



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 138/2017 z dnia 7 lipca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji
lecniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji lecniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy realizacji interwencji rehabilitacyjnych w grupie dorosłych aktywnych zawodowo. Mimo iż zaproponowane interwencje rehabilitacyjne (kinezyterapia, fizykoterapia, masaże) stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji lecniczej, to w połączeniu z działaniami edukacyjnymi oraz zajęciami i promocją aktywności fizycznej, stanowią one logiczną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu. Zatem zgodnie z wytycznymi dla Europejskiego Funduszu Społecznego mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępowujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy mieć jednak na uwadze, że niektóre elementy projektu wymagają korekty.

Cel programowe nie budzą zastrzeżeń. Mierniki efektywności należy uzupełnić o wskaźniki jakościowe.

Wybór populacji docelowej uznać należy za zasadny. Należy jedynie zwrócić uwagę, że w ramach programu działaniami planuje się objąć niewielki odsetek osób kwalifikujących się do udziału, co może nie przełożyć się na widoczne efekty zdrowotne w populacji.

Zaplanowane działania stanowią interwencje rekomendowane. Zaplanowana edukacja zdrowotna oraz działania z zakresu intensyfikacji aktywności fizycznej są istotnymi elementami programu. W projekcie zakłada się dobieranie czasu i liczby spotkań indywidualnie dla uczestników, podobnie jak wybierane będą metody terapeutyczne, co jest podejściem poprawnym.

Rehabilitacja medyczna obejmuje świadczenia finansowane ze środków publicznych, zatem warto określić sposób postępowania umożliwiający uniknięcie podwójnego finansowania.

Monitorowanie i ewaluację opisano prawidłowo.

Oszacowania w budżecie nie budzą większych zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji lecniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 6 000 000 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a



ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego jakim są choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Opiniowany program realizuje następujące priorytety: zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego oraz rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126)

W treści projektu programu przedstawiono szczegółowy opis regionalnej sytuacji epidemiologicznej. Odniesiono się m.in. do zjawiska starzenia się społeczeństwa, współczynnika rzeczywistego umieralności z powodu chorób układu kostno-mięśniowego (powołanie na mapy potrzeb zdrowotnych), a także hospitalizacji spowodowanych ww. chorobami oraz w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej. Ponadto, wskazano wysokość wydatków z tytułu niezdolności do pracy jakie generują choroby układu kostno-stawowego.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „ułatwienie powrotu do sprawności, poprzez rehabilitację, co najmniej 10% pacjentów z województwa łódzkiego z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej uczestniczących w Programie tak, aby mogli oni podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową w czasie trwania Programu i po jego zakończeniu”. W projekcie programu przedstawiono także dwa cele szczegółowe stanowiące uzupełnienie wskazanego powyżej założenia głównego. Dotyczą one „poprawy kontroli wybranych czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u pacjentów uczestniczących w Programie (t.j. wskaźnik masy ciała BMI, aktywność fizyczna)” oraz „wzrostu motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaratywnym)”. Warto zaznaczyć, że powyższe cele są dość złożone, co może pociągnąć za sobą trudności w zmierzeniu stopnia ich realizacji.

Przedstawione mierniki efektywności odnoszą się liczby osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie, liczby osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała, liczby osób, u których zwiększy się poziom aktywności fizycznej, liczby osób, u których zmniejszy się natężenie dolegliwości bólowych, liczby osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych zachowań zdrowotnych oraz liczby osób objętych działaniami w ramach programu. Należy zaznaczyć, że w przypadku każdego miernika efektywności określono także wartość odniesienia, wartość docelową oraz sposób pomiaru. Ww. mierniki efektywności wydają się być adekwatne do postawionych celów, jednak są to tylko mierniki ilościowe. Uzupełnienie mierników ilościowych dodatkowymi wskaźnikami o charakterze jakościowym (np. w zakresie poprawy jakości życia u osób korzystających z programu) należy uznać za działanie zasadne. Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu.

