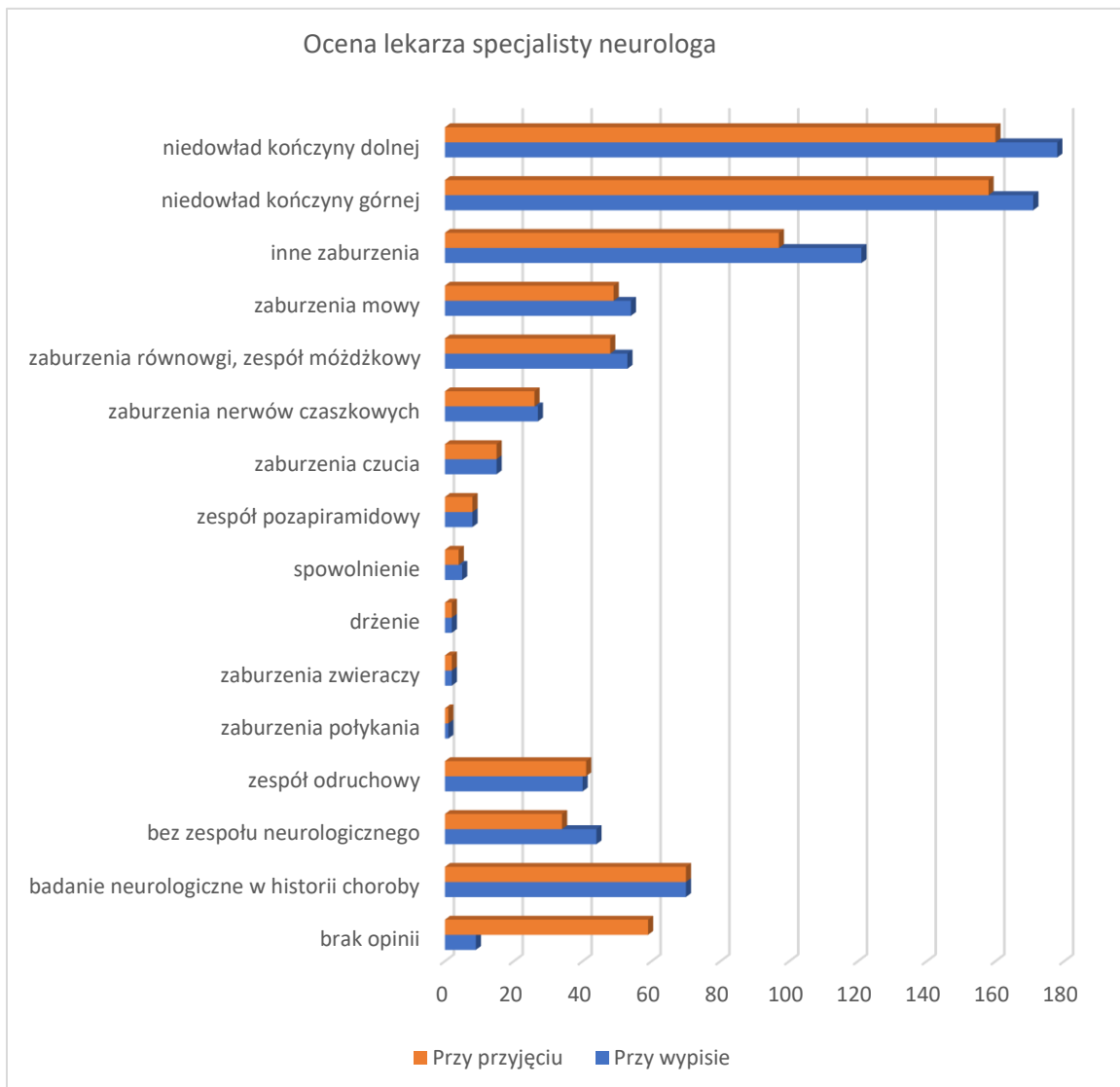


5.2. OCENA LEKARZA SPECJALISTY NEUROLOGA

Najczęściej stwierdzanymi objawami uszkodzenia OUN były:

- niedowład kończyny dolnej - 160 osób przy przyjęciu i 178 osób przy wypisie,
- niedowład kończyny górnej – 158 osób przy przyjęciu i 171 osób przy wypisie,
- inne zaburzenia – zaburzenia funkcjonalne nie związane z uszkodzeniem OUN, tj. dysfunkcje narządu ruchu wynikające z chorób towarzyszących – 97 osób przy przyjęciu i 121 osób przy wypisie,
- zaburzenia mowy – 49 osób przy przyjęciu i 53 osób przy wypisie,
- zaburzenia równowagi, zespół mózdkowy – 48 osób przy przyjęciu i 53 przy wypisie,
- zaburzenia nerwów czaszkowych – 26 osób przy przyjęciu i 27 przy wypisie,
- zaburzenia czucia – 15 osób przy przyjęciu i 15 przy wypisie,
- zespół pozapiramidowy – 8 osób przy przyjęciu i 8 przy wypisie,
- spowolnienie – 4 osoby przy przyjęciu i 5 przy wypisie,
- drżenie – 2 osoby przy przyjęciu i 2 przy wypisie,
- zaburzenia zwieraczy – 2 osoby przy przyjęciu i 2 przy wypisie,
- zaburzenia połykania – 1 osob1 przy przyjęciu i 1 przy wypisie,
- zespół odruchowy – 41 osób przy przyjęciu i 40 przy wypisie,
- bez zespołu neurologicznego – 34 osoby przy przyjęciu i 44 przy wypisie,

- badanie neurologiczne w historii choroby – 70 osób przy przyjęciu i 70 przy wypisie,
- brak opinii - 59 osób przy przyjęciu i 9 przy wypisie.



Zwraca uwagę brak opinii neurologa przy przyjęciu aż w 59 przypadkach kart informacyjnych (56 z Konstancina i 3 z Inowrocławia) i 9 przy wypisie – stąd wynika wyższa liczba poszczególnych odchyleń stwierdzanych w badaniu neurologicznym przy wypisie.

W 70 przypadkach zamieszczono informację, że badanie neurologiczne znajduje się w historii choroby, co uniemożliwia pełną ocenę stanu neurologicznego (wszystkie przypadki z Konstancina).

U 34 osób przy przyjęciu i 44 osób przy wypisie nie stwierdzono zespołu neurologicznego, tj. nie stwierdzono objawów uszkodzenia OUN, w związku z powyższym

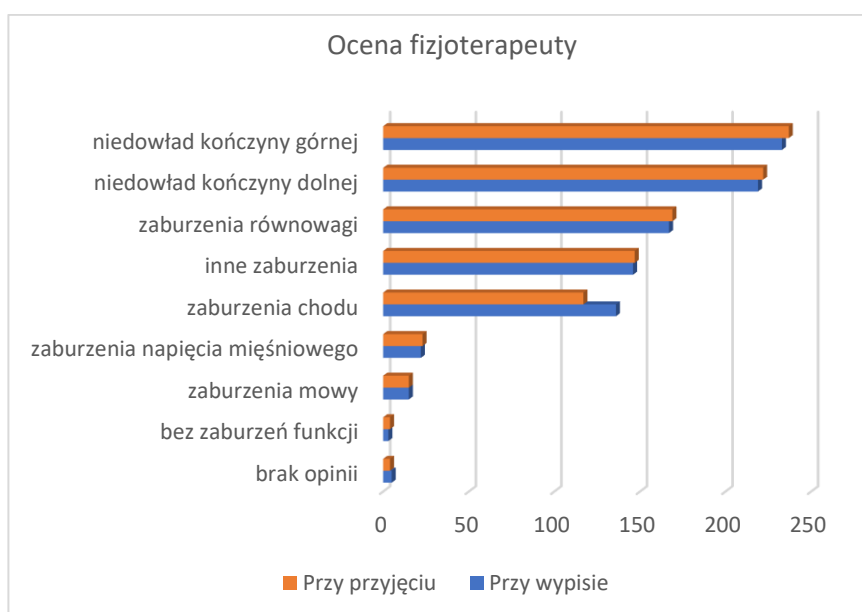
osoby takie nie powinny zostać zakwalifikowane do programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS osób z uszkodzeniem OUN.

Część opinii przy przyjęciu i przy wypisie była całkowicie tożsama – co podważa nieco ich pełną wiarygodność, a kolejna grupa opinii nie zawierała miarodajnej oceny stanu neurologicznego, mogła pasować do wielu pacjentów.

5.3. OCENA FIZJOTERAPEUTY

Najczęściej stwierdzanymi objawami uszkodzenia OUN stwierdzanymi przez fizjoterapeutę były:

- niedowład kończyny górnej - 237 osób przy przyjęciu i 233 osób przy wypisie,
- niedowład kończyny dolnej – 222 osób przy przyjęciu i 219 osób przy wypisie,
- zaburzenia równowagi – 169 osób przy przyjęciu i 167 przy wypisie,
- inne zaburzenia – zaburzenia funkcjonalne nie związane z uszkodzeniem OUN, tj. dysfunkcje narządu ruchu wynikające z chorób towarzyszących – 147 osób przy przyjęciu i 146 osób przy wypisie,
- zaburzenia chodu – 117 osób przy przyjęciu i 136 przy wypisie,
- zaburzenia napięcia mięśniowego – 23 osób przy przyjęciu i 22 osób przy wypisie,
- zaburzenia mowy – 15 osób przy przyjęciu i 16 przy wypisie,
- bez zaburzeń funkcji – 4 osoby przy przyjęciu i 3 przy wypisie,
- brak opinii - 4 osób przy przyjęciu i 5 przy wypisie (dotyczy kart informacyjnych z Konstancina).

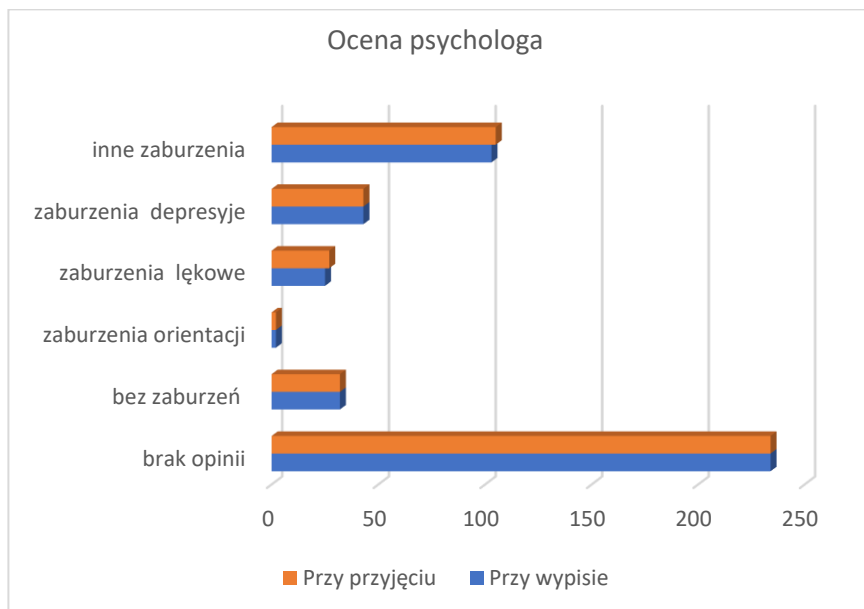


Zwraca uwagę większa częstość stwierdzanych zaburzeń chodu przy wypisie – wynikająca nie z pogorszenia stanu funkcjonalnego, ale ze sposobu dokumentowania – wymaga to poprawy w konstruowanym programie rehabilitacji.

5.4. OCENA PSYCHOLOGA

Najczęściej stwierdzanymi objawami uszkodzenia OUN stwierdzanymi przez psychologa były:

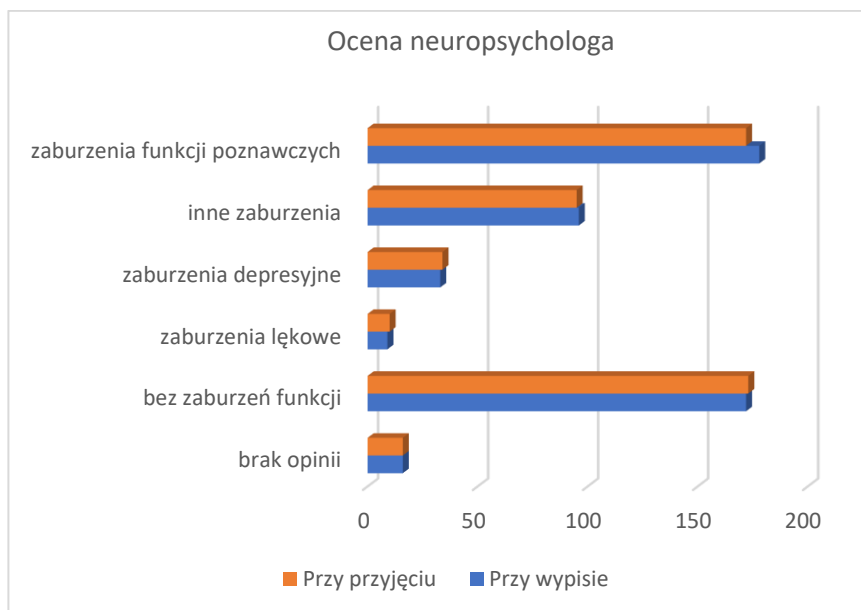
- inne objawy adaptacyjne związane z niepełnosprawnością wskutek uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, tj.: obawa o przyszłość, o zdrowie, o pracę, o utrzymanie rodziny - 105 osób przy przyjęciu i 103 osoby przy wypisie,
- zaburzenia depresyjne – 43 osoby przy przyjęciu i przy wypisie,
- zaburzenia lękowe – 27 osób przy przyjęciu i 25 osób przy wypisie,
- zaburzenia orientacji – 2 osoby przy przyjęciu i przy wypisie,
- bez zaburzeń – 32 osoby przy przyjęciu i przy wypisie,
- brak opinii - 234 osoby przy przyjęciu i przy wypisie (233 dotyczy kart informacyjnych z Konstancina i 1 z Inowrocławia).



5.5. OCENA NEUROPSYCHOLOGA

Najczęściej stwierdzanymi objawami uszkodzenia OUN stwierdzanymi przez neuropsychologa były:

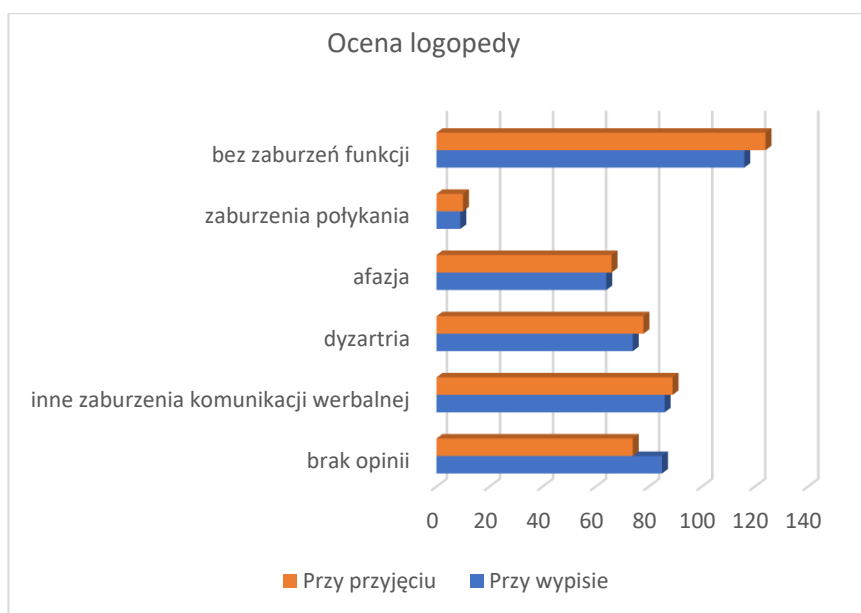
- zaburzenia funkcji poznawczych – 172 osoby przy przyjęciu i 178 osób przy wypisie – większa liczba przy wypisie wynikała z uzupełnienia diagnozy w czasie turnusu rehabilitacyjnego, a nie z pogorszenia stanu funkcjonowania poznawczego,
- inne objawy psychopatologiczne, tj.: problemy z koncentracją, subiektywne pogorszenie pamięci, obawa o przyszłość, o zdrowie, o pracę, o utrzymanie rodziny - 95 osób przy przyjęciu i 96 osób przy wypisie,
- zaburzenia depresyjne – 34 osoby przy przyjęciu i 33 przy wypisie,
- zaburzenia lękowe – 10 osób przy przyjęciu i 9 osób przy wypisie,
- bez zaburzeń – 173 osoby przy przyjęciu i 172 osoby przy wypisie,
- brak opinii - 16 osób przy przyjęciu i przy wypisie (15 dotyczy kart informacyjnych z Konstancina i 1 z Inowrocławia).



5.6. OCENA LOGOPEDY

Najczęściej stwierdzanymi objawami uszkodzenia OUN stwierdzanymi przez logopedę były:

- inne zaburzenia komunikacji werbalnej, które nie spełniały kryteriów rozpoznania afazji ani dyzartrii - 89 osób przy przyjęciu i 86 osób przy wypisie,
- dyzartria - 54 osób przy przyjęciu i 50 osób przy wypisie, dodatkowo u 24 osób przy przyjęciu i przy wypisie rozpoznano ustępującą dyzartrię,
- afazja - 52 osób przy przyjęciu i 50 osób przy wypisie, dodatkowo u 14 osób przy przyjęciu i przy wypisie rozpoznano ustępującą afazję,
- zaburzenia połykania – 10 osób przy przyjęciu i 9 przy wypisie,
- bez zaburzeń funkcji – 124 osoby przy przyjęciu i 116 przy wypisie,
- brak opinii - 74 osoby przy przyjęciu i 85 osób przy wypisie (dotyczy 53 kart informacyjnych z Inowrocławia i 32 z Konstancina).

