



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 293/2017 z dnia 27 października 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wielkopolski
program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej” 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 leczniczej, to w połączeniu z działaniami edukacyjnymi, 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, wskazane w dalszej części opinii.

Wybór populacji docelowej uznać należy za zasadny. Zaleca się jednak zmodyfikowanie kryterium wykluczenia z programu, zgodnie z uwagą w dalszej części opinii.

Zaplanowane działania stanowią interwencje rekomendowane. Zaplanowana edukacja zdrowotna jest istotnym elementem programu. Ocena jakości życia uczestników zgodnie z kwestionariuszem SF-36 stanowi wartość dodaną projektu i nie budzi zastrzeżeń. Warto jednak zwrócić uwagę, że konieczne jest określenie osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych interwencji w programie.

Monitorowanie opisano prawidłowo. Ewaluację należy uzupełnić o wskaźniki jakościowe.

Budżet należy uzupełnić o koszty działań edukacyjnych oraz wyjaśnić niejasności dotyczące zakupów sprzętowych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 17,6 mln 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 w tym m.in. choroby zwyrodnieniowe stawów, bóle kręgosłupa, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). 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.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy choroby stawów w roku 2014 wyniosła 584,5 tysięcy przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 1538,0. W województwie wielkopolskim zapadalność wynosiła 45,3 tys. Chorobowość rejestrowaną w grupie chorób stawów w Polsce oszacowano na 4 673,9 tys., a w województwie wielkopolskim na poziomie 365,4 tys., co stanowiło 5 najwyższy wynik w kraju.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących schorzeń układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wśród mieszkańców Wielkopolski w wieku produkcyjnym poprzez działania zdrowotne i edukacyjne”. Cel główny powinien odnosić się do populacji uwzględnionej w programie tj. kobiet i mężczyzn w wieku odpowiednio 50-59 lat oraz 50-64 lata. Populacja osób w wieku produkcyjnym jest szersza, a działania przewidziane w ramach programu (rehabilitacja, działania edukacyjne, sportowo-rekreacyjne) nie są skierowane do osób w innych grupach wiekowych niż te wskazane powyżej. W projekcie programu przedstawiono także 3 cele szczegółowe. Warto wskazać, że cele programowe powinny być konstruowane zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Przedstawione mierniki efektywności programu również wymagają przeformułowania oraz uzupełnienia. Zaplanowany miernik dotyczący poprawy stanu zdrowia jest zbyt ogólny i nie pozwoli na precyzyjne określenie stopnia osiągnięcia celu. Zaleca się, aby w omawianym zakresie mierniki otrzymały przykładowe brzmienie: liczba osób, u których stwierdzono wzrost/obniżenie natężenia dolegliwości bólowych oraz liczba osób, u których stwierdzono wzrost poziomu wiedzy, odsetka osób, u których zanotowano poprawę sprawności fizycznej, czy też liczby udzielonych świadczeń. Jednocześnie należy każdemu z tych mierników przypisać odpowiednią skalę. Konieczne jest także odniesienie się do wskaźników efektywności programu w zakresie jego wpływu na poprawę aktywności zawodowej populacji docelowej.

Populacja docelowa

Program adresowany jest do mieszkańców województwa wielkopolskiego w wieku aktywności zawodowej, dotkniętych dysfunkcją układu ruchu. Stan ludności dla województwa wielkopolskiego wynosił w 2016 roku ogółem 3 481 625 w tym mężczyzn 1 693 965 i kobiet 1 787 660. W projekcie założono, że osoby powyżej 50 roku życia (kobiety w wieku 50-59 oraz mężczyźni w wieku 50-64 tj. 554 925 osób), ale będące w wieku produkcyjnym stanowią 16% z ogólnej liczby mieszkańców województwa. Dodatkowo przyjęto (na podstawie danych epidemiologicznych), że populację

docelową, która mogłaby zostać zakwalifikowana do programu stanowiłoby ok. 11 862 osób. Oszacowania te nie budzą zastrzeżeń.

Do działań programu związanych z rehabilitacją/edukacją zaplanowano włączenie połowy powyższej populacji czyli ok. 5 876 osób.