Populacja docelowa

Program adresowany jest do mieszkańców województwa łódzkiego, osób w wieku aktywności zawodowej, powyżej 50. roku życia, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (w szczególności: z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii, z chorobami kręgosłupa, z chorobami tkanek miękkich – mięśni, powięzi i ścięgien).

Populację kwalifikującą się do programu oszacowano na ok. 40 000 osób. W części poświęconej adresatom programu wskazano, że ze względu na ograniczone możliwości finansowe programem objętych zostanie 3 000 osób. Należy zaznaczyć, iż zgodnie z danymi GUS (stan na rok 2016) województwo łódzkie zamieszkuje 2 485 323 osób, osoby w wieku 50 lat i więcej stanowią 39,4% całej populacji, natomiast osoby w przedziale 50-64 – 21,1% - 525 272 osób.

O ostatecznej kwalifikacji do programu (możliwości zastosowania działań rehabilitacyjnych u danego pacjenta) decyduje lekarz realizujący świadczenia w ramach programu – podczas pierwszej rehabilitacyjnej porady lekarskiej.

Interwencja

W ramach programu oferuje się rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych. Podkreślono, że rehabilitacja w ww. trybie może być prowadzona także po powrocie pacjenta do pracy zawodowej, zmniejszając tym samym ryzyko wystąpienia nawrotu choroby oraz poprawiając codzienne funkcjonowanie.

Schemat postępowania w ramach programu wygląda następująco:

- Krok 1 – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – informowanie o możliwości uczestnictwa w programie;
- Krok 2 – kwalifikacja do programu – I rehabilitacyjna porada lekarska;
- Krok 3 – rehabilitacja z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej – zabiegi fizjoterapeutyczne;
- Krok 4 – warsztaty psychoedukacyjne;
- Krok 5 – końcowa konsultacja – II rehabilitacyjna porada lekarska;
- Krok 6 – ocena skuteczności programu – III rehabilitacyjna porada lekarska;

Pierwszy krok dotyczy lekarza POZ, którego zadaniem będzie ocena czy pacjent spełnia główne kryteria włączenia do programu. Wydaje się, że weryfikacja przez lekarza POZ czy dany pacjent jest aktywny zawodowo wykracza poza kompetencje lekarskie. Poza tym nie można odnieść się do tak ogólnego sformułowania jak: „występująca choroba była, jest lub w przyszłości może stanowić zagrożenie dla zdolności do pracy (np. czasowej)”.

Kolejny etap programu obejmuje kwalifikacyjną poradę rehabilitacyjną, na której, weryfikacji będzie podlegało również czy pacjent wymaga rehabilitacji oraz czy jego stan zdrowia umożliwi mu udział w programie. Lekarz przeprowadzi szczegółowy wywiad oraz wykonane zostaną badania przedmiotowe (m.in. wydolności fizycznej, siły mięśniowej, zakresu ruchów, oceny zjawiska bólu - zakres i miejsce występowania bólu). Następnie lekarz ustali program usprawnienia leczniczego (m.in. wystawiając zlecenie na zabiegi fizjoterapeutyczne). Uwzględnione będą nie tylko założenia programu, ale również preferencje pacjenta (maksymalnie 5 zabiegów dziennie przez okres 3 tygodni - 15 dni). Wydaje się, że projekt przewiduje zindywidualizowane podejście, co jest zalecane przez ekspertów klinicznych.

W części poświęconej 3. etapowi zaznaczono, że pacjent odbędzie cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Częstotliwość i czas trwania każdego z zabiegów określi fizjoterapeuta. W treści projektu wskazano, że zabiegi mogą obejmować: kinezyterapię, a także zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem magnetycznym, ultradźwiękami, laseroterapii, masażu lub inne rekomendowane, zgodnie z osiągnięciami najnowszej wiedzy i praktyki rehabilitacyjnej. Warto doprecyzować jakie dokładnie świadczenia rehabilitacyjne oferowane będą w ramach programu. Nie wiadomo jakie interwencje/grupy interwencji planuje się wykonywać w postępowaniu w konkretnych schorzeniach – kwestia ta powinna zostać sprecyzowana.