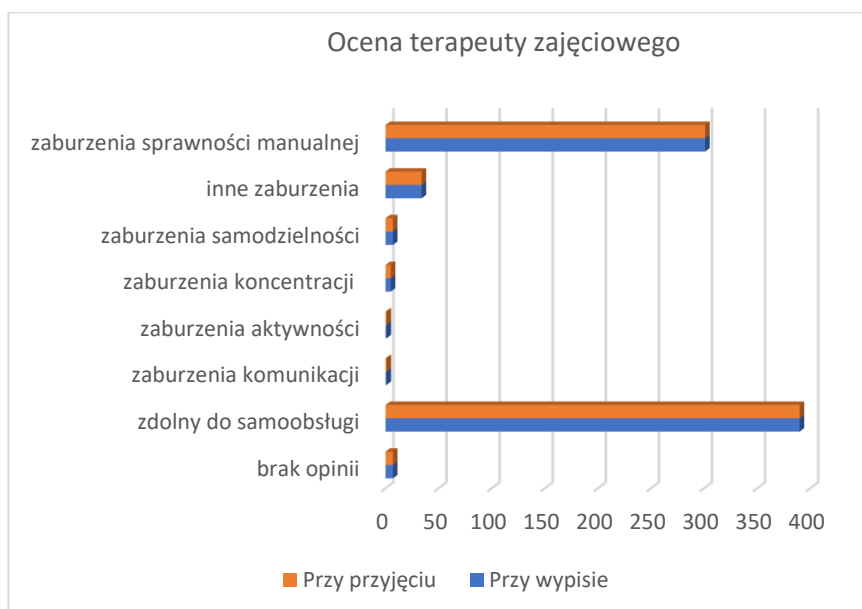


5.7. OCENA TERAPEUTY ZAJĘCIOWEGO

Najczęściej stwierdzanymi objawami uszkodzenia OUN stwierdzanymi przez terapeutę zajęciowego były:

- zaburzenia sprawności manualnej o różnym stopniu nasilenia – 301 osób przy przyjęciu i przy wypisie,

- inne zaburzenia funkcjonalne - nie związane z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (występujące wskutek dysfunkcji narządu ruchu związanymi z chorobami towarzyszącymi) - 34 osoby przy przyjęciu i przy wypisie,
- zaburzenia samodzielności – 7 osób przy przyjęciu i przy wypisie,
- zaburzenia koncentracji – 5 osób przy przyjęciu i przy wypisie,
- zaburzenia aktywności – 1 osoba przy przyjęciu i przy wypisie,
- zaburzenia komunikacji – 1 osoba przy przyjęciu i przy wypisie,
- zdolni do samoobsługi – 390 osób przy przyjęciu i przy wypisie,
- brak opinii - 7 osób przy przyjęciu i przy wypisie (dotyczy kart informacyjnych z Konstancina).



5.8. PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADANIA I DOKUMENTOWANIA OCEN PRZEZ CZŁONKÓW ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO PROWADZĄCEGO INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE

Analiza wyników badań i opinii specjalistów zawartych w Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS (kartach informacyjnych) wszystkich 410 osób, które ukończyły rehabilitację, wykazała, że:

- W 60 kartach informacyjnych stwierdzono rozbieżności w wynikach badania i oceny stanu funkcjonalnego i deficytów dokonywanych przez poszczególnych specjalistów. W części kart informacyjnych brakowało wymaganych opinii specjalistów, co szczegółowo przedstawiono powyżej. Jednak należy nadmienić, że w przypadku gdy nie stwierdzono przy przyjęciu

zaburzeń w badaniu psychologicznym, neuropsychologicznym czy neurologopedycznym nie ma merytorycznych wskazań i bezwzględnej potrzeby wykonywania kontrolnego badania przed wypisem, na zakończenie turnusu rehabilitacyjnego.

- W części kart informacyjnych opinie były niemiernodajne, i nie pozwalały na dokonanie obiektywnej oceny stanu neurologicznego i funkcjonalnego, np.: „badanie jak w historii choroby”. Część opinii była uniwersalna lub przeklejana – w przypadkach gdy ta sama opinia była odnotowana przy przyjęciu i przy wypisie.

6. ANALIZA REALIZACJI PROCEDUR TERAPEUTYCZNYCH

6.1. KINEZYTERAPIA:

Realizację procedur kinezyterapii obliczono dla 376 osób, które skorzystały minimum z pełnego 24-dniowego turnusu – tj. dla 374 osób korzystających z pełnego turnusu i 2 osób, w przypadku których pobyt przedłużono.

Średnia liczba dni zabiegowych wynosiła – 20.

Nie wykonywano obliczeń dla grupy 34 osób, które nie skorzystały z całej długości turnusu.

Ogółem zrealizowano u 376 osób 52 208 zabiegów kinezyterapii:

- 32 751 (62,7%) to zabiegi kinezyterapii indywidualnej,
- 11 207 (21,5%) – zabiegi kinezyterapii grupowej,
- 7 747 (14,8%) – zabiegi kinezyterapii z wykorzystaniem urządzeń i aparatury pomocniczej,
- 503 (1,0%) – inne zabiegi kinezyterapii.

Średnia liczba zabiegów kinezyterapii na 1 osobę w czasie 1 turnusu wyniosła - 139,3, w tym:

- 87 zabiegów kinezyterapii indywidualnej średnio trwających po 30 minut,
- 30 zabiegów kinezyterapii grupowej trwających średnio 44 minuty,
- 31 zabiegów kinezyterapii z wykorzystaniem urządzeń i aparatury pomocniczej trwających średnio po 31 minut,
- 1,3 innych zabiegów kinezyterapii.

W ciągu 1 dnia zabiegowego 1 pacjent miał realizowane średnio 229 minut kinezyterapii, w tym: 130 minut kinezyterapii indywidualnej, 66 minut kinezyterapii grupowej oraz 33 minuty kinezyterapii z wykorzystaniem urządzeń i aparatury pomocniczej.

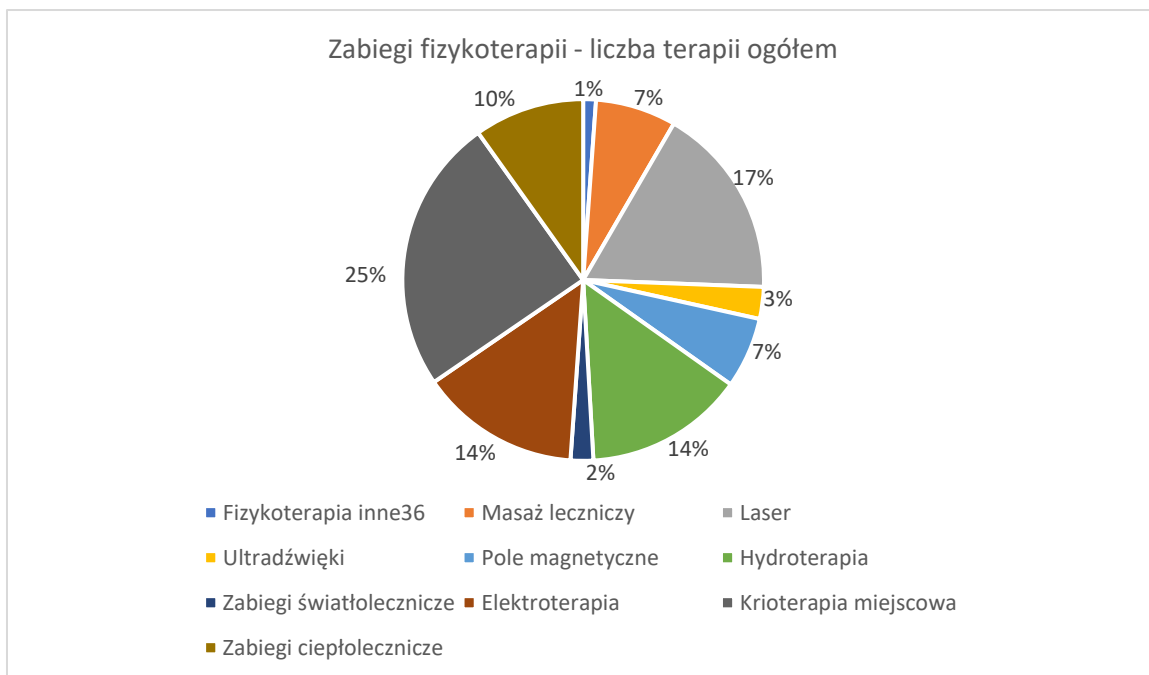
6.2. FIZYKOTERAPIA:

Zestawiono wszystkie zabiegi fizykoterapii zastosowane w całej grupie 410 pacjentów. Średnią wyliczono tylko dla pacjentów, którzy mieli zlecone minimum 3 zabiegi fizykoterapeutyczne. Do średniej nie wliczano osób, które miały zlecone mniej niż 3 zabiegi, lub nie miały zleconych żadnych zabiegów kinezyterapeutycznych.

Zabiegi fizykoterapeutyczne zalecono 156 pacjentom, tj. u 38% z 410 osób, co wynika ze wskazań – fizykoterapia jest rodzajem terapii dodatkowej, stosowaną w zależności od wskazań medycznych. Nie stanowi obowiązkowego elementu rehabilitacji osób z dysfunkcjami powstałymi w wyniku uszkodzenia OUN. Zabiegi fizykoterapeutyczne były zlecane jako przygotowanie do kinezyterapii oraz były stosowane również w leczeniu schorzeń współistniejących, np. zespołów bólowych kręgosłupa i stawów obwodowych.

U 156 pacjentów średnio zrealizowano po 20 zabiegów fizykoterapii – co dała łączną liczbę 3 100 zabiegów fizykoterapii, w tym:

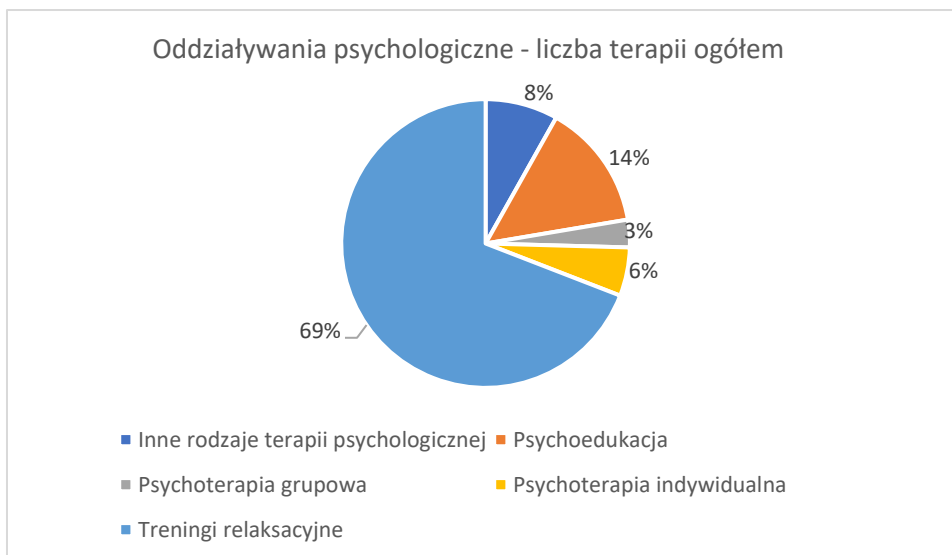
- 779 zabiegów krioterapii miejscowej zalecono 67 pacjentom, średnio po 12 zabiegów na 1 pacjenta,
- 544 zabiegów laseroterapii zalecono 41 pacjentom, średnio po 13 zabiegów na 1 pacjenta,
- 452 zabiegi elektroterapii zalecono 38 pacjentom, średnio po 12 zabiegów na 1 pacjenta,
- 451 zabiegów hydroterapii zalecono 40 pacjentom, średnio po 11 zabiegów na 1 pacjenta,
- 311 zabiegów ciepłoleczniczych zalecono 23 pacjentom, średnio po 14 zabiegów na 1 pacjenta,
- 228 zabiegów masażu leczniczego zalecono 27 pacjentom, średnio po 8 zabiegów na 1 pacjenta,
- 200 zabiegów magnetoterapii zalecono 15 pacjentom, średnio po 13 zabiegów na 1 pacjenta,
- 90 zabiegów ultradźwiękowych zalecono 8 pacjentom, średnio po 11 zabiegów na 1 pacjenta,
- 64 zabiegi światłolecznicze zalecono 6 pacjentom, średnio po 11 zabiegów na 1 pacjenta,
- 36 innych zabiegów fizykoterapeutycznych zalecono 6 pacjentom, średnio po 6 zabiegów na 1 pacjenta.



6.3. ODDZIAŁYWANIA PSYCHOLOGICZNE

Liczbę terapii prowadzonej przez psychologów obliczono dla 395 osób, które miały 10 i więcej terapii. 15 osób miało mniej niż 10 terapii, z powodu skrócenia pobytu. Każda z osób miała wymaganą liczbę treningów relaksacyjnych oraz psychoedukacji, zaś w zależności od potrzeb, była prowadzona psychoterapia indywidualna, grupowa i inne rodzaje psychoterapii:

- u 395 pacjentów zrealizowano średnio po 17 treningów relaksacyjnych,
- u 392 osób zrealizowano średnio po 3 sesje psychoedukacyjne,
- u 172 osób zrealizowano średnio po 4 sesji innych rodzajów terapii psychologicznej,
- 101 osób korzystało średnio z 3 sesji psychoterapii grupowej,
- 97 osób korzystało średnio z 5 sesji psychoterapii indywidualnej.



6.4. TERAPIA NEUROPSYCHOLOGICZNA

Terapia neuropsychologiczna była zlecana w zależności od wskazań i potrzeb pacjentów. Terapię prowadzono u 151 (36,8%) z 410 osób. Łącznie zrealizowano 1758 terapii, przy czym średnio 11,6 terapii na osobę (spośród osób, które wymagały terapii neuropsychologicznej).

6.5. TERAPIA LOGOPEDYCZNA

Terapia logopedyczna była zlecana w zależności od wskazań i potrzeb pacjentów. Terapię prowadzono u 140 (34,1%) z 410 osób. Łącznie zrealizowano 1644 terapie, przy czym średnio 11,7 terapii na osobę (spośród osób, które wymagały terapii logopedycznej).

6.6. TERAPIA ZAJĘCIOWA

Terapia zajęciowa była realizowana przez 5 dni w tygodniu u 401 z 410 osób przebywających na turnusach rehabilitacyjnych. Pozostałe 9 osób nie miało terapii zajęciowej z powodu skrócenia pobytu.

6.7. EDUKACJA ZDROWOTNA

Edukacja zdrowotna była realizowana u 405 z 410 osób przebywających na turnusach rehabilitacyjnych. 5 osób nie uczestniczyło z powodu skrócenia pobytu.

6.8. PODSUMOWANIE REALIZACJI PROCEDUR TERAPEUTYCZNYCH:

Cały program i wszystkie procedury terapeutyczne w ramach pilotażowego programu rehabilitacji OUN były realizowane zgodnie z wymaganiami programu.

- Wymagania programu w zakresie rodzajów i liczby kinezyterapii zostały spełnione. Średnia liczba minut kinezyterapii na osobę, na każdy dzień zabiegowy, wynosiła 229, przy wymaganym minimum 180 minut. Proporcje między kinezyterapią indywidualną, grupową oraz kinezyterapią z wykorzystaniem urządzeń i aparatury wspomagającej, zostały zachowane.
- Wymagania programu dotyczące stosowania fizykoterapii były spełnione.
- Oddziaływania psychologiczne: psychoterapia indywidualna, grupowa i inne rodzaje psychoterapii były realizowane zgodnie z wymaganiami programu.
- Terapia neuropsychologiczna i logopedyczna były zlecane w zależności od wskazań i potrzeb pacjentów, zgodnie z wymaganiami programu.
- Terapia zajęciowa i edukacja zdrowotna były realizowane zgodnie z wymaganiami programu.

7. ANALIZA WYNIKÓW PROGRAMU REHABILITACJI W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ W OPARCIU O WYNIKI TESTÓW FUNKCJONALNYCH

U wszystkich osób, które uczestniczyły w pilotażowym programie rehabilitacji OUN, wymagane było wykonanie 4 testów funkcjonalnych (testy / skale klinimetryczne) przy przyjęciu i przy wypisie:

- Test „wstań i idź”
- Skala równowagi Berga
- Test 9 kołków
- Skala ACE-R

7.1. TEST „WSTAŃ I IDŹ” (TIMED UP AND GO - TUG)

Test służy do oceny chodu, sprawności funkcjonalnej i ryzyka upadku. Na polecenie badany ma za zadanie: wstać z krzesła (krzesło z oparciem i podłokietnikami, siedzisko na wysokości 46 cm), pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie (swobodna, bezpieczna prędkość chodu) dystans 3 m, przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans, wykonać obrót o 180 stopni, wrócić do krzesła i ponownie zająć pozycję siedzącą.

Podczas wykonywania testu pacjent chodzi bez pomocy lub z pomocą indywidualnego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych, które używa na co dzień (kule, laska, okulary, ortozy) - rodzaj użytego zaopatrzenia ortopedycznego musi być jednakowy podczas każdorazowego wykonywania testu.

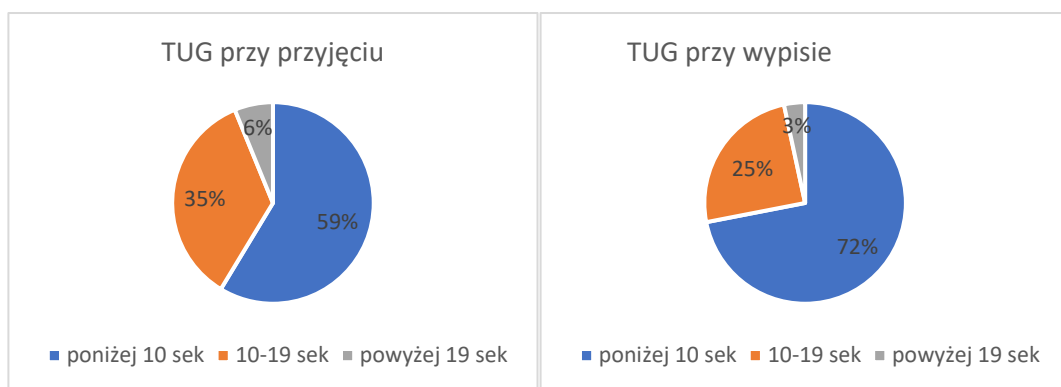
Poza utrzymaniem równowagi podczas chodzenia oraz czasu trwania zadania ocenia się między innymi: konieczność wspomagania się rękami podczas wstawania lub siadania, długość kroków, balans kończynami górnymi, płynny obrót czy wszelkie zatrzymania się.

Interpretacja wyników:

- < 10 sekund - norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa (małe ryzyko upadków);
- 10-19 sekund - badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków (średnie ryzyko upadków);

- > 19 sekund – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może sam wychodzić na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego (duże ryzyko upadków).

Test wykonano u 404 osób (98,5%) przy przyjęciu i 385 osób (93,9%) przy wypisie. 6 osób nie miało wykonanego testu przy przyjęciu z powodu znacznej niesprawności (osoby na wózku inwalidzkim), lub zbyt krótkiego pobytu w ośrodku. 25 osób nie miało wykonanego testu przy wypisie, w tym 6 osób z przyczyn jak powyżej, a pozostałe 19 osób z nieznannej przyczyny.