W projekcie wskazano kryteria kwalifikacji, z czego jednym z nich jest konieczność posiadania skierowania od lekarza poz lub lekarza specjalisty na przeprowadzenie rehabilitacji medycznej. Należy jednak wskazać, że zaproponowane w projekcie kryterium wykluczenia z programu nie jest jasne. Warto przeformułować je w taki sposób, aby dotyczyło nie samego faktu korzystania z rehabilitacji, a raczej korzystania ze zbliżonych świadczeń w danym wskazaniu.

Interwencja

W ramach przesłanego projektu programu planuje się przeprowadzenie następujących interwencji:

- Porada lekarska/porada fizjoterapeuty,
- Interwencje rehabilitacyjne, obejmujące: kinezyterapię, fizykoterapię, terapię manualną, techniki specjalne, zabiegi fizykalne, masaże oraz hydroterapię,
- Działania edukacyjne,
- Działania rekreacyjno-sportowe,
- Przeprowadzenie ankiety z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36.

W ramach programu zaplanowane zostały 2 wizyty lekarskie oraz minimum 1 konsultacja/porada fizjoterapeuty. Pierwsza wizyta lekarska zostanie przeprowadzona na początku programu, a kolejna po miesiącu od zakończenia działań rehabilitacyjnych. Przeprowadzenie pierwszej konsultacji będzie miało na celu kwalifikację uczestników programu do odpowiednich ćwiczeń z zakresu rehabilitacji. Konsultacja ta będzie prowadzona przez zespół złożony z lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji oraz fizjoterapeuty.

Planowana do przeprowadzenia edukacja zdrowotna będzie obowiązkowa dla każdego uczestnika programu i będzie się opierać na 2 spotkaniach, trwających nie krócej niż 45 minut. W ramach edukacji prowadzone będą prelekcje z m.in. ergonomii pracy, prawidłowego odżywiania, nauki ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu. Należy doprecyzować kto będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie prelekcji. Działanie to jest zgodne z odnalezionymi rekomendacjami.

W ramach programu oferowana będzie również rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Świadczenia rehabilitacyjne będą prowadzone przez okres maksymalnie 20 dni. Każdego dnia przewidziano przeprowadzenie maksymalnie 3 zabiegów fizykalnych oraz 2 rodzajów ćwiczeń z wykorzystaniem kinezyterapii, terapii manualnej, metod specjalnych, masażu. Zajęcia mają być prowadzone przez kadrę specjalistów fizjoterapeutów, lekarza specjalistę z dziedziny rehabilitacji ogólnej, a także masażyści. Zakres stosowanych ćwiczeń rehabilitacyjnych zostanie określony przez zespół rehabilitacyjny indywidualnie dla każdego uczestnika programu.

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 (SIGN 2013). W wytycznych podkreśla się również konieczność zapewnienia powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości w zakresie rehabilitacji leczniczej. Należy podkreślić, że rehabilitacja bez względu na metodę jest dobrym środkiem poprawiającym ocenę aktualnej zdolności do pracy oraz ocenę własnych możliwości w stosunku do fizycznych wymagań wykonywanego zawodu w związku z czym zalecana jest szczególnie osobom aktywnym zawodowo z przewlekłymi chorobami narządu ruchu w celu utrzymania ich w zatrudnieniu.

W rekomendacjach wskazuje się także, że w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)7 wszystkie wymienione w projekcie zabiegi rehabilitacyjne są świadczeniami gwarantowanymi. Świadczeniami gwarantowanymi są również: porada lekarska rehabilitacyjna, podczas której przeprowadzane jest badanie ogólnolekarskie, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, wizyta fizjoterapeutyczna, która obejmuje m.in.: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii.

W ramach projektu programu zaplanowano również prowadzenie zajęć rekreacyjno-sportowych. Będą one dostosowane do potrzeb uczestnika tj. wieku oraz jego poziomu sprawności. Celem organizowanych zajęć ma być wzrost potencjału zdrowotnego uczestników programu poprzez zwiększanie siły mięśniowej, zwiększenie zakresu ruchu, obniżenie masy ciała. Zajęcia mają być organizowane w różnych formach i o różnym stopniu intensywności. W projekcie określono liczbę spotkań i czas ich trwania. Osobami odpowiedzialnymi za wprowadzenie zajęć rekreacyjno-sportowych mają być instruktorzy danej dyscypliny sportu lub osoby z tytułem magistra wychowania fizycznego, sportu, fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapeuci.