Należy podkreślić, że w związku z brakiem dokładnych informacji na temat zakresu oraz liczby stosowanych poszczególnych rodzajów interwencji, nie jest możliwe do zweryfikowania czy pacjenci faktycznie otrzymają adekwatną ilość świadczeń terapeutycznych. W wytycznych podkreśla się

konieczność zapewnienia powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Planowany element edukacyjny będzie w szczególności obejmował aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Fizjoterapeuta przedstawi pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych, które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie po zakończeniu rehabilitacji, odniesiono się także do nauki prawidłowych wzorców ruchowych.

Krok 4 odnosi się do warsztatów psychoedukacyjnych. Uczestnicy programu wezmą udział w 4 spotkaniach (każde trwać będzie min. 60 min., grupy składać się będą z maksymalnie 10 osób). Warsztaty psychoedukacyjne prowadzone będą przez dietetyka oraz psychologa. Zakres tematów będzie ustalany indywidualnie po uwzględnieniu specyficznych potrzeb identyfikowanych na poziomie danej grupy uczestniczącej w programie. Nie sprecyzowano jednak jakie narzędzia zostaną wykorzystane w tym celu. Nie wiadomo też według jakiego klucza uczestnicy będą przydzielani do danej grupy uczestniczącej w warsztatach.

Tematyka planowanych sesji psychoedukacyjnych ma odnosić się do konieczności nabycia wiedzy o swoich dolegliwościach oraz umiejętności radzenia sobie z sytuacją choroby. Zgodnie z rekomendacjami edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy jest częścią mającą wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (EU-OSHA 2016). Ponadto wskazano, że program ma zachęcać do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu zdrowia uczestnika oraz przez niego akceptowanej. Warto zaznaczyć, że profilaktyka zaburzeń układu ruchu wymaga działań na wielu płaszczyznach, zarówno w odniesieniu do zmiany warunków i organizacji pracy, jak i aktywności pozazawodowej. Odpowiednia i systematyczna aktywność fizyczna jest natomiast jedną z najprostszyc form profilaktyki, niewymagającą wkładu finansowego (CIOP 2015).

W projekcie zaznacza się, że planowane spotkania oprócz aspektu edukacyjnego, będą oferowały danej osobie także wsparcie „m.in. poprzez rozbudowanie jego sieci oparcia społecznego”. Nie sprecyzowano jednak jakie działania zostaną podjęte w celu osiągnięcia powyższego założenia. Co istotne, po zakończeniu warsztatów psychoedukacyjnych realizator realizujący program umożliwi (wskazano, iż chodzi o udostępnienie miejsca do spotkań) pacjentom uczestniczącym w programie i wyrażającym taką potrzebę/chęć, spotkania w ramach pacjencie grupy wsparcia dla cierpiących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Zaznaczono, że działanie to będzie realizowane przez cały okres trwania programu, a także minimum przez rok po jego zakończeniu.

W kroku 5. realizowana będzie II rehabilitacyjna porada lekarska (końcowa konsultacja), która ma się odbyć w ciągu max. 2 tygodni od zakończenia cyklu rehabilitacji oraz po odbyciu warsztatów psychoedukacyjnych. Podczas II porady rehabilitacyjnej lekarz przeprowadzi ocenę skuteczności zastosowanych interwencji (oceniając m.in. obecne dolegliwości bólowe) oraz wyda dalsze zalecenia.

Krok 6 przewiduje przeprowadzenie III rehabilitacyjnej porady lekarskiej odnoszącej się do oceny skuteczności programu (będzie ona realizowana po ok. 3 miesiącach od konsultacji końcowej wskazanej w kroku 5.). Wizyta prowadzona będzie przez lekarza. Pacjent ponownie wypełni wspomnianą uprzednio ankietę. Badający przeprowadzi natomiast badanie i wywiad w celu oceny m.in. wskaźnika masy ciała, deklarowanego poziomu aktywności fizycznej, nasilenia dolegliwości bólowych związanych z chorobą (stanowiącą przyczynę rehabilitacji w ramach programu).