Takie same wyniki uzyskano w grupie 385 osób, u których dokonano oceny dwukrotnie - na zakończenie prowadzonej terapii zaobserwowano istotną poprawę funkcjonalną w analizowanej grupie: o 51 wzrosła liczba osób o prawidłowej sprawności funkcjonalnej (13%).

7.2. SKALA RÓWNOWAGI BERGA (BBS – BERG BALANCE SCALE)

Skala bada możliwość utrzymania równowagi przez pacjenta, w 14 różnych, ściśle określonych pozycjach i czynnościach, przez określony czas:

1. Zmiana pozycji z siedzenia do stania
2. Stanie bez podparcia
3. Siedzenie bez podparcia
4. Zmiana pozycji z stania do siedzenia
5. Transfery
6. Stanie z zamkniętymi oczami

7. Stanie ze złączonymi stopami
8. Sięganie ręką wyciągniętą do przodu
9. Podnoszenie przedmiotu z podłogi
10. Obrót w celu spojrzenia za siebie
11. Obrót o 360 stopni
12. Stawianie na zmianę stopy na stopniu
13. Stanie z jedną stopą wysuniętą do przodu
14. Stanie na jednej nodze

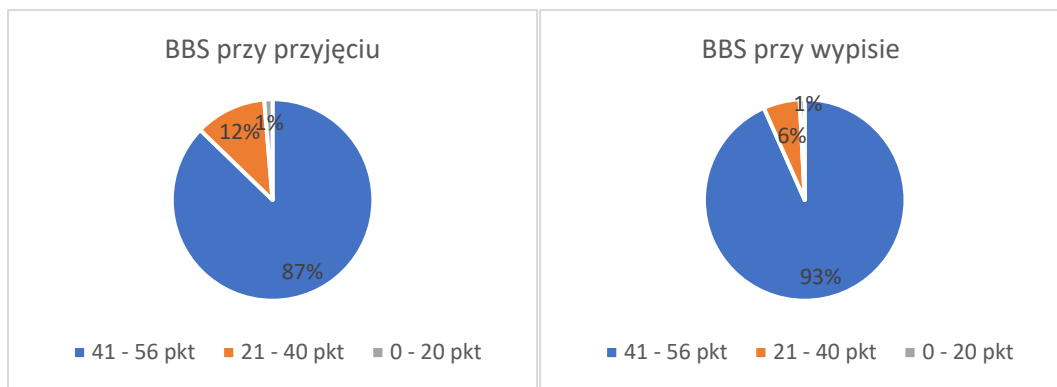
Za każde zadanie pacjent może uzyskać od 0 do 4 pkt – 0 otrzymuje za najgorszy możliwy sposób realizacji zadania, 4 – otrzymuje za najbardziej prawidłowe wykonanie zadania. Punkty są odejmowane jeśli: wymagania dotyczące czasu realizacji zadania lub odległości nie są spełnione, jeśli wykonanie zadania wymaga nadzoru drugiej osoby lub badany dotyka zewnętrznego wsparcia lub korzysta z pomocy badającego. Wynikiem jest suma punktów uzyskanych za wykonanie każdego z określonych zadań.

Interpretacja wyników:

- 0-20 – pacjent uzależniony od wózka
- 21-40 – chodzi z pomocą, zwiększone ryzyko upadku
- 41-56 – niezależny

Skalę oceniono u 402 osób (98,1%) przy przyjęciu i 376 osób (91,7%) przy wypisie. Dwukrotną ocenę (przy przyjęciu i przy wypisie) w skali równowagi Berga przeprowadzono u 376 osób (91,7%). U 26 osób – drugiej oceny nie przeprowadzono z nieznanego powodu. Żadnego badania nie przeprowadzono u 8 osób, z powodu znacznej niesprawności (osoby na wózku inwalidzkim) lub zbyt krótkiego pobytu w ośrodku.

Analizując wszystkie dokonane oceny przy przyjęciu stwierdzono, że 349 osób (86,9%) była niezależna w zakresie transferów, 43 osoby (11,9%) chodziło z pomocą i miało zwiększone ryzyko upadku, zaś u 5 osób (1,2%) zaburzenia równowagi były bardzo nasilone, wskazujące na potrzebę korzystania z wózka inwalidzkiego.



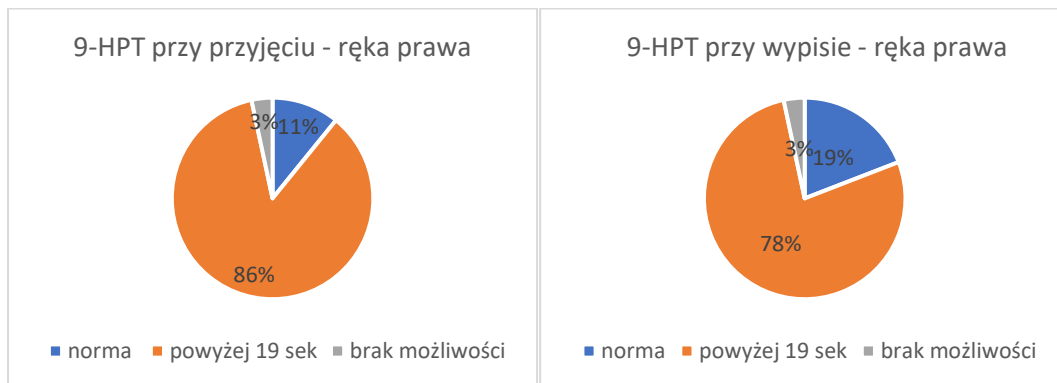
Oceniając wyniki uzyskane w grupie 376 osób, u których dokonano oceny dwukrotnie - na zakończenie prowadzonej terapii zaobserwowano istotną poprawę funkcjonalną w analizowanej grupie: o 23 wzrosła liczba osób o prawidłowej sprawności funkcjonalnej, czyli o 6% zmniejszyła się liczba osób z zaburzeniami równowagi wskazującymi na zwiększone ryzyko upadku. Różnice te nie były istotne statystycznie.

7.3. TEST 9 KOŁKÓW (9-HOLE PEG TEST – 9-HPT)

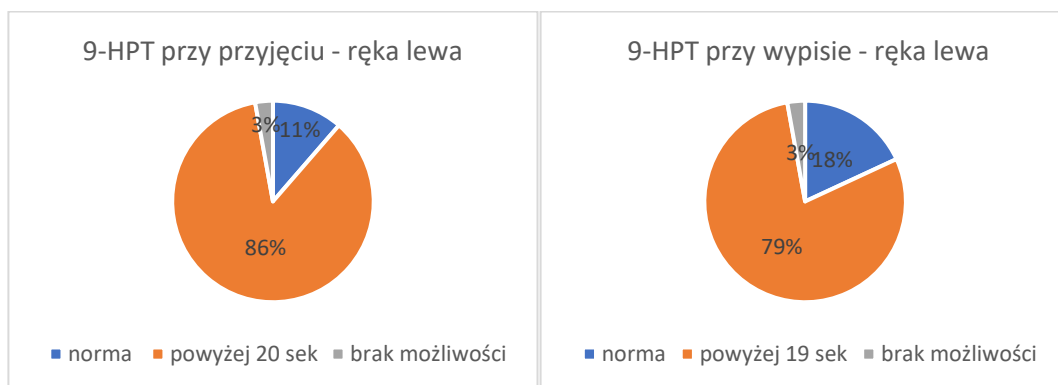
Test 9 otworów i kołków (9-Hole Peg Test) to prosty test oceniający sprawność ręki i palców, który jest powszechnie stosowany przez fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych w wielu ośrodkach rehabilitacyjnych. Dla testu są opracowane normy czasowe dla kończyny dominującej i niedominującej, zależne od płci i wieku. Do wykonania testu wymagane jest wykorzystanie wystandaryzowanego zestawu: blatu z otworami i kołków. Test polega na umieszczeniu na czas wszystkich kołków w otworach. Zadanie wykonywane jest tylko badaną ręką. Kończyna górna, która nie jest oceniana, może przytrzymywać krawędź blatu, aby zapewnić stabilność. Wynikiem jest liczba sekund, w czasie których wykonano określone zadanie.

Test wykonano u 405 osób (98,8%) przy przyjęciu i 387 osób (94,4%) przy wypisie. Dwukrotną ocenę (przy przyjęciu i przy wypisie) w teście 9 otworów i kołków przeprowadzono u 387 osób (94,4%). U 18 osób – drugiej oceny nie przeprowadzono: u 6 osób z powodu skrócenia pobytu, u 12 z nieznanego powodu. Żadnego badania nie przeprowadzono u 5 osób, z powodu zbyt krótkiego pobytu w ośrodku.

Na podstawie dostępnych norm dla wieku, płci oraz chorób osób poddawanych rehabilitacji, dla celów oceny efektów programu przyjęto za normę dla ręki prawej (dominującej) 19 sekund, dla ręki lewej (niedominującej) 20 sekund.



W grupie podawanej rehabilitacji 42 osoby (11%) miało prawidłową sprawność manualną ręki prawej przy przyjęciu, 332 osoby (86%) miało zaburzoną sprawność manualną ręki prawej, zaś 13 osób (3%) nie było w stanie wykonać testu z powodu głębokiego deficytu funkcjonalnego. Po rehabilitacji poprawa sprawności manualnej ręki prawej wystąpiła u 32 osób (8%). Różnica nie była istotna statystycznie.



W grupie podawanej rehabilitacji 44 osoby (11%) miało prawidłową sprawność manualną ręki lewej przy przyjęciu, 332 osoby (86%) miało zaburzoną sprawność manualną ręki lewej, zaś 11 osób (3%) nie było w stanie wykonać testu z powodu głębokiego deficytu funkcjonalnego. Po rehabilitacji poprawa sprawności manualnej ręki lewej wystąpiła u 26 osób (7%). Różnica nie była istotna statystycznie.

7.4. SKALA FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO - ADDENBROOKE'A COGNITIVE EXAMINATION – REVISED - ACE-R)

Skala ACE-R służy do oceny funkcjonowania poznawczego: pamięci, uwagi, orientacji, funkcji językowych, fluencji słownej, funkcji wzrokowo-przestrzennych. Składa się z szeregu zadań oceniających poszczególne funkcje poznawcze: zapamiętywanie i przypominanie 3 słów, seryjne odejmowanie siódemek, wymienianie słów na literkę "k", wymienianie nazw zwierząt, zapamiętanie nazwiska i adresu w 3 próbach, pytania o nazwiska premiera, papieża itp., polecenie napisania 2 zdań, powtarzanie słów i przysłów, nazywanie obiektów, wskazywanie obrazków związanych z różnymi stwierdzeniami, czytanie, kopiowanie wstęgi Möbiusa i sześcianu, rysowanie zegara, liczenie kropek i rozpoznawanie liter, przypominanie nazwiska i adresu.

Interpretacja wyników:

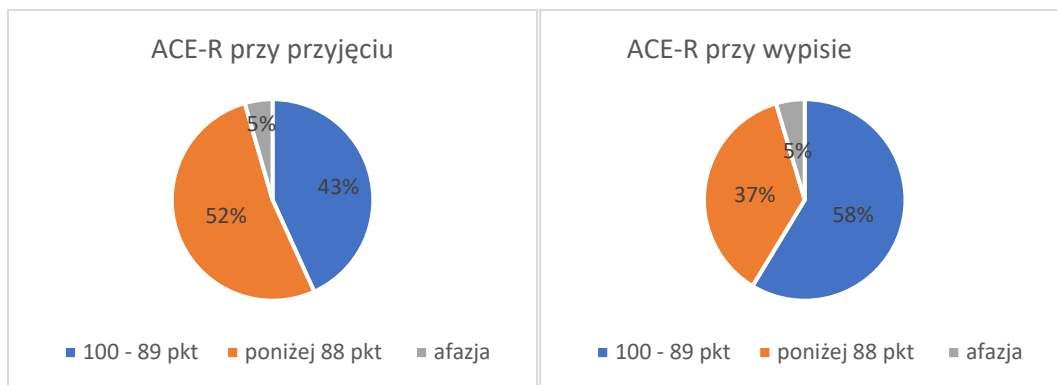
- Wynik maksymalny – 100 pkt.

Punkt odcięcia (na podstawie normalizacji w populacji angielskiej):

- 88 pkt. – wysoka czułość (94% czułości i 89% trafności dla otępienia),
- 82 pkt. – wysoka swoistość (84% czułości i 100% trafności dla otępienia).

ACE-R pozwala wykryć obecność zaburzeń poznawczych, ale nie różnicuje między łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych (ang. mild cognitive impairment - MCI) a otępieniem. Wynik w punkcie odcięcia i poniżej punktu odcięcia, wymaga pogłębienia diagnostyki neuropsychologicznej.

Test ACE-R wykonano u 387 osób (94,4%) przy przyjęciu i 374 osób (91,2%) przy wypisie. Dwukrotną ocenę (przy przyjęciu i przy wypisie) w ACE-R przeprowadzono u 374 osób (91,2%). U 13 osób – drugiej oceny nie przeprowadzono: u 5 osób z powodu skrócenia pobytu, u 8 z nieznaną przyczyną. Żadnego badania nie przeprowadzono u 23 osób (5,6%): u 18 osób z powodu nasilonej afazji (4,4%), u 5 osób (1,2%) z powodu zbyt krótkiego pobytu w ośrodku.



W grupie poddawanej rehabilitacji 175 osób (44%) prezentowało prawidłowe funkcje poznawcze przy przyjęciu, 212 osób (52%) miało zaburzenia funkcji poznawczych, zaś 18 osób (5%) nie było w stanie wykonać testu z powodu afazji. Po rehabilitacji poprawa funkcjonowania poznawczo-behawioralnego została stwierdzona u 55 osób (15%).

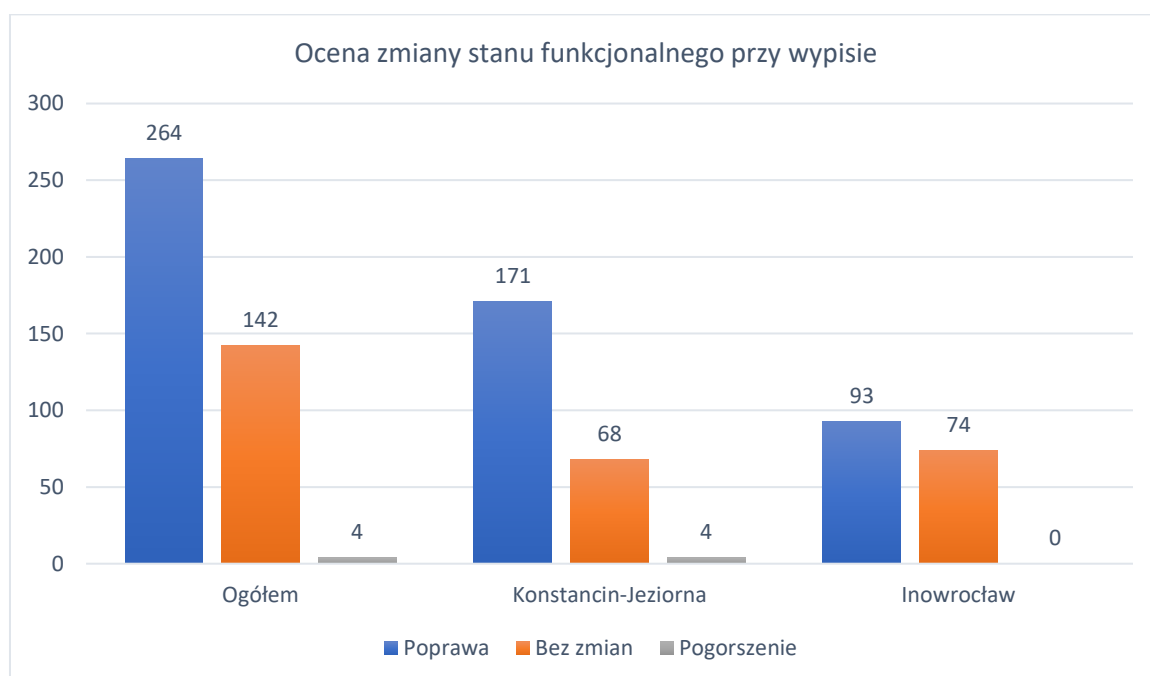
7.5. PODSUMOWANIE REALIZACJI TESTÓW FUNKCJONALNYCH CELEM OCENY EFEKTÓW REHABILITACJI

Wszystkie 4 wymagane zapisami programu testy funkcjonalne (Test „wstań i idź”, Skala równowagi Berga, Test 9 kołków i Skala ACE-R) były wykonywane przy przyjęciu i przy wypisie u ponad 90% pacjentów. Większość braków danych wynikała z przyczyn obiektywnych tj. skrócenia czasu pobytu lub braku możliwości wykonania testu z powodu istniejących dysfunkcji i deficytów funkcjonalnych u części chorych. Należy ocenić, że nieliczne przypadki braku wykonania poszczególnych testów bez uzasadnienia nie mają istotnego wpływu na całościową ocenę realizacji programu i należy uznać, że pomimo tych braków wszystkie procedury diagnostyczne w ramach pilotażowego programu rehabilitacji OUN były realizowane zgodnie z wymaganiami programu. Jednocześnie należy podkreślić, że zaproponowane w pilotażu testy diagnostyczne są wiarygodne i pozwalają obiektywnie wskazać grupy chorych odnoszących korzyści funkcjonalne z przeprowadzonej terapii.

8. OGÓLNA OCENA ZMIAN STANU FUNKCJONALNEGO CHORYCH W DNIU WYPISU

Dokonując oceny stanu funkcjonalnego w dniu wypisu stwierdzono, że w przypadku 264 osób (64,4%) uzyskano poprawę stanu funkcjonalnego. Stan funkcjonalny 142 osób (34,6%) nie uległ zmianie w wyniku prowadzonej rehabilitacji, zaś u 4 osób (1%) obserwowano pogorszenie.

Większy odsetek osób uzyskujących poprawę odnotowano w Konstancinie-Jeziornej – 70,3% vs. 55,7% w Inowrocławiu. Jednocześnie w Konstancie obserwowano przypadki pogorszenia, których nie odnotowano w Inowrocławiu.



