



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 321/2017 z dnia 16 listopada 2017 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki  
zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób  
pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji  
medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu  
nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Na negatywną opinię Prezesa Agencji wpływają przede wszystkim liczne niejasności i ograniczenia dotyczące wyboru populacji docelowej programu, które w głównej mierze wynikają z braku poprawnego oszacowania liczby potencjalnych adresatów programu oraz w niewystarczający sposób doprecyzowanych kryteriów kwalifikacji, w szczególności w przypadku pacjentów z niepełnosprawnością. Ponadto należy zwrócić uwagę, że niektóre elementy projektu wymagają korekty lub uzupełnienia.

Cel programowe wymagają przeformułowania zgodnie z koncepcją SMART. Zaproponowane mierniki efektywności odpowiadają celom programowym.

W kontekście opiniowanego programu zasadnym wydaje się ponowne oszacowanie liczebności populacji docelowej z uwzględnieniem współczynników zapadalności na choroby odpowiadające medycznym kryteriom kwalifikacji do udziału w programie. Warto uwzględnić poszczególne jednostki chorobowe pod kątem częstości ich występowania i uśrednić w planowanych cyklach terapeutycznych.

Zaplanowane interwencje są zgodne z aktualnymi rekomendacjami. Jednak edukacja zdrowotna wymaga uszczegółowienia w zakresie wskazania liczby i częstotliwości spotkań czy liczebności grup biorących udział w działaniach edukacyjnych. Podobne uwagi dotyczą także przewidzianych w projekcie konsultacji grupowych w zakresie interwencji zapewniających pomoc psychologiczną.

Ponadto zaproponowane interwencje rehabilitacyjne (fizykoterapia, kinezyterapia, masaże) stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Jednak w połączeniu z działaniami edukacyjnymi i dodatkowymi konsultacjami specjalistycznymi (psycholog, lekarz medycyny pracy) mogą stanowić logiczną całość i 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.



Monitorowanie w zakresie oceny jakości świadczeń zaplanowano prawidłowo, natomiast ocena jakości zgłaszalności do programu wymaga doprecyzowania. Ewaluację opisano poprawnie.

Budżet wymaga weryfikacji pod kątem dokładnego określenia kwoty kosztów pośrednich oraz oszacowań dotyczących kosztów szkoleń dla uczestników programu. Zasadnym wydaje się wskazanie kosztu jednostkowego w odniesieniu zaplanowanych działań edukacyjnych.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 9 411 765 zł, 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 schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy. 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 sytuacji epidemiologicznej w ujęciu ogólnoswiatowym, krajowym i regionalnym.

W oparciu o dane GUS oraz Diagnozę Społeczną z 2015 r. można wskazać, że województwo lubuskie znajduje się na 1. miejscu pod względem liczby osób niepełnosprawnych (ok. 20%).

#### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla osób pracujących i powracających do pracy oraz ograniczenie zjawiska niepełnosprawności związanej ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, a także przeciwdziałanie wykluczeniu zawodowemu”. Cel główny został sformułowany w sposób ogólny. Warto zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. W projekcie programu przedstawiono także 6 celów szczegółowych. Należy wskazać, że założenia szczegółowe zostały zdefiniowane w sposób złożony i tym samym mogą pojawić się trudności w prawidłowym zmierzeniu stopnia ich realizacji. Ponadto niektóre z celów szczegółowych skonstruowano w formie działań, a nie rezultatów jakie zamierza się osiągnąć w wyniku ich realizacji. Warto pamiętać, że cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Zaproponowane mierniki efektywności programu dostosowano do celów programowych, jednak w przypadku modyfikacji celów, również mierniki wymagać będą zmiany. Należy pamiętać, aby wartości wskaźników były określane 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 osób w wieku aktywności zawodowej, zamieszkujących teren województwa lubuskiego, pracujących i powracających do pracy (także uczniów praktykantów), u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy, kwalifikujące się do leczenia z zastosowaniem metod rehabilitacji medycznej. W przypadku osób bezrobotnych w programie będą mogły wziąć udział także osoby niepełnosprawne, jeśli niepełnosprawność dotyczy ww. chorób, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, u których rokowanie co do odzyskania sprawności i powrotu do pracy jest pozytywne.

Zgodnie z treścią projektu lista schorzeń kwalifikujących do udziału w programie obejmuje następujące choroby zawodowe: zapalenie ścięgna i jego pochewki, zapalenie kaletki maziowej, uszkodzenie łąkotki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej, zapalenie okołostawowe barku, zapalenie nadkłykcia kości ramiennej, zmęczeniowe złamanie kości, mononeuropatie obwodowe z ucisku, zespół wibracyjny, chorobę dekompresyjną, choroby zakaźne z objawami kostno-stawowymi, zespoły bólowe kręgosłupa, zapalenie mięśni lub przyczepów ścięgniastych, przewlekłe uszkodzenie torebki stawowej, martwicę kości nadgarstka oraz skutki wypadków przy pracy a także w drodze do lub z pracy.