Ponadto, zaznaczono że wszystkie świadczenia w ramach programu będą realizowane przez zespół specjalistów, ściśle współpracujący z lekarzem. W skład wspomnianego zespołu wejdą m.in.: dietetyk, fizjoterapeuta i psycholog (program będzie realizowany przez odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, posiadającą co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe). Warto zaznaczyć, że z odnalezionych rekomendacji wynika, że w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.

W ramach podsumowania, warto zaznaczyć, że mimo iż zaproponowane interwencje rehabilitacyjne (kinezyterapia, zabiegi z zakresu krioterapii, hydroterapii, leczenia polem magnetycznym,

ultradźwiękami, laseroterapii, masażu) stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, to w połączeniu z działaniami edukacyjnymi oraz zajęciami i promocją aktywności fizycznej, stanowią logiczną całość oraz skierowane są do zdefiniowanej grupy docelowej. Zatem zgodnie z wytycznymi dla EFS mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Monitorowanie programu zostało zaplanowane poprawnie i uwzględnia zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń. Dodatkowo warto zaznaczyć, że w przypadku udziału w zabiegach rehabilitacyjnych zasadnym wydaje się uwzględnienie uczestników programu z podziałem na wiek oraz typ występującego schorzenia.

Podstawę oceny efektywności programu będą stanowiły wyznaczone mierniki efektywności. Zestawione zostaną wartości wskaźników przed i po realizacji programu, co uznać należy za działanie zasadne, bowiem dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu. Ponadto zaznaczono, że ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu programu i będzie procesem długoterminowym.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono jego części składowe, etapy oraz działania organizacyjne oraz odniesiono się do kompetencji/warunków niezbędnych do jego realizacji. Przedstawiono także kryteria kwalifikacji uczestników do programu, sposób udzielania świadczeń oraz sposób zakończenia udziału w programie. Realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W treści projektu programu zaznaczono, że średni koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika oszacowany został na ok. 1 091 zł (całkowite koszty bezpośrednie przewidziane na realizację programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają). Sposobu oszacowania ww. kosztu udziału jednego uczestnika w programie nie można jednak uznać za prawidłowy, nie wiadomo bowiem z jakich działań oferowanych w ramach programu skorzysta dana osoba.

Koszty całkowite programu oszacowane zostały na 6 000 000 PLN. W projekcie wskazano koszty dla poszczególnych etapów programu. Podzielono je także ze względu na koszty pośrednie i bezpośrednie. Oszacowania budżetu nie budzą większych zastrzeżeń.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Postępujące starzenie się społeczeństwa, brak nawyków prozdrowotnych, stresujący tryb życia, degradacja środowiska naturalnego, nasilanie się częstotliwości różnego rodzaju wypadków, wreszcie postęp medycyny ratującej życie, ale nie zawsze umiejącej zapobiec skutkom chorób czy wypadków jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Programy zdrowotne poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Niepełnosprawność jest pojęciem określającym, długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Pojęcie to odnosi się do populacji zróżnicowanych pod kątem rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, przyczyny, czy stopnia niepełnosprawności, a tym samym populacji o różnych wymaganiach terapeutycznych, jak również edukacyjnych, czy społecznych, do realizacji których możliwe jest zastosowanie różnorodnych interwencji

Alternatywne świadczenia

Aktualnie, osobom wymagającym rehabilitacji przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach ubezpieczenia chorobowego świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

W ramach ubezpieczenia wypadkowego przysługuje świadczenie rehabilitacyjne z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. Światowej Organizacji Zdrowia, European Agency for Safety and Health at Work, Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością.

Wśród odnalezionych rekomendacji zidentyfikowano cztery rodzaje interwencji z zakresu zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego: terapię ruchową, techniki behawioralne, dostosowanie miejsca pracy oraz świadczenie usług dodatkowych. Większość badań charakteryzowała się korzystnymi wynikami, jednak wraz z wielkością i lepszą jakością badania, efekt był mniejszy. Warto

podkreślić, że interwencje charakteryzujące się wzmożoną intensyfikacją działań były mniej skuteczne od działań mniej złożonych.