9. ANALIZA WYNIKÓW KWESTIONARIUSZA SUBIEKTYWNE OCENIAJĄCEGO SAMOPOCZUCIE PACJENTÓW

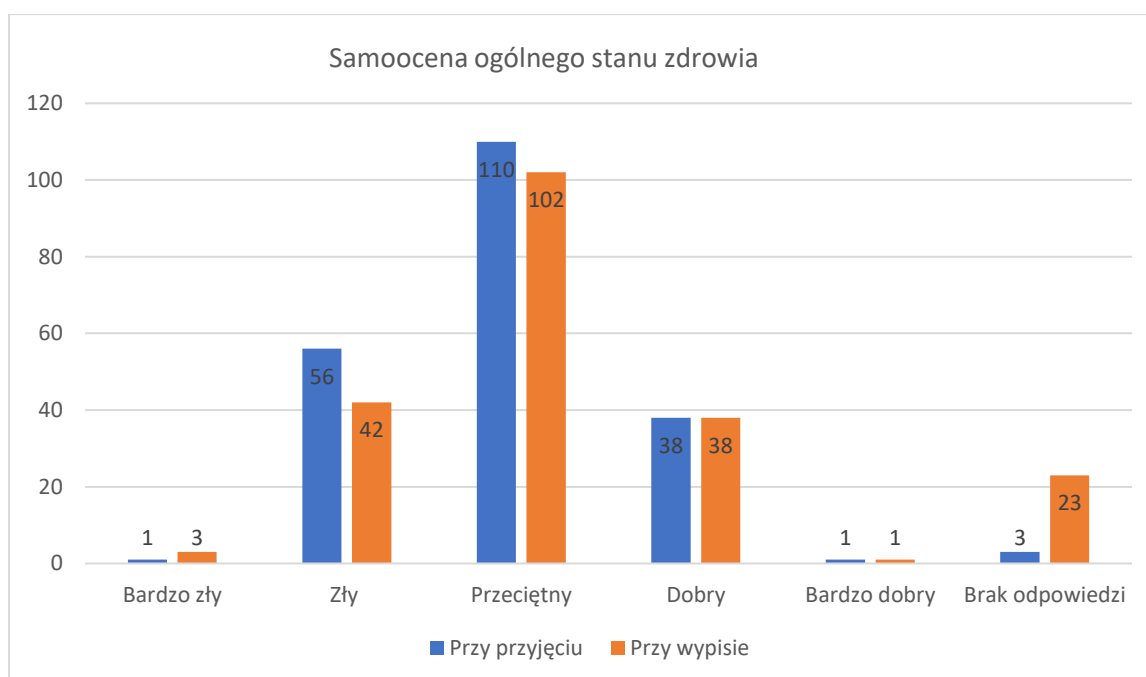
Zgodnie z pierwotnymi założeniami programu, każda osoba na początku i na końcu turnusu, została poproszona o wypełnienie kwestionariusza subiektywnie oceniającego samopoczucie, przygotowanego przez autorów programu. Kwestionariusz składał się z 20 pytań z 4 lub 5 odpowiedziami do wyboru.

Uzyskano kwestionariusze wypełnione przez 209 osób.

Analizując odpowiedzi udzielane na kolejne pytania stwierdzono:

9.1. PYTANIE 1

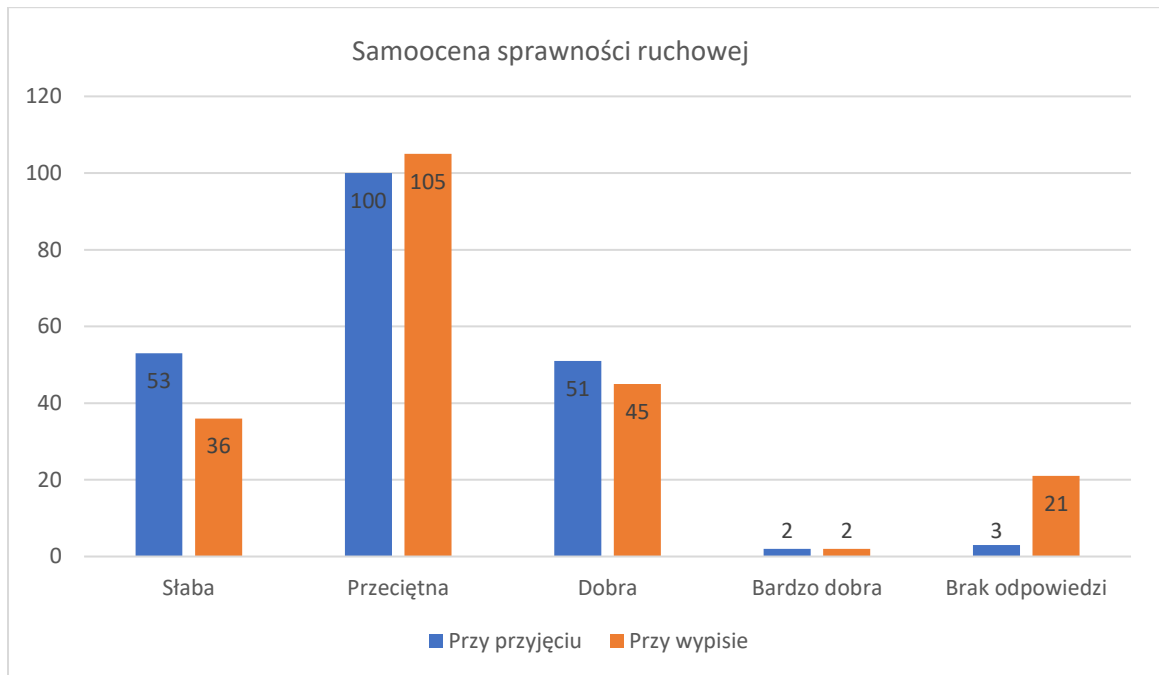
Jak ocenia Pan/i ogólny stan swojego zdrowia? (bardzo zły, zły, przeciętny, dobry, bardzo dobry)



Zdecydowana większość badanych oceniała swój stan zdrowia jako przeciętny lub zły zarówno przy przyjęciu (kolejno 53,4% i 27,2% udzielonych odpowiedzi) jak i przy wypisie (kolejno 54,8% i 22,6% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.2. PYTANIE 2

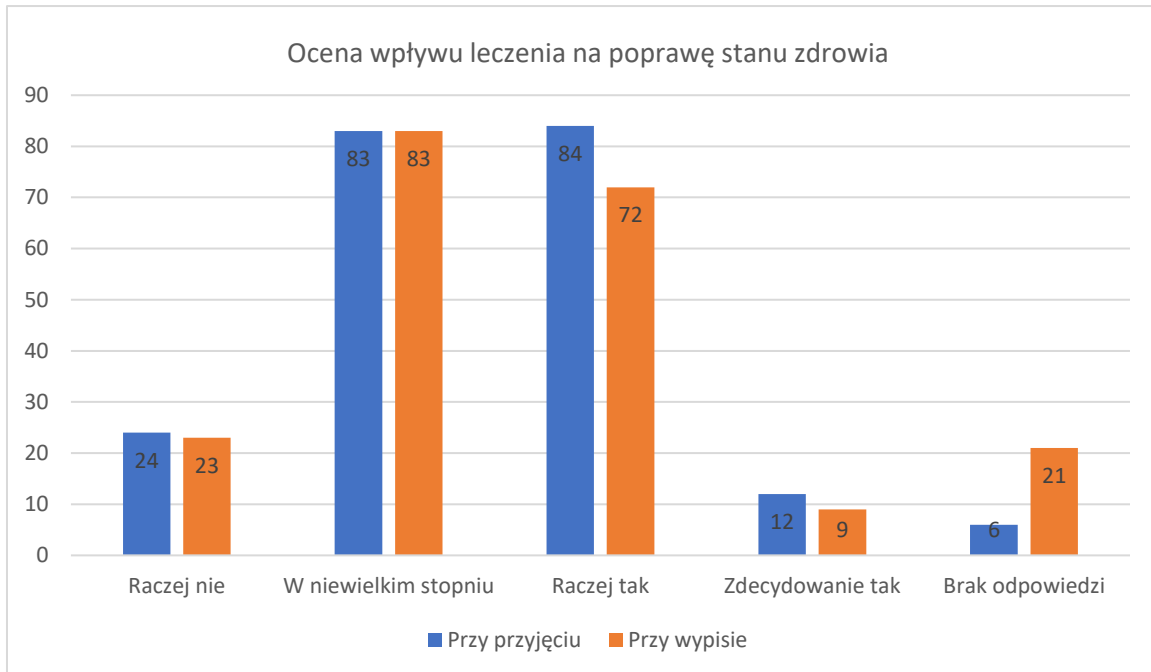
Jaka jest Pana/i sprawność ruchowa? (słaba, przeciętna, dobra, bardzo dobra)



Zdecydowana większość badanych oceniała swoją sprawność ruchową jako przeciętną zarówno przy przyjęciu jak i przy wypisie (kolejno 48,5% i 55,8% udzielonych odpowiedzi). Więcej osób oceniało swoją sprawność jako słabą przy przyjęciu niż przy wypisie (kolejno 25,7% i 19,1% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.3. PYTANIE 3

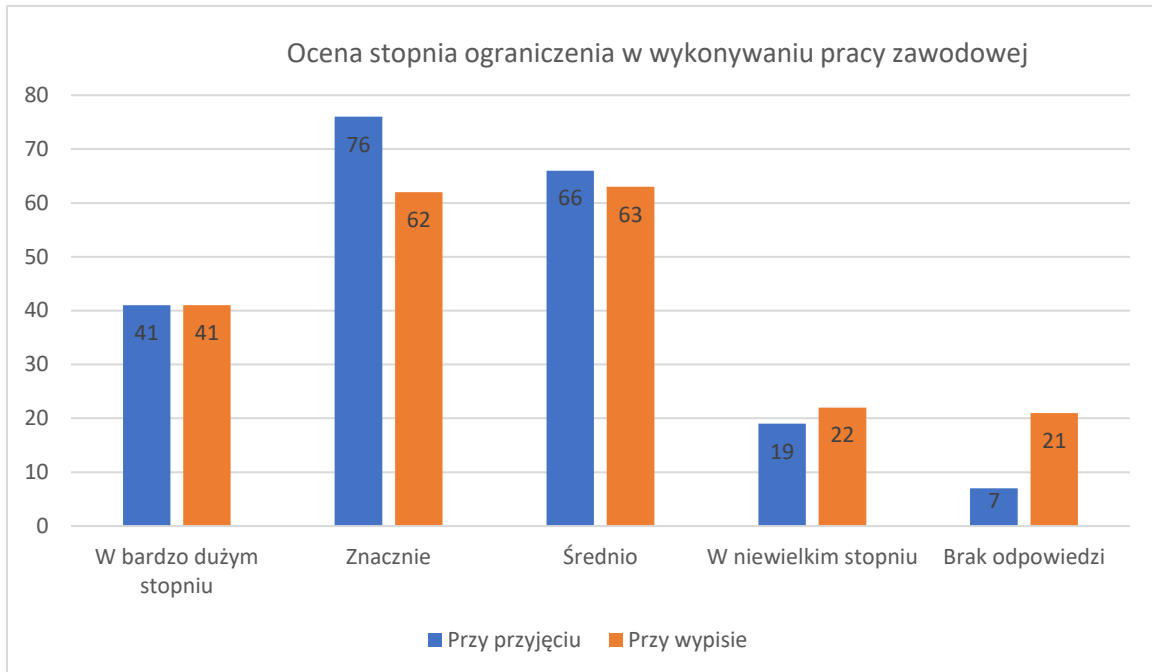
Czy dotychczasowe leczenie wpływa na poprawę Pana/i stanu zdrowia? (raczej nie, w niewielkim stopniu, raczej tak, zdecydowanie tak)



Badani najczęściej oceniali przy przyjęciu, że stosowane leczenie ma niewielki wpływ na poprawę stanu zdrowia lub raczej ma wpływ na poprawę stanu zdrowia (kolejno 40,9% i 41,4% udzielonych odpowiedzi). Natomiast przy wypisie nieco częściej oceniali, że dotychczasowe leczenie ma niewielki wpływ, a rzadziej, że raczej ma wpływ na poprawę stanu zdrowia (kolejno 44,1% i 38,3% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.4. PYTANIE 4

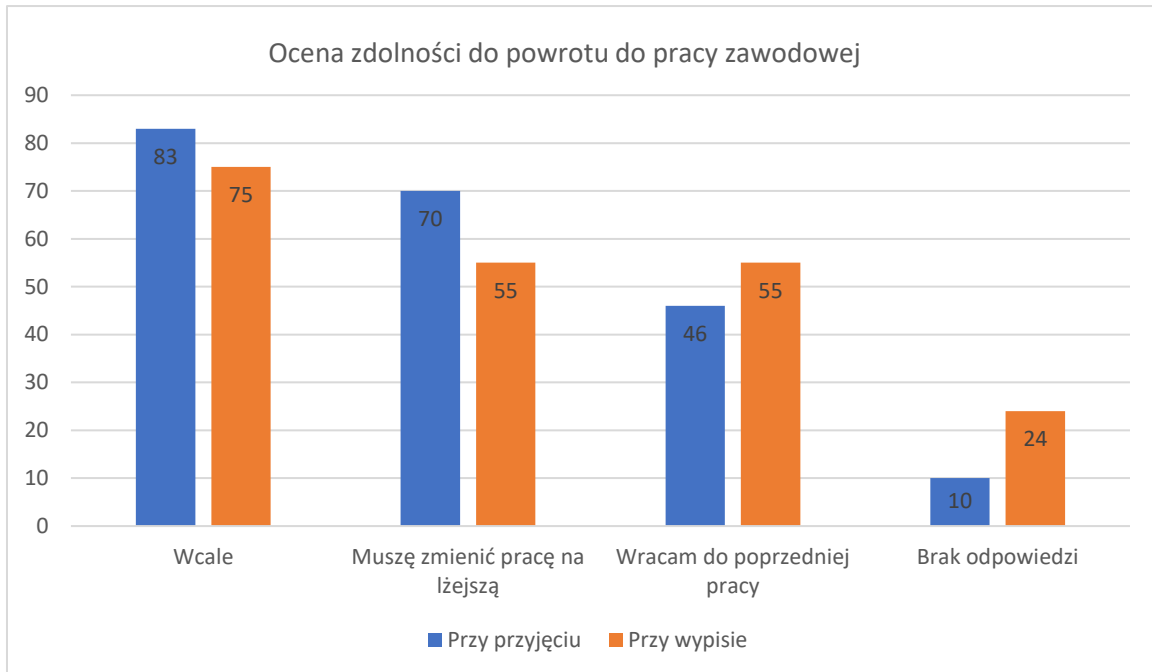
W jakim stopniu jest Pan/i ograniczony/a w wykonywaniu pracy zawodowej? (w bardzo dużym stopniu, znacznie, średnio, w niewielkim stopniu)



Badani najczęściej oceniali przy przyjęciu, że są znacznie i średnio ograniczeni w wykonywaniu pracy zawodowej (kolejno 37,6% i 32,7% udzielonych odpowiedzi). Podobna ocena była przy wypisie (kolejno 33% i 33,5% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.5. PYTANIE 5

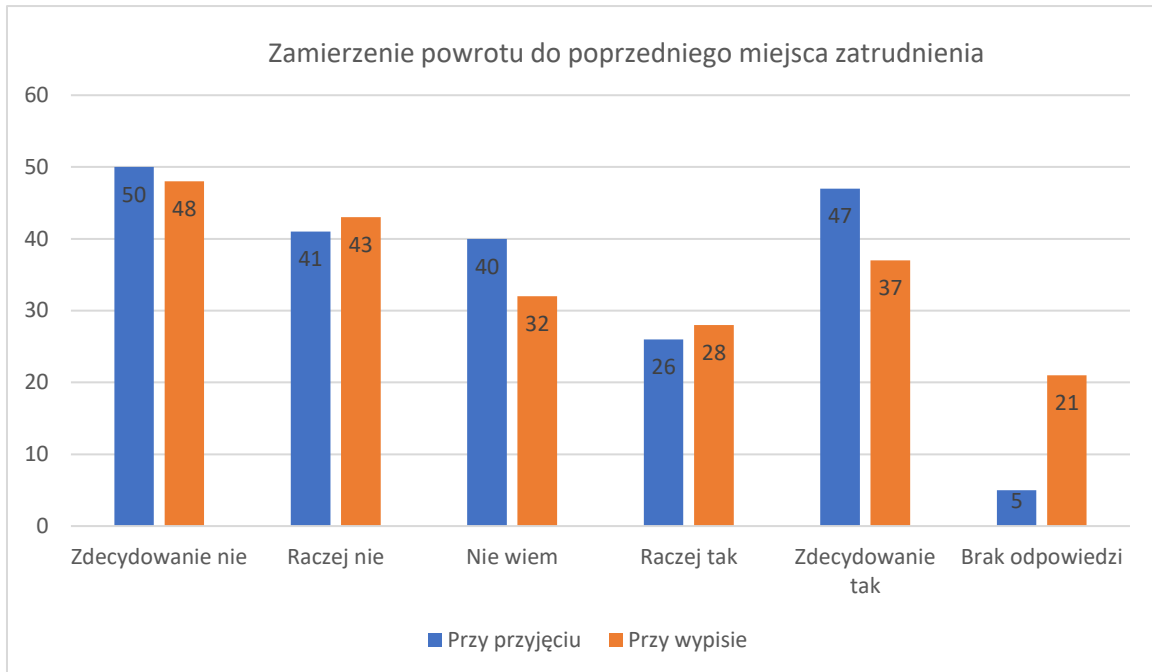
Czy czuje się Pan/i zdolny/a do powrotu do pracy zawodowej? (wcale, muszę zmienić na lepszą pracę, wracam do poprzedniej pracy)



Badani najczęściej oceniali przy przyjęciu i przy wypisie, że nie czują się zdolnymi do powrotu do pracy zawodowej (kolejno 41,7% i 40,5% udzielonych odpowiedzi) oraz muszą zmienić pracę na lepszą (kolejno 35,2% i 29,7% udzielonych odpowiedzi). Przy rozpoczęciu turnusu rehabilitacyjnego mniej osób deklarowało, że wraca do poprzedniej pracy niż przy jego zakończeniu (kolejno 23,1% i 29,7% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.6. PYTANIE 6