W treści projektu przedstawiono szeroki zakres danych dotyczących liczby pacjentów i hospitalizacji z powodu schorzeń związanych z przedmiotowym problemem zdrowotnym. Jednakże należy zaznaczyć, że na podstawie ww. informacji nie oszacowano potencjalnej liczby uczestników programu.

Ponadto na podstawie danych GUS za 2016 r. liczba osób niepełnosprawnych mieszkających na terenie województwa lubuskiego w wieku 15 lat i więcej wyniosła ok. 169 348 osób. Jednak nie wiadomo, jaka liczba ww. przypadków jest związana przyczynowo z wykonywaną pracą.

Ostatecznie przyjęto założenie, że liczebność populacji docelowej wyniesie maksymalnie 12 200 osób. Powyższe oszacowanie oparto na podstawie wielkości środków, jaka jest przewidziana na realizację Regionalnego Programu Zdrowotnego i przewidzianego kosztu jednostkowego. Jednocześnie podkreślono, że faktyczna liczba osób biorących udział w programie może być mniejsza. Kalkulacja zakłada rozkład środków w przeliczeniu na „osobocykl” (pełny cykl rehabilitacyjny dla 1 osoby). Jednak część osób może wymagać kilku cykli terapeutycznych dla osiągnięcia pożądanego efektu zdrowotnego, co może przełożyć się na zmniejszenie zakładanej liczebności populacji docelowej.

W kontekście opiniowanego programu zasadnym wydaje oszacowanie populacji docelowej na podstawie współczynników zapadalności na choroby układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy, które odpowiadają medycznym kryteriom kwalifikacji do udziału w programie. W odniesieniu do osób niepełnosprawnych zaleca się doprecyzowanie warunków kwalifikacji z uwagi na brak jednoznacznych przepisów w Polsce w tym zakresie.

### Interwencja

W ramach przesłanego projektu programu zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

- konsultację lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii (wstępną oraz po zakończonym cyklu rehabilitacji);
- zabiegi fizykoterapeutyczne (elektroterapia, światłolecznictwo, magnetoterapia, hydroterapia, krioterapia, ultradźwięki), ćwiczenia lecznicze (kinezyterapia), masaż leczniczy;
- dodatkowe formy wsparcia dla uczestników: konsultację psychologiczną, konsultację lekarza specjalisty medycyny pracy (stosowane na podstawie zaleceń wynikających z konsultacji rehabilitacyjnej);
- szkolenia dla uczestników programu ukierunkowane szczególnie na profilaktykę zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowanie zdrowego stylu życia;

- końcową konsultacją lekarza specjalisty rehabilitacji lub magistra fizjoterapii na zakończenie udziału uczestnika w programie.

Zgodnie z treścią projektu konsultacja lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii ma uwzględniać ogólną diagnozę medyczną, ustalenie stanu początkowego i kwalifikację do procesu rehabilitacji medycznej oraz innych form wsparcia. Warto zaznaczyć, że zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych przeprowadzenie kwalifikacji powinno obejmować swoim zakresem wywiad, badanie przedmiotowe, a także w rzadkich przypadkach - badanie dodatkowe oraz należy je odnotować w dokumentacji pacjenta. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. Zatem zaplanowana pozostaje w zgodzie z zaleceniami ekspertów w przedmiotowym zakresie. Jednak warto uszczegółowić kompetencje i zakres zadań zarówno w odniesieniu do lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, jak i magistra fizjoterapii zgodnie ze standardami postępowania w rehabilitacji.

Dobór form postępowania usprawniającego ma być zindywidualizowany i obejmuje szeroki zakres metod terapeutycznych. Należy zaznaczyć, że jest to działanie zgodne z wytycznymi z Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRiR 2013), które mówią, że program rehabilitacji powinien być indywidualnie dostosowywany do potrzeb danego pacjenta. Założono, że zabiegi będą prowadzone w cyklach po 10, a w razie potrzeby ich kontynuacji, wynikającej z sugestii zespołu usprawniającego, uczestnik ponownie zostanie skierowany na konsultację rehabilitacyjną. W projekcie założono, że standardowy „osobocykl” zakłada przeprowadzenie 1 konsultacji rehabilitacyjnej, 1 konsultacji psychologicznej lub konsultacji lekarza specjalisty medycyny pracy, 10 ćwiczeń leczniczych oraz 3 rodzajów zabiegów (przy czym każdy z zabiegów będzie wykonywany 10-krotnie). Planując cykl rehabilitacyjny warto odnieść się do danych NFZ w zakresie realizowanych świadczeń rehabilitacyjnych.

Odnalezione rekomendacje zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Należy podkreślić, że w związku z brakiem precyzyjnych informacji na temat zakresu oraz dokładnej liczby stosowanych rodzajów interwencji, nie jest możliwa weryfikacja, czy pacjenci faktycznie otrzymają adekwatną ilość świadczeń terapeutycznych. W wytycznych podkreśla się także konieczność zapewnienia powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości w zakresie rehabilitacji leczniczej, co zostało przewidziane w opiniowanym programie.