Wszystkie wytyczne dla zdrowia w miejscu pracy w zakresie zarządzania bólem dolnej części pleców podkreślają znaczenie powrotu do pracy tak szybko, jak to możliwe, nawet jeśli pracownik odczuwa jeszcze pewien ból w ww. miejscu. W razie potrzeby zaleca się początkową modyfikację obowiązków pracowniczych oraz systematyczne zwiększanie ich ilości (w zakresie godzin i/lub zadań) dopóki nie zostanie osiągnięty pełen powrót do sprawności adekwatnej do wykonywania danej pracy.

Wśród najczęściej zalecanych metod leczenia wymienić można: leki uśmierzające ból, stopniowo postępujące programy ćwiczeń oraz rehabilitację wielodyscyplinarną. Najczęściej stosowaną kombinacją elementów stanowi połączenie ćwiczeń fizycznych, terapii behawioralnej oraz edukacji (zróżnicowanych pod względem składowych aktywności). Ćwiczenia fizyczne powinny wpływać na wzrost siły mięśniowej, koordynacji, zakresu ruchu kręgosłupa, sprawności układu krążenia oraz zmniejszenia napięcia mięśniowego.

Wyniki badań dotyczących leczenia kończyn dolnych wskazują w sposób ogólny, że programy ćwiczeń mogą osiągać skuteczność w przypadku problemów biodrowych i kolanowych.

W ramach profilaktyki dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą istotną rolę odgrywa promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy. Profilaktyka zaburzeń układu ruchu wymaga działań na wielu płaszczyznach, zarówno w odniesieniu do zmiany warunków i organizacji pracy, jak i aktywności pozazawodowej. Odpowiednia i systematyczna aktywność fizyczna jest jedną z najprostszych form profilaktyki, która nie wymaga wkładu finansowego. Dlatego też zaleca się, aby społeczne środowisko pracy stworzyło odpowiednie warunki do kreowania pożądanych – prozdrowotnych zachowań, stanowiących inwestycję zarówno w wizerunek firmy, jak i w zdrową, aktywną kadrę pracowniczą.

Podkreślić należy wagę stosowania działań zwiększających wydolność i siłę mięśniową starszych pracowników, dzięki treningom siłowym i wytrzymałościowym. Trening siłowy jest skuteczną interwencją służącą poprawie siły mięśni, mocy i zwiększeniu masy mięśniowej. Trening wytrzymałościowy wpływa natomiast na poprawę wydolności fizycznej. Połączenie obu form ww. treningów jest najskuteczniejszym sposobem poprawy funkcji nerwowo-mięśniowych oraz krążeniowych. Interwencja ta poprawia ogólny stan fizyczny, pomaga w utrzymaniu niezależności, zapobieganiu niepełnosprawności oraz innym skutkom niepożądanym.

Główną zasadą rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK jest kompleksowość postępowania, tj. łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychosocjalnych. Postępowaniem z wyboru w obu jednostkach chorobowych jest rehabilitacja z użyciem krioterapii (krioterapia ogólna i miejscowa, ćwiczenia w odciążeniu stawów, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe). W przypadku nieskuteczności rehabilitacji z użyciem krioterapii lub przy obecnych przeciwwskazaniach do tej formy leczenia, należy zastosować tradycyjną rehabilitację (ćwiczenia w odciążeniu stawów w basenie, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe, elektroterapia, magnetoterapia). Kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem.

Rehabilitacja bez względu na metodę jest dobrym środkiem poprawiającym ocenę aktualnej zdolności do pracy oraz ocenę własnych możliwości w stosunku do fizycznych wymagań wykonywanego zawodu. W związku z czym, rehabilitacja ta jest zalecana szczególnie osobom aktywnym zawodowo, z przewlekłymi chorobami narządu ruchu, w celu utrzymania ich w zatrudnienia.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.120.2017 „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” realizowany przez: Województwo łódzkie, Warszawa, czerwiec 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 165/2017 z dnia 3 lipca 2017 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”