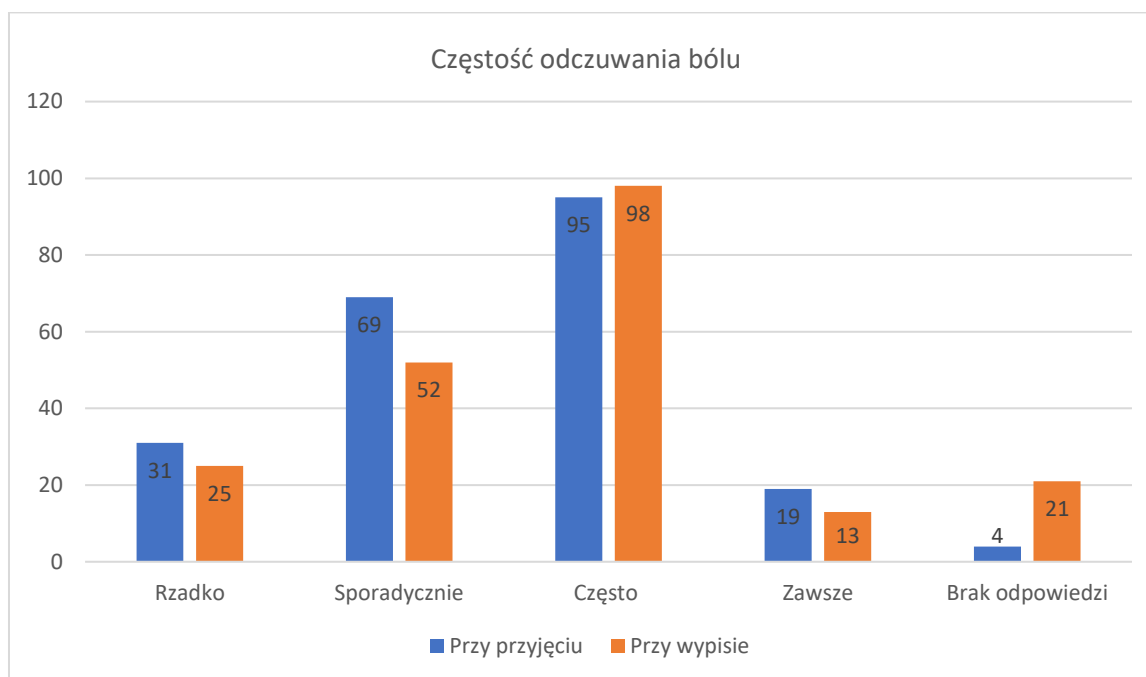
Czy zamierza Pan/i wrócić do pracy do poprzedniego miejsca zatrudnienia? (zdecydowanie nie, raczej nie, nie wiem, raczej tak, zdecydowanie tak)



Większość badanych osób nie zamierza wrócić do poprzedniego miejsca zatrudnienia (ocena łączna odpowiedzi zdecydowanie nie i raczej nie) zarówno przy przyjęciu jak i przy wypisie (kolejno 44,6% i 48,4% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.7. PYTANIE 7

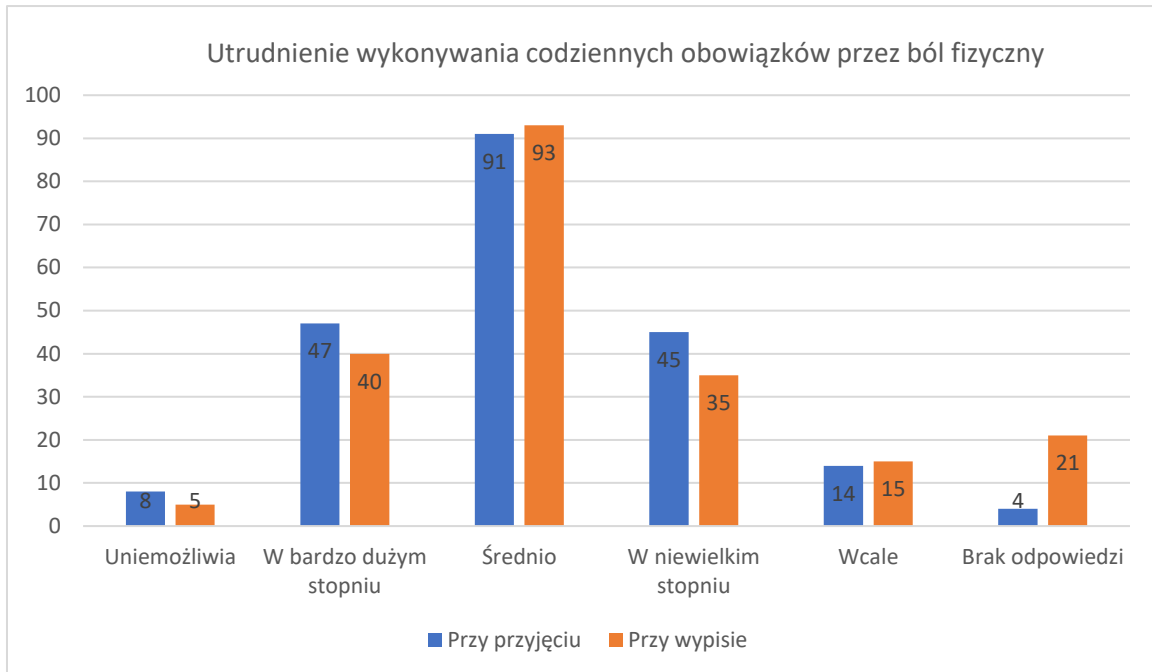
Jak często odczuwa Pan/i dolegliwości bólowe? (rzadko, sporadycznie, często, zawsze)



Badani deklaruwali najczęściej, że odczuwają ból często, zarówno przy przyjęciu jak i przy wypisie (kolejno 46,3% i 52,1% udzielonych odpowiedzi). Zwraca uwagę fakt, że liczba osób deklarujących częste odczuwanie bólu wzrosła przy wypisie, przy jednoczesnym niewielkim zmniejszeniu przy wypisie grupy osób deklarujących ból występujący zawsze (kolejno 9,2% i 6,9% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.8. PYTANIE 8

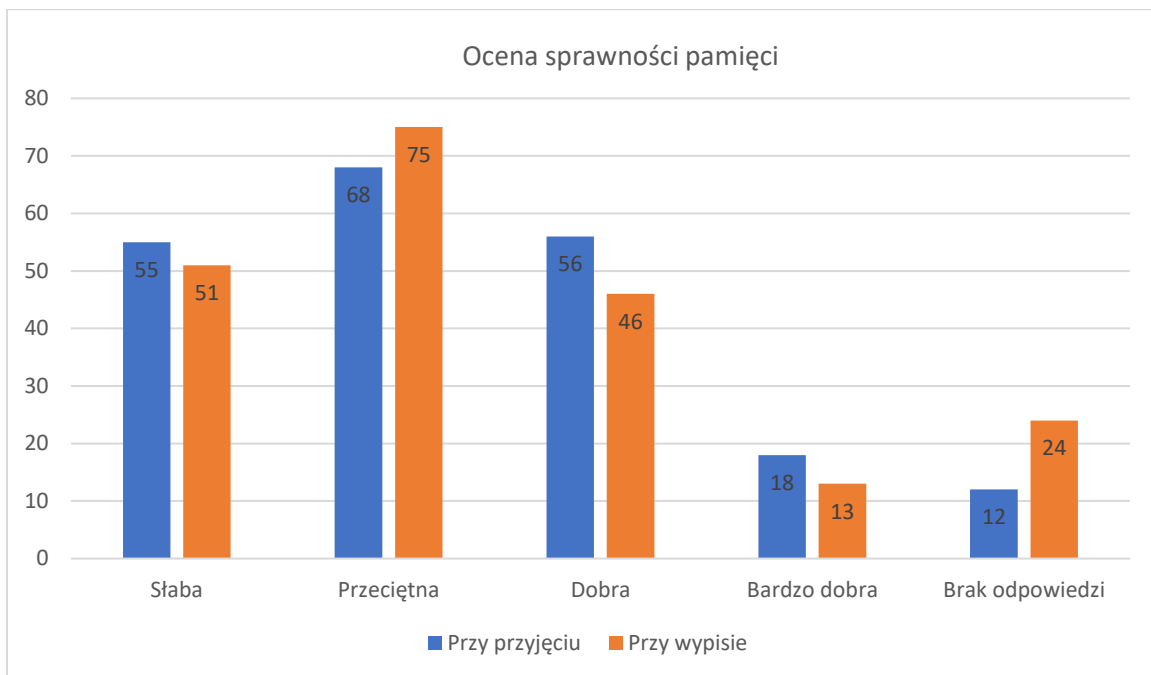
W jakim stopniu ból fizyczny utrudnia wykonywanie codziennych obowiązków? (uniemożliwia, w bardzo dużym stopniu, średnio, w niewielkim stopniu, wcale)



Badani deklarowali najczęściej, że odczuwany ból średnio utrudnia wykonywanie codziennych obowiązków, zarówno przy przyjęciu jak i przy wypisie (kolejno 44,4% i 49,5% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.9. PYTANIE 9

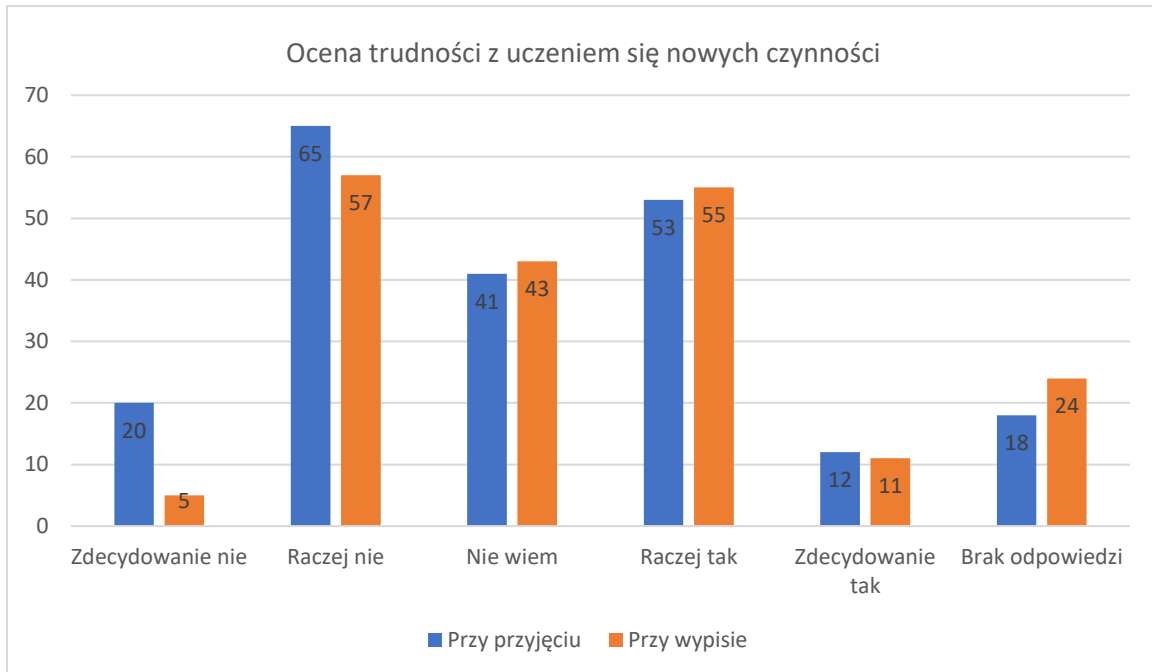
Jak ocenia Pan/i sprawność pamięci? (słaba, przeciętna, dobra, bardzo dobra)



Badani deklarowali najczęściej, że ich pamięć jest przeciętna, zarówno przy przyjęciu jak i przy wypisie (kolejno 34,5% i 40,5% udzielonych odpowiedzi), a choć przy wypisie ta grupa była liczniejsza, to różnica nie była istotna statystycznie.

9.10. PYTANIE 10

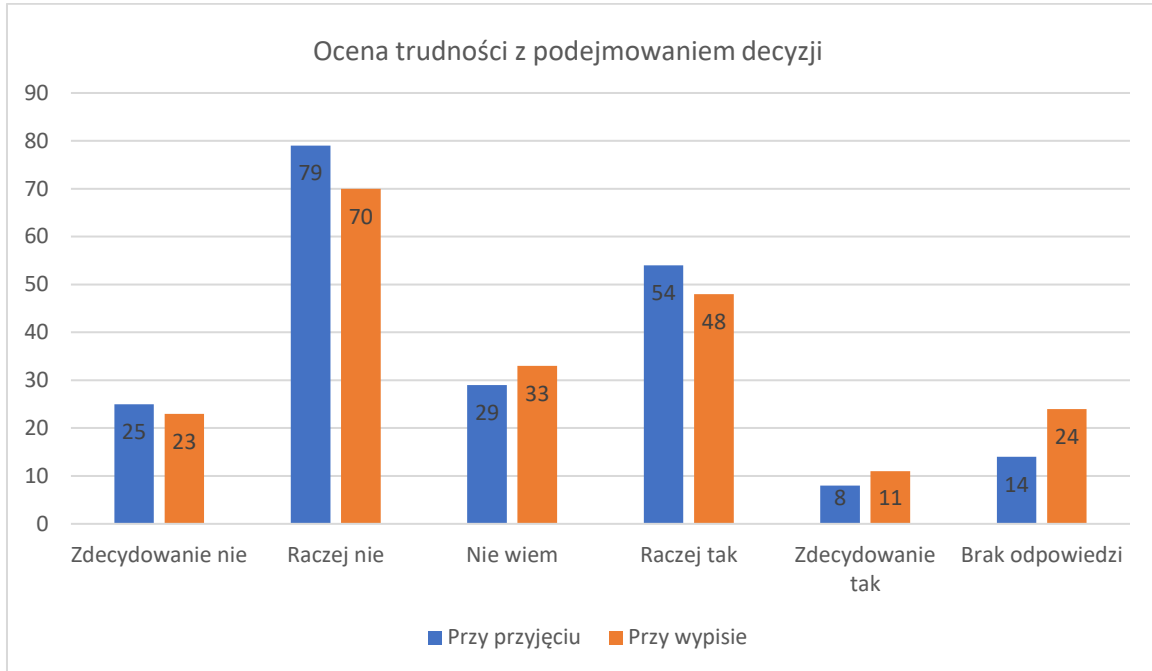
Czy ma Pan/i trudności z uczeniem się nowych czynności? (zdecydowanie nie, raczej nie, nie wiem raczej tak, zdecydowanie tak)



Badani najczęściej, nie określali jednoznacznie, że posiadają trudności z uczeniem się nowych czynności – zaznaczali więc zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie odpowiedzi „raczej nie”, „nie wiem”, „raczej tak”. Przy wypisie mniej osób 5 (2,9% z udzielonych odpowiedzi) podało, że „zdecydowanie nie” mają trudności z uczeniem się nowych czynności niż przy przyjęciu – 20 osób (11,11% z udzielonych odpowiedzi), ale różnica nie była istotna statystycznie.

9.11. PYTANIE 11

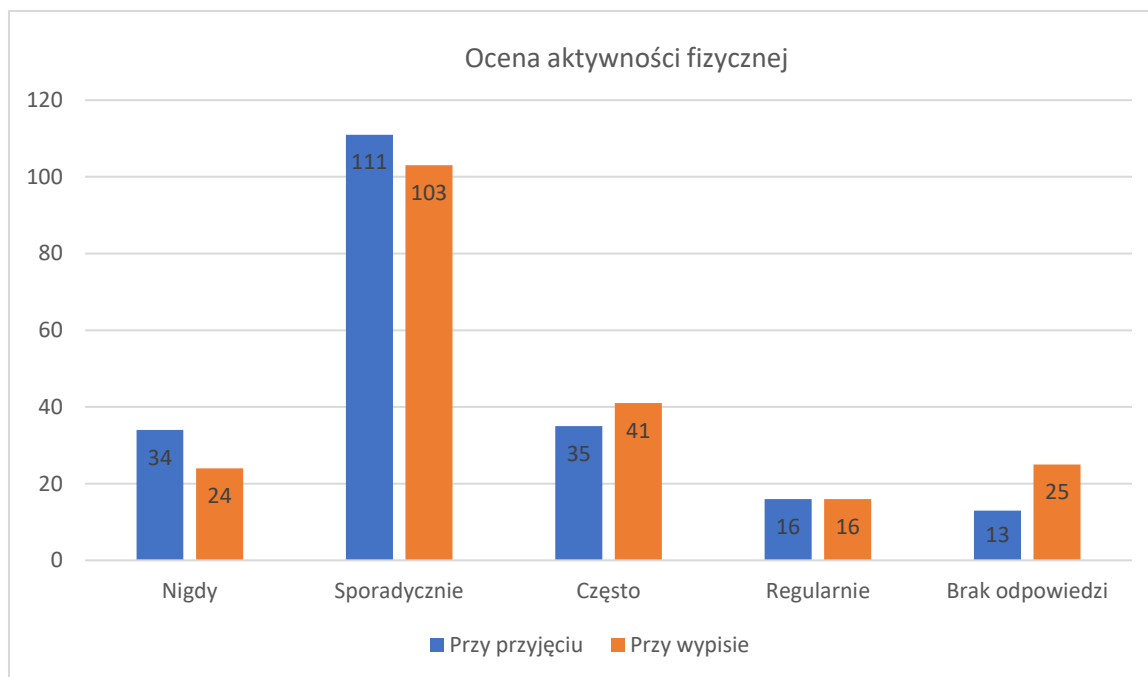
Czy ma Pan/i trudności z podejmowaniem decyzji? (zdecydowanie nie, raczej nie, nie wiem, raczej tak, zdecydowanie tak)



Badani najczęściej, nie określali jednoznacznie, że posiadają trudności z podejmowaniem decyzji – zaznaczali więc najczęściej zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie odpowiedzi „raczej nie”, „nie wiem”, „raczej tak”.