W ramach dodatkowych form wsparcia przewidziano konsultację psychologiczną i konsultację lekarza specjalisty medycyny pracy. Wskazano, że możliwe są także sesje grupowe. Nie określono jednak liczebności potencjalnych grup oraz liczby przewidzianych konsultacji w przypadku danego uczestnika. Po przeprowadzonej konsultacji ma zostać wydana opinia odnosząca się do aktualnego stanu uczestnika z uwzględnieniem jego potencjału motywacyjnego oraz zaleceń dla zespołu rehabilitującego. Warto podkreślić, że kompleksowo prowadzona rehabilitacja, uwzględniająca aspekty psychologiczne oraz działania związane z aktywnością zawodową jest zgodna z aktualnymi rekomendacjami.

Zaplanowany w projekcie programu udział w szkoleniach ukierunkowanych na profilaktykę zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowanie zdrowego stylu życia ma być dobrowolny i nie może limitować dostępu do właściwych świadczeń rehabilitacyjnych. W projekcie wskazano osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie szkoleń, jednak nie przedstawiono informacji nt. liczebności grup szkoleniowych oraz częstotliwości spotkań. 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. Zgodnie z rekomendacjami edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy ma wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA 2016). W odniesieniu do zdrowego stylu życia należy podkreślić, że odpowiednia i systematyczna aktywność fizyczna prowadzona we własnym zakresie jest jedną z najprostszyc form profilaktyki, niewymagającą wkładu finansowego (Centralny Instytut Ochrony Pracy, CIOP 2015).

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 oraz dodatkowymi konsultacjami specjalistycznymi (psycholog, lekarz medycyny pracy) 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

Monitorowanie programu w zakresie oceny zgłaszalności warto doprecyzować, tak aby wskaźniki uwzględniały liczbę uczestników programu z podziałem na wiek i rodzaj występującego schorzenia. Dodatkowo zaleca się monitorowanie przyczyn braku kwalifikacji/rezygnacji z udziału w przewidzianych działaniach.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach programu została zaplanowana w sposób prawidłowy i w głównej mierze będzie analizowana na podstawie ankiet wypełnianych przez uczestników na zakończenie udziału w programie.

Ewaluacja będzie prowadzona na podstawie porównania wyników oceny wstępnej i końcowej każdego uczestnika. W ramach oceny efektywności zostaną wykorzystane także mierniki efektywności. Warto także w ramach ewaluacji ocenić ogólny wpływ programu na sytuację zdrowotną w regionie w długim okresie czasu.

#### 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. Realizatorzy programu zostaną wybrani w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Z treści projektu wynika, że w każdej jednostce realizującej program zostanie mianowany koordynator, który będzie odpowiedzialny za realizację programu. Dodatkowo sugeruje się ustanowienie funkcji koordynatora nadzorującego projekt w sposób całościowy.

Zaznaczono, że program będzie miał charakter dwuletni, tymczasem jako okres realizacji wskazano lata 2018-2020, co należy uściślić.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 9 411 765 zł, z czego 9 320 000 zł zostanie przeznaczone na realizację zaplanowanych interwencji. Uśredniony koszt pełnego cyklu rehabilitacyjnego jednej osoby (tj. „osobocyklu”) wyceniono na ok. 760 zł. Łączny koszt świadczeń rehabilitacyjnych oszacowano na 9 272 000 zł przy założeniu dotyczącym planowanej liczby osobocykli (12 200). Należy jednak podkreślić, że sposób oszacowania ww. kosztu udziału jednego uczestnika w programie nie można uznać za w pełni poprawny. Wynika to z braku dokładnych informacji dotyczących liczby i rodzaju interwencji, z których faktycznie skorzysta dana osoba uczestnicząca w programie. Koszt szkoleń oszacowano na 48 000 zł, jednak w kosztorysie nie odniesiono się do liczby planowanych spotkań, ich częstotliwości oraz liczebności grup szkoleniowych. Działania edukacyjne nie zostały również uwzględnione w planowanych kosztach jednostkowych. W projekcie odniesiono się do kosztów pośrednich, jednak nie wskazano ich wartości. Zatem kwestie dotyczące oszacowania budżetu warto uszczegółowić i uzupełnić.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

#### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

##### Problem zdrowotny

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie problemu niepełnosprawności 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 Światowej Organizacji Zdrowia (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

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) – finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

Świadczenia w ramach opiniowanego programu rozszerzają świadczenia gwarantowane w ramach NFZ, obejmując m.in. edukację zdrowotną oraz poradnictwo medyczno-zawodowe. Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest także przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

#### 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 kombinację 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 reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (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 zatrudnieniu.

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.

**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 2017 r., poz. 1938), z uwzględnieniem raportu: OT.441.316.2017 „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy” realizowany przez: województwo lubuskie, Warszawa, listopad 2017; 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 Opinii Rady Przejrzystości nr 371/2017 z dnia 13 listopada 2017 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy” (woj. lubuskie).