Odnalezione wytyczne potwierdzają zasadność prowadzenia takich zajęć wśród osób z chociażby chorobami zeszywnień stawów (ChZS). Ćwiczenia powinny uwzględniać wzmacnianie miejscowe mięśni, oraz ogólne ćwiczenia aerobiku (RCP -NICE 2008). W przypadku chorych na ChZS kolana powinno się zalecać nieobciążające ćwiczenia fizyczne (AAOS 2008). Manipulacja oraz rozciąganie powinny zostać rozważone jako uzupełnienie dla podstawowej terapii, w szczególności w przypadku ChZS biodra. (RCP-NICE 2008). Wytyczne RACGP 2009 wskazują, że kadra lekarska powinna zalecać redukcję wagi w przypadku osób otyłych z ChZS w obrębie kolana, a także zalecać ćwiczenia na łądzie w przypadku osób z ChZS biodra i/lub kolana.

W projekcie zaplanowano także wykorzystanie wystandaryzowanego kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 przed podjęciem rehabilitacji oraz miesiąc po zakończonym cyklu działań profilaktyczno-rehabilitacyjnych. Osobą odpowiedzialną za interpretację wyników ma być lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji. Przeprowadzenie kwestionariusza może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonującego wykazu świadczeń gwarantowanych.

W ramach podsumowania, warto zaznaczyć, że mimo iż zaproponowane interwencje rehabilitacyjne stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, to w połączeniu z poprawnie zaplanowanymi działaniami edukacyjnymi 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.

W ramach ewaluacji zaplanowano określenie wskaźników jedynie ilościowych. Istotne jest aby ewaluacja obejmowała także wskaźniki jakościowe w zakresie zanotowanej zmiany w sprawności ruchowej czy też poprawie jakości życia. W tym celu warto przeprowadzić wywiad z uczestnikami, zawierający pytania czy dzięki przeprowadzonym działaniom m.in zmniejszyły się u nich dolegliwości bólowe, czy też poprawiła sprawność ruchowa. Ponadto punkt dotyczący ewaluacji powinien zostać uzupełniony o wskaźniki odpowiadające tej ocenie np. liczba osób, u których zwiększyła się wiedza w zakresie prawidłowych nawyków dotyczących aktywności fizycznej, odsetek osób, u których zmniejszyły się dolegliwości bólowe.

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 projekcie określono zarówno koszty jednostkowe, jak i całkowite zaplanowanych działań. Łączny średni koszt uczestnictwa jednej osoby został określony na kwotę ok. 3 tys. zł. W kosztorysie budżetu nie zostały uwzględnione zakupy, o których jest mowa w projekcie (sprzęt i materiały jednorazowego użytku). Brakuje również uwzględnienia kosztów związanych z prowadzeniem akcji informacyjno-promocyjnej (m.in. wydruk ulotek, plakatów). Planowane koszty całkowite przy udziale 5 876 osób zostały oszacowane na kwotę ponad 17,6 mln zł. Budżet powinien zostać uzupełniony o pominięte koszty, które wskazano powyżej.

Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

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 ogólnoświatowym, 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 rokują 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 usmierzające 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 płaszczynach, 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.

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 (). 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 prowadzona we własnym zakresie jest natomiast jedną z najprostszych form profilaktyki, niewymagającą wkładu finansowego.

Należy zaznaczyć, że aktywność fizyczna zmniejsza częstość występowania MSDs (zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego). Osoby wykonujące wysiłek fizyczny o większej intensywności, w mniejszym stopniu uskarżają się na dolegliwości MSDs, w porównaniu z osobami wykonującymi wysiłek fizyczny o małej intensywności. Pozytywny wpływ wysiłku o dużej intensywności jest szczególnie widoczny w przypadku dolegliwości bólowych bioder i górnej części pleców ().

Dodatkowo odnalezione rekomendacje wskazują, że kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem .

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.441.295.2017 „Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej” realizowany przez: województwo wielkopolskie, Warszawa, październik 2017 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 340/2017 z dnia 23 październik 2017 roku o projekcie programu „Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej” (woj. wielkopolskie)