9.12. PYTANIE 12

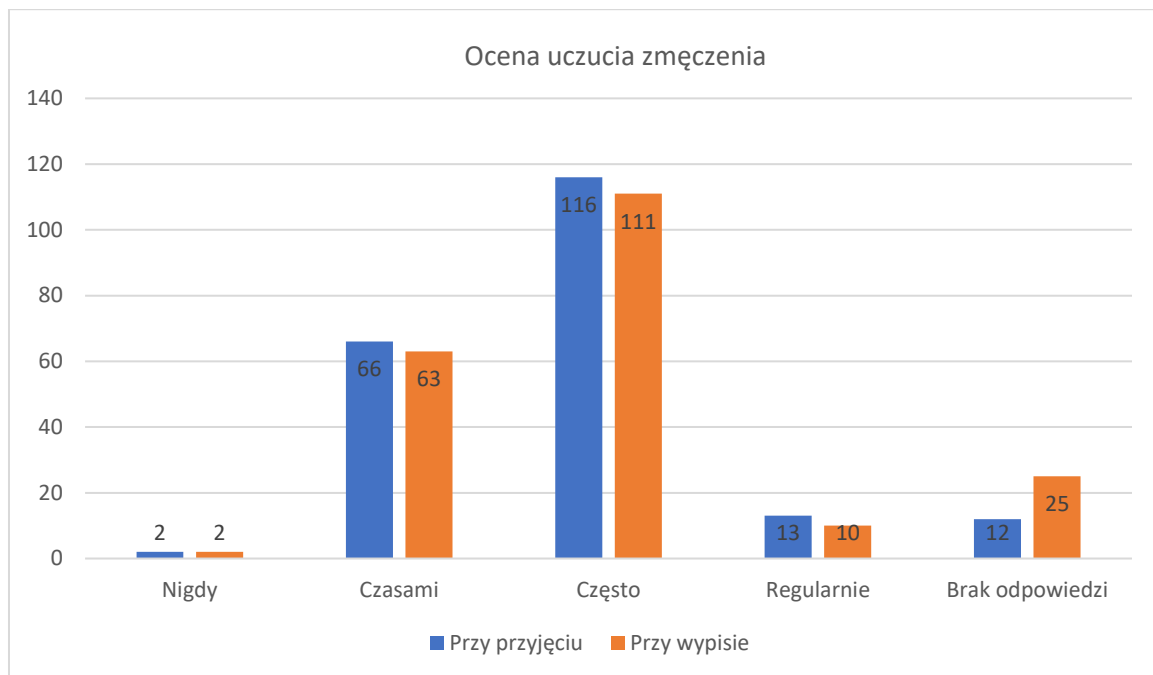
Jak często jest Pan/i aktywna fizycznie (np. taniec, bieganie, gimnastyka itp.)? (nigdy, sporadycznie, często, regularnie)



Zdecydowana większość chorych biorących udział w pilotażu była nieaktywna fizycznie – zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie (kolejno: 72,6% i 69% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.13. PYTANIE 13

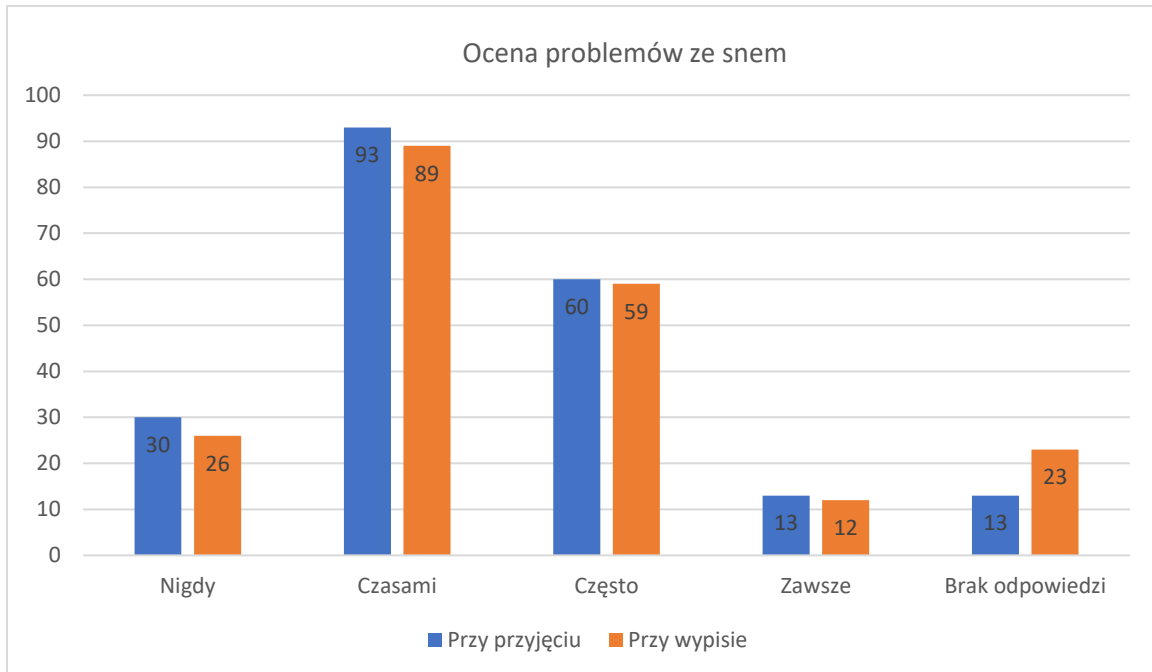
Jak często czuje Pan/i zmęczenie? (nigdy, czasami, często, zawsze)



Zdecydowana większość chorych biorących udział w pilotażu odczuwała zmęczenie „często” i „regularnie” fizycznie – zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie (kolejno: 66,2% i 65,9% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.14. PYTANIE 14

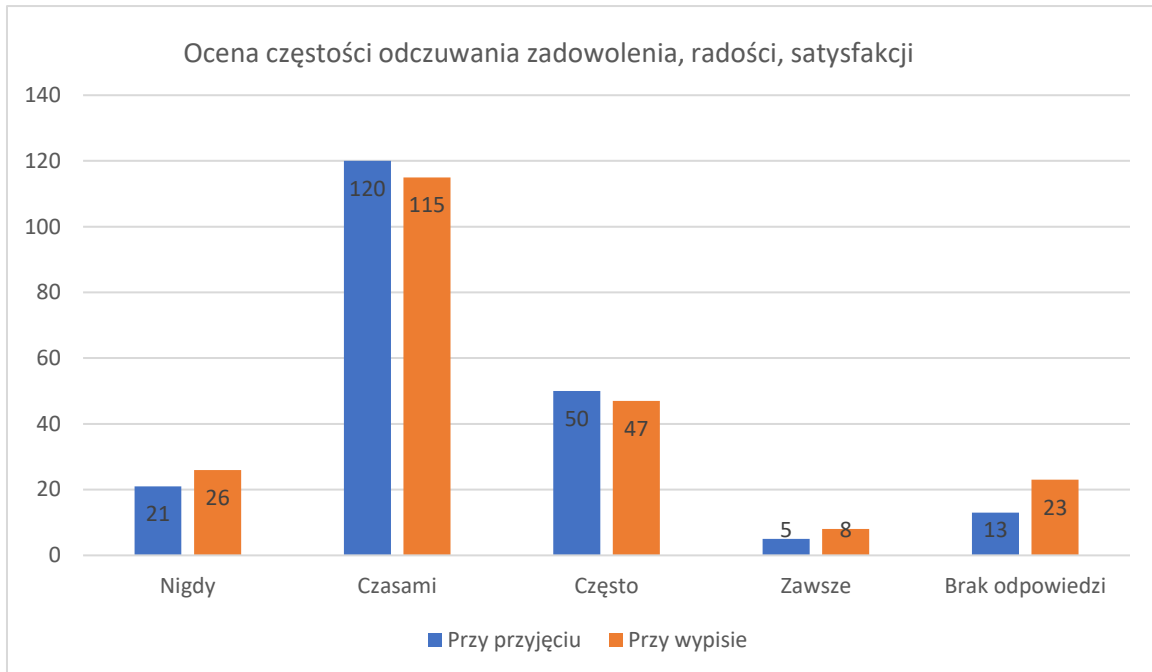
Czy miewa Pan/i problemy ze snem (trudności z zasypianiem, wybudzenia, koszmary senne itp.)? (nigdy, czasami, często, zawsze)



Najwięcej badanych podało, że problemy ze snem miewa „czasami” – zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie (kolejno: 47,4% i 49,2% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.15. PYTANIE 15

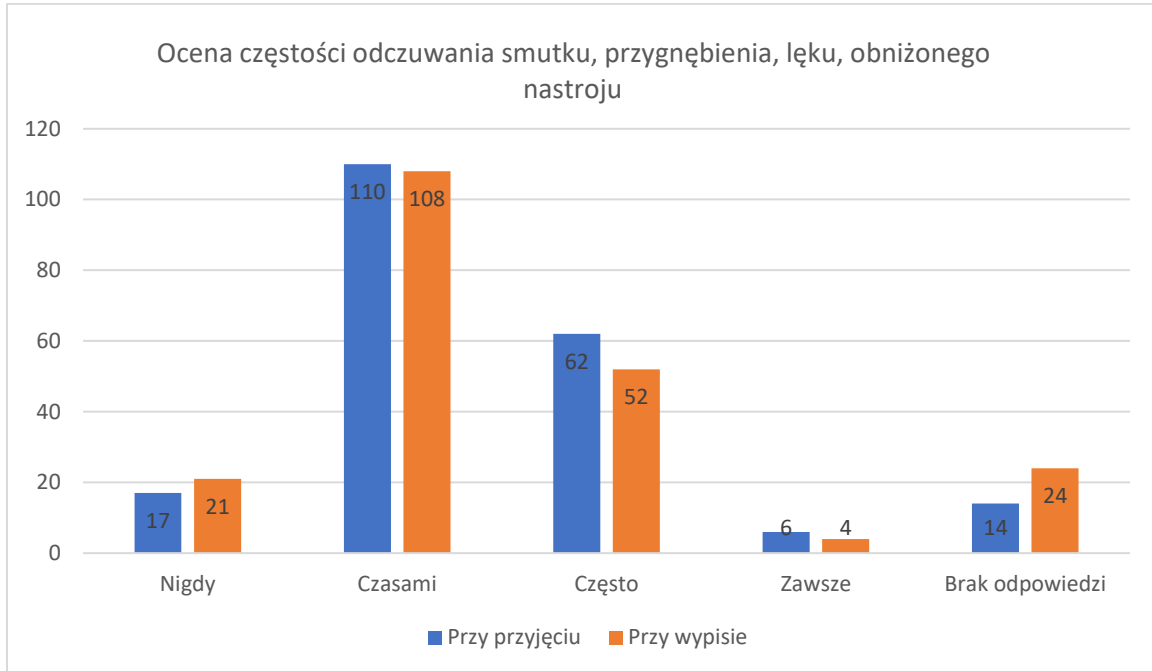
Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i radość, zadowolenie, satysfakcję?
(nigdy, czasami, często, zawsze)



Najwięcej badanych podało, że w ciągu ostatnich 4 tygodni odczuwało radość, zadowolenie, satysfakcję „czasami” – zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie (kolejno: 61,2% i 58,7% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.16. PYTANIE 16

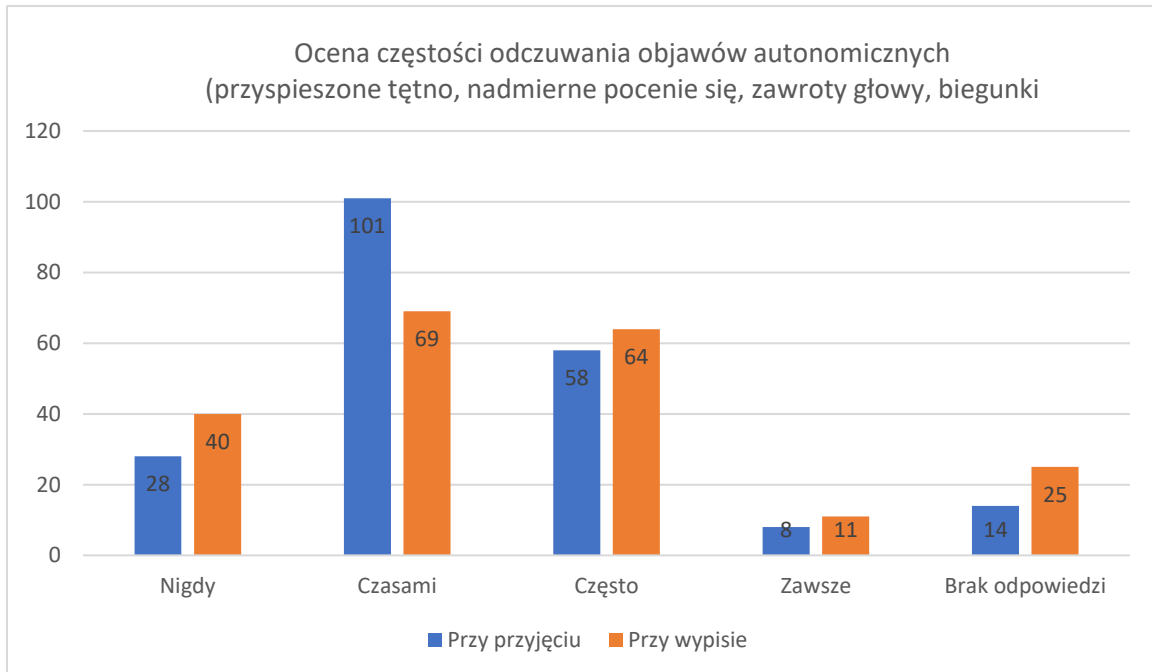
Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i smutek, przygnębienie, lęk, miała obniżony nastrój? (nigdy, czasami, często, zawsze)



Badani zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie najczęściej podawali, że odczuwają smutek, przygnębienie, lęk czy obniżony nastrój „czasami” (kolejno: 56,4% i 58,4% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.17. PYTANIE 17

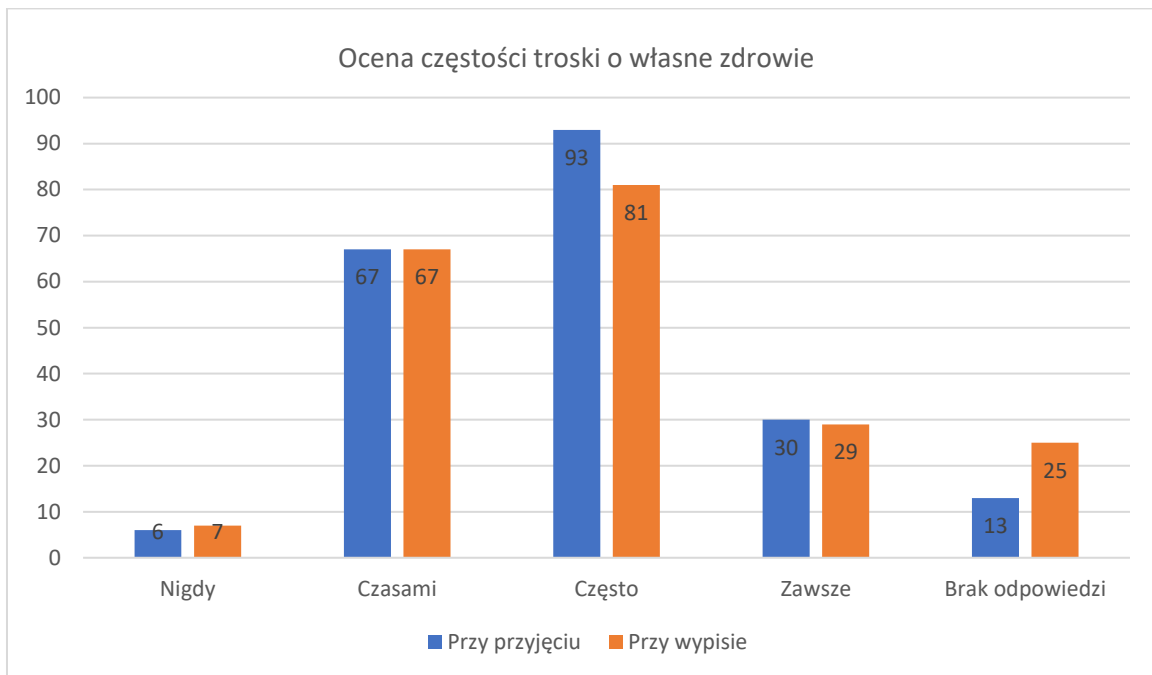
Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i takie objawy jak: przyspieszone tętno, nadmierne pocenie się, zawroty głowy, biegunki? (nigdy, czasami, często, zawsze)



Badani zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie najczęściej podawali, że odczuwają czasami objawy autonomiczne (kolejno: 51,8% i 37,5% udzielonych odpowiedzi). Przy wypisie więcej osób - 40 (21,7% z udzielonych odpowiedzi) podało, że nigdy nie odczuwa objawów autonomicznych, podczas gdy przy przyjęciu taką odpowiedź zaznaczyło – 28 osób (15,1% z udzielonych odpowiedzi), ale różnica nie była istotna statystycznie.

9.18. PYTANIE 18.

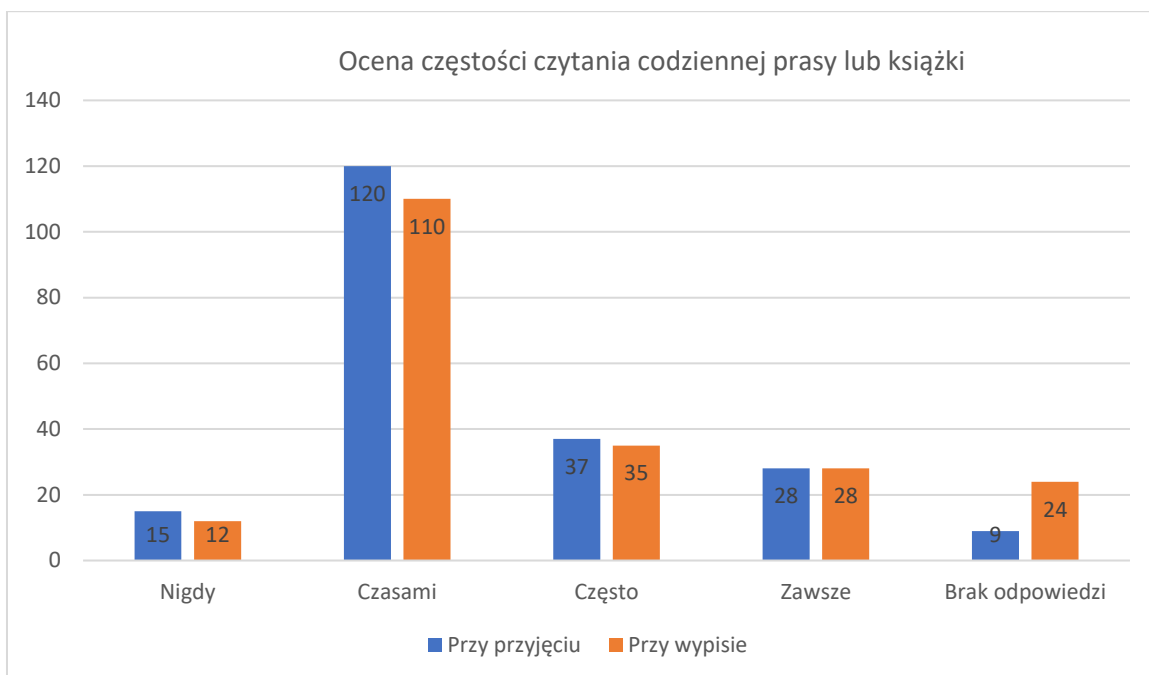
Jak często martwi się Pan/i stanem swojego zdrowia? (nigdy, czasami, często, zawsze)



Zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie zdecydowana większość chorych biorących udział w pilotażu martwi się często lub zawsze o swoje zdrowie (kolejno: 62,8% i 59,8% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.19. PYTANIE 19

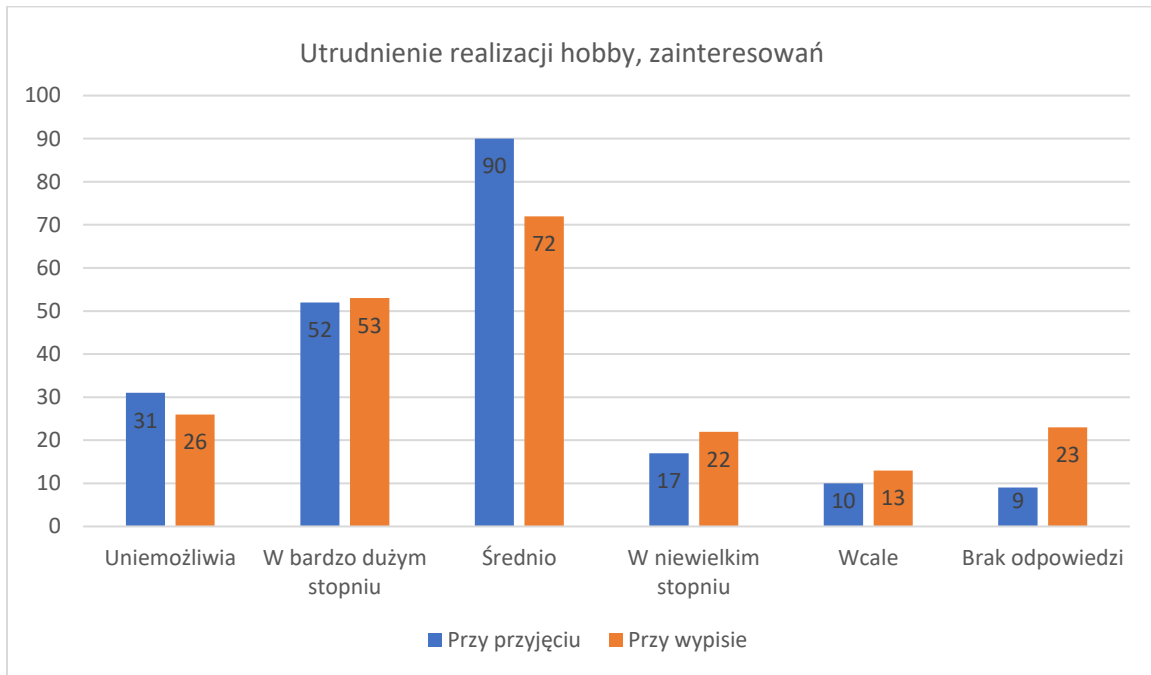
Jak często czyta Pan/i codzienną prasę lub książki? (nigdy, czasami, często, codziennie)



Zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie zdecydowana większość chorych biorących udział w pilotażu tylko czasami czyta codzienną prasę lub książki (kolejno: 60% i 59,5% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.20. PYTANIE 20

Czy stan Pan/i zdrowia utrudnia realizowanie hobby/ poświęcanie się swoim zainteresowaniom? (uniemożliwia, w bardzo dużym stopniu, średnio, w niewielkim stopniu, wcale)



Zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie większość chorych biorących udział w pilotażu udzieliła odpowiedzi, że stan zdrowia średnio utrudnia realizację hobby i zainteresowań (kolejno: 45% i 38,7% udzielonych odpowiedzi). Różnice w zakresie udzielonych odpowiedzi nie były istotne statystycznie.

9.21. PODSUMOWANIE ANALIZY WYNIKÓW KWESTIONARIUSZA SUBIEKTYWNE OCENIAJĄCEGO SAMOPOCZUCIE PACJENTÓW

Analizując wyniki odpowiedzi udzielonych przez pacjentów w kwestionariuszu należy podkreślić, że otrzymano jedynie 209 z 410 oczekiwanych kwestionariuszy (51%). Dodatkowo w ok. 10% przypadków brakowało odpowiedzi na pytania w kwestionariuszach realizowanych przy wypisie.

W wyniku analizy odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu nie stwierdzono istotnych zmian po odbyciu pilotażowego programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS w zakresie dokonywanej przez pacjentów oceny:

- ogólnego stanu zdrowia,
- sprawności ruchowej,
- wpływu leczenia na poprawę stanu zdrowia,
- stopnia ograniczenia w wykonywaniu pracy zawodowej,
- zdolności do powrotu do pracy zawodowej,
- planów powrotu do pracy do poprzedniego zatrudnienia,
- występowania dolegliwości bólowych,
- utrudniania przez ból wykonywania codziennych obowiązków,
- sprawności pamięci,
- występowania trudności z uczeniem się nowych czynności,
- trudności z podejmowaniem decyzji,
- częstości realizacji aktywności fizycznej,
- częstości odczuwania zmęczenia,
- występowania problemów ze snem,
- częstości odczuwania w ciągu ostatnich 4 tygodni radości, zadowolenia, satysfakcji,
- częstości odczuwania w ciągu ostatnich 4 tygodni smutku, przygnębienia, lęku,
- częstości odczuwania w ciągu ostatnich 4 tygodni objawów autonomicznych (przyspieszone tętno, nadmierna pocenie, zawroty głowy, biegunki),
- częstości martwienia się stanem zdrowia,
- częstości czytania codziennej prasy lub książki,
- występowania utrudnień w realizacji hobby, zainteresowań.

W związku z brakiem istotnych różnic w samoocenie chorych w 2 punktach czasowych należy wnioskować, że ze względu na zbyt krótki czas oddziaływania terapeutycznego (turnus trwający 24 dni) nie dochodzi do zmian stylu życia i istotnych zmian w zakresie samooceny stanu zdrowia i własnych możliwości przez pacjentów. Dlatego też nie stwierdza się zasadności utrzymania wymogu wykonywania takiej oceny ankietowej w czasie realizacji programów prewencji rentowej.

Kwestionariusz można pozostawić jako narzędzie dobrowolnie wypełniane przez pacjentów, pozwalające chorym przekazać więcej informacji lekarzowi sprawującemu opiekę.

10. ANALIZA WYNIKÓW ANONIMOWEJ ANKIETY PO ZAKOŃCZENIU REHABILITACJI

Na zakończenie turnusu pilotażowego programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego każdy pacjent został poproszony o wypełnienie anonimowej ankiety oceniającej turnus rehabilitacyjny, przygotowanej przez autorów programu. Każda ankieta zawierała 12 pytań zamkniętych z 5 możliwymi odpowiedziami: zdecydowanie nie, raczej nie, nie wiem, raczej tak, zdecydowanie tak. Możliwe było także dobrowolne zamieszczenie wszelkich uwag odnośnie przeprowadzonej rehabilitacji.

Uzyskano 299 ankiet wypełnionych przez uczestników programu pilotażowej rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. W części ankiet brakowało odpowiedzi na poszczególne pytania – najwięcej braków (26) stwierdzono w przypadku pytania oceniającego czas poświęcony na treningi psychologiczne/logopedyczne.

Pytanie zawarte w ankiecie	Odpowiedź „zdecydowanie tak” N (%)	Odpowiedzi „raczej tak”, „nie wiem”, „raczej nie” N (%)	Odpowiedź „zdecydowanie nie” N (%)
Czy udział w turnusie rehabilitacyjnym przyczynił się do poprawy Pana/i stanu zdrowia?	135 (45,8%)	75 (25,6%)	84 (28,6%)
Czy czuje się Pan/i zdolny/a do powrotu do pracy?	71 (24,1%)	58 (19,7%)	166 (56,2%)
Czy zastosowane w czasie turnusu leczenie przyczyniło się do poprawy sprawności ruchowej?	163 (54,5%)	63 (21,1%)	73 (24,4%)
Czy zastosowane w czasie turnusu leczenie przyczyniło się do zmniejszenia dolegliwości bólowych?	110 (37%)	56 (18,9%)	131 (44,1%)
Czy czas poświęcony na zabiegi fizjoterapii był wystarczający?	167 (55,8%)	55 (18,4%)	77 (25,8%)
Czy udział w zajęciach prowadzonych przez psychologa przyczynił się do poprawy Pana/i nastroju?	150 (50,3%)	64 (21,5%)	84 (28,2%)
Czy zastosowany w czasie turnusu trening psychologiczny/logopedyczny przyczynił się do odczuwanej przez Pana/Panią poprawy sprawności zaburzonych funkcji?	108 (37%)	97 (33,2%)	93 (31,8%)
Czy przeprowadzone treningi psychologiczne/logopedyczne były dla Pana/i interesujące?	203 (67,9%)	49 (16,4%)	47 (15,7%)
Czy czas poświęcony na treningi psychologiczne/logopedyczne był wystarczający?	162 (59,3%)	68 (24,9%)	43 (15,8%)
Czy uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych przyczyniło się do zwiększenia Pana/i wiedzy na temat czynników ryzyka i zasad profilaktyki chorób cywilizacyjnych?	185 (63,6%)	55 (18,9%)	51 (17,5%)
Czy uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych przyczyniło się do zwiększenia Pana/i wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia?	200 (68,3%)	39 (13,3%)	54 (18,4%)
Czy uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym poprawiło Pana/Pani motywację do powrotu do pracy?	113 (38,8%)	83 (28,5%)	95 (32,7%)

10.1. UWAGI DOTYCZĄCE REALIZACJI PROGRAMU REHABILITACJI OUN ZGŁASZANE W ANONIMOWYCH ANKIETACH

65 pacjentów zamieściło swoje uwagi dotyczące przebiegu rehabilitacji. Najwięcej uwag (20) zawierało pochwały dotyczące profesjonalizmu terapeutów i zadowolenia z prowadzonej terapii.

Pozostałe uwagi można podzielić na dotyczące:

1. organizacji rehabilitacji:

- konieczna poprawa planowania zabiegów, tak aby był czas na odpoczynek pomiędzy poszczególnymi zajęciami (7),
- niedostosowanie intensywności i planu zabiegów do indywidualnego pacjenta (5),
- skargi na: zbyt dużą liczbę zajęć fizycznych (5), za dużo terapii z psychologiem (1),
- skargi na za mało: terapii z logopedą (2), za mało terapii neurologicznej – bez wyjaśnienia co dokładnie to oznacza dla pacjenta (2), wskazane więcej psychoedukacji (2), wskazane więcej terapii z psychologiem (1), wskazane więcej masażu (2),
- zajęcia relaksacyjne powinny odbywać się na materacach lub leżankach (2),
- zbyt małe zaangażowanie fizjoterapeuty (1),
- brakowało zajęć na świeżym powietrzu (2),
- zbyt mały kontakt z lekarzem (2).

2. warunków socjalno-bytowych i lokalowych

- konieczna poprawa w zakresie cateringu/wyżywienia – więcej warzyw, bardziej urozmaicona dieta (8),
- hałas z powodu remontu (2),
- brak dywaników w łazience (1),
- brak pralki i deski do prasowania (1),
- wskazana poprawa jakości i czystości pokoi (1),
- brak kołdry przeciwalergiczej (1).

3. ograniczeń związanych z pandemią COVID-19:

- lęk przed zakażeniem (2),
- nieprawidłowe dezynfekowanie sprzętów (1),
- mocno ograniczone aktywności społeczno-kulturalne (1),
- brak ćwiczeń w basenie (3).

4. Inne:

- przydałyby się dodatkowe badania specjalistyczne (2),
- brak informacji o przyczynie odwołania zajęć (1),
- brak zrozumiałych instrukcji dotyczących przemieszczania się po obiekcie (1),
- za mały druk ankiet dla osoby z zaburzeniami widzenia (1).

10.2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW ANONIMOWEJ ANKIETY PO ZAKOŃCZENIU REHABILITACJI

Pomimo różnic w liczbie otrzymanych ankiet anonimowych na zakończenie rehabilitacji (299) oraz Kwestionariuszy Subiektywnie Oceniających Samopoczucie Pacjentów (209), należy nadmienić, że ok. 25-30% ankietowanych pacjentów po odbytej rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS uważa, że jest zdolnych do powrotu do pracy zawodowej. Dodatkowo u 38,8% uczestnictwo w turnusie poprawiło motywację do powrotu do pracy, zaś 45,8% ankietowanych uważa, że po odbyciu rehabilitacji w ramach programu pilotażowego nastąpiła poprawa stanu zdrowia, a 54,5% odczuwało poprawę sprawności ruchowej oraz 50,3% poprawę nastroju. Przy jednocześnie wysokiej ocenie realizowanych zajęć terapeutycznych i edukacyjnych (ponad 55% ankietowanych zaznaczyło właściwą ilość i jakość poszczególnych zajęć terapeutycznych), należy uznać wystarczającą skuteczność zrealizowanego programu pilotażowego.

Jednocześnie taki wynik jest dobrym prognostykiem dla planowanego szerszego wdrożenia programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, po uprzednim wprowadzeniu do niego koniecznych zmian zawartych we wnioskach z ewaluacji pilotażu i właściwym opracowaniu ostatecznej wersji „KOMPLEKSOWEGO PROGRAMU REHABILITACJI W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS DLA OSÓB Z USZKODZENIEM OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO”.

Większość uwag zgłaszanych w anonimowych ankietach wskazuje na ewentualną potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na właściwe zalecanie, organizację i planowanie zajęć terapeutycznych w ramach turnusu dla poszczególnych pacjentów, z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb i możliwości.

Wskazane jest utrzymanie zbierania odpowiedzi i zachęcanie pacjentów do szczerego wypełniania anonimowych ankiet celem oceny sposobu realizacji usług rehabilitacyjnych, zdobywania informacji o konieczności wprowadzania indywidualnych zmian organizacyjnych na terenie poszczególnych ośrodków oraz ewentualnych potrzebach w zakresie dążenia do poprawy warunków socjalno-bytowych.

III. ANALIZA EFEKTYWNOŚCI KOSZTOWEJ PROGRAMU

Pilotażowy Program Rehabilitacji Leczniczej dla Osób z Uszkodzeniem OUN (dalej: „Pilotaż” lub „Program”) realizowany był w latach 2019-2021 przez dwa ośrodki:

- „Uzdrowisko Konstancin-Zdrój S.A.”
(ul. Sue Ryder 1, 05-510 Konstancin-Jeziorna)
- „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o.
(ul. Sienkiewicza 50, 88-100 Inowrocław)

podczas łącznie 20 turnusów, trwających z założenia 24 dni.

Z Programu korzystało łącznie 410 osób, w tym:

- 243 osoby w Konstancinie (12 turnusów)
- 167 osób w Inowrocławiu (8 turnusów)

Procedury terapeutyczne zostały wykonane zgodnie z założeniami i zaleceniami Programu, co zostało szczegółowo opisane powyżej w niniejszym dokumencie.

Po szczegółowej analizie otrzymanych danych i informacji z przeprowadzonego Pilotażu obliczono faktyczne koszty Programu.

1. KOSZT JEDNEGO DNIA POBYTU

Koszt jednego dnia pobytu, obejmujący zakwaterowanie, wyżywienie oraz badania specjalistyczne i przed wszystkim rehabilitację, wynosił w przeliczeniu na osobę (tzw. osobodzień):

- 282,90 zł w Konstancinie
- 288,99 zł w Inowrocławiu.

2. KOSZT OPŁATY UZDROWISKOWEJ

Koszt opłaty uzdrowiskowej kształtował się w poszczególnych latach na poziomie 4,20 zł – 4,66 zł za 1 dzień pobytu.

Opłata uzdrowiskowa	Konstancin	Inowrocław
2019	4,40	4,20
2020	4,48	4,45
2021	4,66	4,66

Faktyczna długość pobytu poszczególnych osób (część osób skróciła pobytu, część przebywała w ośrodku dłużej niż 24 dni) przedstawia poniższa tabela:

liczba osób	liczba dni pobytu
2	1
2	2
1	4
1	8
1	10
1	16
2	19
3	20
3	21
7	22
11	23
374	24
1	30
1	37

410 osób łącznie

3. KOSZT PRZEJAZDU

Nie otrzymano danych dotyczących miejsca zamieszkania poszczególnych osób, które wzięły udział w Pilotażu, w związku z czym nie było możliwe określenie **kosztów przejazdu** do ośrodków w Inowrocławiu i Konstancinie. Koszty te zostały uwzględnione na podstawie informacji uzyskanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

rok	Konstancin	Inowrocław	łącznie
2019	6 786,88	3 035,06	9 821,94
2020	10 844,18	9 264,80	20 108,98
2021		1 256,28	1 256,28
łącznie	17 631,06	13 556,14	31 87,20

4. KOSZT CAŁKOWITY PROGRAMU PILOTAŻOWEGO

Biorąc pod uwagę składowe wpływające na **koszt całkowity Programu** (tj. koszt jednego dnia pobytu wraz rehabilitacją, opłata uzdrowskowa, długość pobytu, koszt dojazdu) wyliczono koszty Programu, co zostało szczegółowo zaprezentowane w tabeli poniżej, w rozbiciu na dwa ośrodki i zakres kosztowy:

Faktyczne koszty Programu Rehabilitacji Leczniczej dla Osób z Uszkodzeniem OUN w poszczególnych latach, w rozbiciu na ośrodki realizujące Program oraz w ujęciu łącznym:

Ośrodek	zakres	2019	2020	2021	ŁĄCZNIE
KONSTANCIN osobodzień: 282,90 zł	pobyt / rehabilitacja	805 982,10	805 699,20		1 611 681,30
	opłata uzdrowskowa	12 535,60	12 759,04		25 294,64
	przejazd	6 786,88	10 844,18		17 631,06
	łącznie	825 304,58	829 302,42	-	1 654 607,00
INOWROCŁAW osobodzień: 288,99 zł	pobyt / rehabilitacja	255 178,17	794 722,50	93 921,75	1 143 822,42
	opłata uzdrowskowa	3 708,60	12 237,50	1 514,50	17 460,60
	przejazd	3 035,06	9 264,80	1 256,28	13 556,14
	łącznie	261 921,83	816 224,80	96 692,53	1 174 839,16
KONSTANCIN + INOWROCŁAW	pobyt / rehabilitacja	1 061 160,27	1 600 421,70	93 921,75	2 755 503,72
	opłata uzdrowskowa	16 244,20	24 996,54	1 514,50	42 755,24
	przejazd	9 821,94	20 108,98	1 256,28	31 187,20
	łącznie	1 087 226,41	1 645 527,22	96 692,53	2 829 446,16

5. ŚREDNI KOSZT JEDNEGO DNIA POBYTU

Średni koszt jednego dnia pobytu rehabilitacyjnego jednego pacjenta w okresie realizacji Programu wynosił 285,95 zł. Koszt ten uwzględniał zakwaterowanie, wyżywienie, alokowane na jednego pacjenta wynagrodzenie specjalistów zaangażowanych w realizację rehabilitacji, testy diagnostyczne, koszt wyżywienia, amortyzacji sprzętu oraz inne koszty pośrednie (np. sprzątnięcie, energia, pralnia).

6. ŁĄCZNE KOSZTY PILOTAŻU

Z analizy danych faktycznych wynika, że koszty związane z realizacją Pilotażu były wydatkowane efektywnie, zgodnie z założeniami przyjętymi w Programie. **Łączne koszty pobytu rehabilitacyjnego wszystkich 410 osób w dwóch ośrodkach** (z uwzględnieniem różnej długości pobytu poszczególnych pacjentów) wynosiły **2.755.503,72 zł**. Z estymacji kosztów zawartej w Programie (w rozdział 8 Programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN z 2018 roku) wynika, że tenże łączny koszt przedmiotowej grupy pacjentów wyniósłby 2.752.350,85.

liczba osób	liczba dni pobytu	Liczba osobodni	
2	1	2	
2	2	4	
1	4	4	
1	8	8	
1	10	10	
1	16	16	
2	19	38	
3	20	60	
3	21	63	
7	22	154	
11	23	253	
374	24	8 976	
1	30	30	
1	37	37	
410 osób łącznie		9 655	liczba osobodni
		285,07	koszt / osobodzień
		2 752 350,85	łączny koszt wg założeń Programu

W związku z powyższym można jednoznacznie stwierdzić, że **koszty rzeczywiste nie odbiegały znacząco od kosztów szacowanych**. Dodatkowymi pozycjami kosztowymi, które nie zostały uwzględnione we wstępnej estymacji kosztów Programu (ponieważ nie były możliwe do oszacowania) były koszty opłat uzdrowiskowych oraz sfinansowanie kosztów przejazdu pacjentów z miejscowości zamieszkania do danego ośrodka.

- a. **Koszty opłat uzdrowiskowych** ustalane każdorocznie przez daną gminę indywidualnie w ramach maksymalnych stawek określonych prawem wyniosły faktycznie dla grupy 410 osób biorących udział w Pilotażu **łącznie 42.755,24 zł**, w tym: 25.294,64 zł w Konstancinie, a 17.460,60 w Inowrocławiu. Taki podział opłat wynikał z nieco wyższych stawek opłat, a przede wszystkim z większej liczby uczestników Pilotażu w Konstancinie, niż w Inowrocławiu. Natomiast, jak wynikało z otrzymanych wzorów umów zawieranych z ośrodkami, opłaty uzdrowiskowe miały być finansowane przez ośrodki.
- b. Koszty przejazdów wszystkich 410 osób z miejsca zamieszkania, na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wyniosły łącznie **31.187,20 zł** (pkt. 3) wyniosły średnio 72,56 zł dla Konstancina oraz średnio 81,17 zł dla Inowrocławia, co daje wynik średni z całej grupy na poziomie **76,07 zł na osobę**. Pamiętać przy tym należy, że zwrot kosztów przejazdu odbywał się na podstawie najniższej możliwej ceny dojazdu pacjenta przy pomocy transportu publicznego do danego ośrodka. Dlatego, przy tak stosunkowo niskim łącznym koszcie przejazdu w stosunku do kosztów całkowitych Pilotażu można by rozważyć wyższy limit finansowania.
- c. **Całkowite koszty Pilotażu** przedstawione w tabeli (pkt. 4.), tj. pobyt wszystkich 410 osób wraz z odbytą rehabilitacją (z uwzględnieniem faktycznej długości pobytu), wraz z przejazdem z miejsca zamieszkania do danego ośrodkach, a także razem z opłatą uzdrowiskową zależną od danego miejsca i długości pobytu, wyniosły w dwóch ośrodkach łącznie **2.829.446,16 zł**.

7. PODSUMOWANIE ANALIZY EFEKTYWNOŚCI KOSZTOWEJ PROGRAMU

Podczas opracowywania projektu Pilotażowego Programu Rehabilitacji Leczniczej dla Osób z Uszkodzeniem OUN w 2018 r. brano pod uwagę potencjalną skuteczność rehabilitacji, a także związaną z nią efektywność kosztową. Jako, że 25-30% osób, które wzięły udział w przedmiotowych turnusach rehabilitacyjnych realizowanych w ramach Programu deklarowała możliwość powrotu do pracy po zaledwie 24 dniach intensywnej rehabilitacji, zarówno fizycznej, jak i psychologicznej, świadczy o tym, że **program był efektywny kosztowo**. Założyć należy, że w przypadku wdrożenia programu niewielka liczba przyszłych uczestników będzie wymagała dłuższego pobytu rehabilitacyjnego, natomiast z badanej grupy pilotażowej 410 osób jedynie dwóch pacjentów miało pobyt dłuższy niż 24 dni, co nie stanowi istotnego wzrostu kosztów.

Podkreślić należy, że z punktu widzenia ekonomicznego, zapobieganie dezaktywizacji zawodowej osób z uszkodzeniem OUN, oznacza zmniejszenie wydatków na skutki powstałej u pacjenta niepełnosprawności, tj. związanej z nią konieczności pobierania świadczeń, co wydaje się być korzystne kosztowo dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wskutek skorzystania chorego z Programu nastąpić może, co wynikało z przebiegu rehabilitacji i jej efektów, skrócenie okresu pobierania świadczeń rentowych lub innych związanych z absencją chorobową, a także wydłużenie czasu (lat) świadczenia pracy przez pacjenta. Biorąc zatem pod uwagę efektywność kosztową Pilotażu zasadnym jest wdrożenie Programu.

IV. WNIOSKI:

1. PODSUMOWANIE ZREALIZOWANEGO PROGRAMU POD KĄTEM MERYTORYCZNYM W ODNIESIENIU DO WYTYCZNYCH I WYMAGAŃ DLA OŚRODKÓW REHABILITACYJNYCH

1. Z powodu ogłoszenia w dn. 11.03.2020r. przez Światową Organizację Zdrowia stanu pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 i obostrzeń sanitarnych z nią związanych zrealizowano 20 (47,6%) turnusów z 42 zaplanowanych w 2 stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji, z którymi podpisano umowę („Uzdrowisko Konstancin-Zdrój S.A.” w Konstancinie-Jeziornie, „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. w Inowrocławiu). Z pilotażowego programu skorzystało łącznie 410 osób: 243 osoby w Konstancinie-Jeziornie (59,3%) i 167 osób w Inowrocławiu (40,7%). Program pilotażowy został zrealizowany w zakresie niezbędnego minimum pozwalającego na jego analizę i ewaluację.
2. 35 (8,54%) chorych zostało skierowanych przez lekarzy orzeczników niezgodnie z założeniami programu, ze względu na diagnozę schorzenia podstawowego wg ICD-10, będącego podstawą skierowania.
3. W przypadku 37 (9,02%) skierowanych osób, rodzaj i nasilenie objawów uszkodzenia układu nerwowego nie kwalifikowało się na turnus rehabilitacyjny. Osoby te nie miały zespołu neurologicznego, lub miały jedynie zespół odruchowy, lub śladowe objawy uszkodzenia OUN, które nie wymagały kompleksowej rehabilitacji i pobytu na turnusie rehabilitacyjnym dla osób z uszkodzeniem OUN (1 z tych osób przebywała na turnusie tylko 2 dni).
4. Wątpliwości budzi zasadność skierowania na rehabilitację w ramach prewencji rentowej kobiet w wieku powyżej 59 r.ż. (5 osób) i mężczyzn w wieku powyżej 65r.ż. (5 osób), tj. osób wchodzących w wiek emerytalny – konieczne wydaje się określenie górnej granicy wieku pozwalającej na realizację programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w chorobach OUN: dla kobiet – 60r.ż., dla mężczyzn – 65r.ż. (zgodnie z obowiązującym wiekiem emerytalnym).
5. W przypadku 37 (9,02%) skierowanych osób, rodzaj i nasilenie objawów uszkodzenia układu nerwowego nie kwalifikowało się na turnus rehabilitacyjny. Osoby te nie miały zespołu neurologicznego, lub miały jedynie zespół odruchowy, lub śladowe objawy

uszkodzenia OUN, które nie wymagały kompleksowej rehabilitacji i pobytu na turnusie rehabilitacyjnym dla osób z uszkodzeniem OUN (1 z tych osób przebywała na turnusie tylko 2 dni).

6. W części kart informacyjnych opinie były niemiarodajne, i nie pozwalały na dokonanie obiektywnej oceny stanu neurologicznego i funkcjonalnego, np.: „badanie jak w historii choroby”. Część opinii była uniwersalna lub przeklejana – w przypadkach gdy ta sama opinia była odnotowana przy przyjęciu i przy wypisie.
7. W części przypadków wypełnianie Informacji o rehabilitacji leczniczej było niekompletne - brak opinii niektórych specjalistów.
8. Obserwowano przypadki sprzecznych informacji w opisach stanu neurologicznego i funkcjonalnego, sporządzonych przez poszczególnych specjalistów, w odniesieniu do tego samego pacjenta.
9. Wszystkie procedury terapeutyczne w ramach pilotażowego programu rehabilitacji OUN były realizowane zgodnie z wymaganiami oraz prawidłowo dokumentowane.
10. Testy funkcjonalne (Test „wstań i idź”, Skala równowagi Berga, Test 9 kołków i Skala ACE-R) wymagane zapisami programu były realizowane i dokumentowane zgodnie z wymaganiami programu oraz są wiarygodne i pozwalają obiektywnie wskazać grupy chorych odnoszących korzyści funkcjonalne z przeprowadzonej terapii.

2. PODSUMOWANIE ANALIZY EFEKTÓW I SKUTECZNOŚCI PROGRAMU WODNIENIU DO POPRAWY FUNKCJONALNEJ SAMOOCENY UBEZPIECZONYCH, WYNIKÓW ANKIETY PO ZAKOŃCZENIU TURNUSU, ORAZ ODZYSKANIA ZDOLNOŚCI DO PRACY (POWROTU DO PRACY)

1. W ocenie lekarzy prowadzących 64,4% osób poddawanych rehabilitacji uzyskało poprawę stanu funkcjonalnego, a tylko 2 osoby miały przedłużenie turnusu rehabilitacyjnego. Ze względu na obserwowaną poprawę stanu funkcjonalnego przez lekarzy prowadzących należy wnioskować, że większa liczba osób mogła kwalifikować się do przedłużenia turnusów rehabilitacyjnych.
2. Otrzymano jedynie 51% wypełnionych „Kwestionariuszy Subiektywnie Oceniających Samopoczucie Pacjenta”, a w ok. 10% przypadków kwestionariuszy wypełnianych przy wypisie brakowało odpowiedzi na pytania.
3. Nie stwierdzono istotnych zmian po odbyciu pilotażowego programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS w zakresie dokonywanej przez pacjentów samooceny.
4. W związku z brakiem istotnych różnic w samoocenie chorych w 2 punktach czasowych należy wnioskować, że ze względu na zbyt krótki czas oddziaływania terapeutycznego (turnus trwający 24 dni) nie dochodzi do zmian stylu życia i istotnych zmian w zakresie samooceny stanu zdrowia i własnych możliwości przez pacjentów.
5. Ok. 25-30% pacjentów po odbytej rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS uważa, że jest zdolnych do powrotu do pracy zawodowej, a u 38,8 % uczestnictwo w turnusie poprawiło motywację do powrotu do pracy.
6. Samoocena poprawy stanu zdrowia dokonana w ankietach przez pacjentów, wykazała nieco gorsze wyniki uzyskane przez pacjentów niż w ocenie lekarzy prowadzących tj. 45,8% ankietowanych uważało, że po odbyciu rehabilitacji w ramach programu pilotażowego nastąpiła poprawa stanu zdrowia, a 54,5% odczuwało poprawę sprawności ruchowej oraz 50,3% poprawę nastroju.
7. Uwzględniając ocenę lekarzy oraz samoocenę dokonaną przez pacjentów należy uznać, że zrealizowany program pilotażowy jest skuteczny i zasadne jest wprowadzenie rehabilitacji osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego na stałe do programów rehabilitacji ZUS w ramach prewencji rentowej.

3. PODSUMOWANIE KONIECZNYCH DO WPROWADZENIA ZMIAN W PROGRAMIE REHABILITACJI W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS DLA OSÓB Z USZKODZENIEM OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO

1. Wskazane rozszerzenie listy rozpoznań ICD-10 stanowiących podstawę skierowania na rehabilitację osób z uszkodzeniem OUN i uwzględnić w niej następujące rozpoznania:
 - Nowotwory niezłośliwe opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu i innych części OUN
 - D32 – nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
 - D33 – nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części OUN
 - Choroby pozapiramidowe
 - G20 – choroba Parkinsona
 - G22 – parkinsonizm wtórny
 - Choroby zapalne OUN
 - G02 – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu innych chorób zakaźnych i pasożytniczych
 - G03 – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez inne i nieokreślone czynniki
 - G04 – zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego
 - G05 - zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
 - G06 – ropień i ziarniak śródczaszkowy i w kanale kręgowym
 - G09 – następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego
 - Choroby demielinizacyjne
 - G35 – stwardnienie rozsiane
 - G36 – inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu
 - G37 – inne choroby demielinizacyjne OUN
 - Inne choroby OUN
 - G92 – encefalopatie toksyczne
 - G93 – inne uszkodzenia mózgu
 - G95 – inne choroby rdzenia
 - Choroby naczyniowe OUN
 - G46 – zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych

- I60 – krwotok podpajęczynówkowy
 - I61 – krwotok śródczaszkowy
 - I62 – inne krwotoki śródczaszkowe nieurazowe
 - I63 – zawał mózgu
 - I64 – udar mózgu nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy
 - I67 – inne patologie naczyniowe mózgu
 - I69 – następstwa chorób naczyniowych mózgu
- Urazy OUN i ich następstwa
- S06 – uraz śródczaszkowy
 - T90 – następstwa urazów głowy
2. Należy opracować wytyczne dla lekarzy orzeczników zawierające kryteria kwalifikacji osób na rehabilitację w ramach prewencji rentowej, uwzględniające nasilenie dysfunkcji oraz czas, jaki upłynął od zachorowania w przypadku chorób o jednofazowym przebiegu.
 3. Należy zmodyfikować wzór „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej dla osób z uszkodzeniem OUN”. Wskazane jest umieszczenie schematów/tabel, które wymuszają uzupełnianie jednorodnych, porównywalnych i pełnych informacji. Takie dane pozwolą uzyskać lekarzowi orzecznikowi i innym lekarzom jednoznaczne i miarodajne informacje o stanie funkcjonalnym danej osoby oraz o uzyskanej poprawie.
 4. Brak jest podstaw merytorycznych do wykonywania oceny psychologicznej neuropsychologicznej czy logopedycznej przy wypisie, jeżeli we wstępnym badaniu na rozpoczęciu turnusu rehabilitacyjnego nie stwierdzano deficytów funkcjonalnych wymagających prowadzenia specjalistycznej terapii psychologicznej, neuropsychologicznej czy logopedycznej.
 5. Ze względu na zbyt krótki czas oddziaływania terapeutycznego (turnus trwający 24 dni), nie dochodzi do zmian stylu życia i istotnych zmian w zakresie samooceny stanu zdrowia i własnych możliwości przez pacjentów. Dlatego też nie stwierdza się zasadności utrzymania wymogu wykonywania oceny ankietowej za pomocą „Kwestionariusza Subiektywnie Oceniającego Samopoczucie Pacjenta” w czasie realizacji programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

6. PODSUMOWANIE EWALUACJI KSZTAŁTUJĄCEJ PROGRAM

1. Program pilotażowy był wdrażany z problemami związanymi z ogłoszonym w dn. 11.03.2020r. przez Światową Organizację Zdrowia stanem pandemii COVID-19 wywołanym przez koronawirusa SARS-CoV-2 i obostrzeniami sanitarnymi z nim związanymi.
2. Pomimo problemów pilotaż dotyczący realizacji rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniami OUN w warunkach stacjonarnych był zrealizowany w stopniu wystarczającym do wyciągnięcia właściwych i wiążących wniosków.
3. Nie zrealizowano planowanego pilotażu w ośrodkach prowadzących terapię w trybie ambulatoryjnym z powodu braku zainteresowania ośrodków podpisaniem umowy z ZUS. Może to wynikać z wysokich wymagań stawianych ośrodkom lub zbyt niskiej wyceny świadczenia.
4. Program w przypadku 25-30% pacjentów przyczynił się do ich gotowości do powrotu na rynek pracy zawodowej. Wskazuje to na istotną rolę przeprowadzonego pilotażu w osiąganiu zmian społecznych i ekonomicznych zgodnie z pierwotnymi założeniami „Kompleksowego programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego”.
5. Możliwe sposoby poprawy realizacji programu obejmują przede wszystkim zmiany, które należy wprowadzić w „Kompleksowym programie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego”. Dzięki wprowadzeniu zaproponowanych powyżej zmian możliwe będzie ograniczenie nielicznych błędów występujących w programie oraz unikanie wykonywania zbędnych procedur nie wnoszących nic w zakresie poprawy jakości opieki i efektywności terapii.

7. PODSUMOWANIE ANALIZY EFEKTYWNOŚCI KOSZTOWEJ PROGRAMU

1. Koszty związane z realizacją Pilotażu były wydatkowane efektywnie, zgodnie z założeniami przyjętymi w Programie.
2. Koszty rzeczywiste poniesione przez ZUS nie odbiegały znacząco od kosztów szacowanych. Dodatkowymi pozycjami kosztowymi, które nie zostały uwzględnione we wstępnej estymacji kosztów Programu były koszty opłat uzdrowiskowych oraz sfinansowanie kosztów przejazdu pacjentów z miejscowości zamieszkania do danego ośrodka.
3. Jako, że 25-30% osób, które wzięły udział w przedmiotowych turnusach rehabilitacyjnych realizowanych w ramach pilotażu deklarowała możliwość powrotu do pracy po zaledwie 24 dniach intensywnej kompleksowej rehabilitacji, zarówno fizycznej, jak i psychologicznej, świadczy o tym, że program był efektywny kosztowo.
4. Założyć należy, że w przypadku wdrożenia programu pewna liczba przyszłych uczestników będzie wymagała dłuższego pobytu rehabilitacyjnego.
5. W oparciu o uzyskane wyniki obejmujące zarówno ocenę efektów rehabilitacji dokonywaną przez lekarzy, samoocenę pacjentów jak i analizę efektywności kosztowej wskutek skorzystania chorego z Programu nastąpić może skrócenie okresu pobierania świadczeń rentowych lub innych związanych z absencją chorobową, a także wydłużenie czasu (lat) świadczenia pracy przez pacjenta.
6. Uwzględniając efektywność kosztową pilotażu zasadnym jest wdrożenie rehabilitacji osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego na stałe do programów rehabilitacji ZUS w ramach prewencji rentowej.