



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 81/2018 z dnia 25 maja 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Lidzbark Warmiński
bez wad postawy”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Lidzbark Warmiński bez wad postawy” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować mieszkańcom świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej. Ponadto w celu podniesienia jakości programu warto rozważyć proponowane modyfikacje.

W projekcie nie przedstawiono szczegółów na temat planowanych interwencji, co należy uzupełnić. Zakres planowanej edukacji zdrowotnej wymaga uszczegółowienia poprzez wskazanie jej formy oraz osób odpowiedzialnych za jej przeprowadzenie. Ponadto należy określić jakie testy przesiewowe będą wykorzystywane podczas badania.

Zaproponowana populacja docelowa programu w odniesieniu do wieku pokrywa się z częścią rekomendacji klinicznych.

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają przekonstruowania zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Uzupełnienia wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, które powinny umożliwić ocenę efektów programu.

Budżet powinno się uzupełnić w zakresie oszacowania kosztów ewaluacji i monitorowania programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 600 000 zł w latach 2016-2019.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) 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 wad postawy wśród dzieci w wieku szkolnym i częściowo wpisuje się w priorytet: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

W projekcie programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w zakresie rozpatrywanego problemu zdrowotnego.

Zestawienie danych Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia opartym na sprawozdaniu z podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce wskazuje, że wady postawy występują u 50-60% dzieci i młodzieży. Wśród najczęstszych rozpoznań zaburzeń układu ruchu wymienia się: boczne skrzywienie kręgosłupa, młodzieńczą kifozę piersiową oraz zniekształcenia statyczne kończyn dolnych.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa warmińsko-mazurskiego, na którego terenie znajduje się Lidzbark Warmiński, w 2014 r. odnotowano 104 tys. porad w ramach poradni wad postawy w województwie. Ponadto odnotowano ok. 158 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa u dzieci.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest zmniejszenie liczby dzieci z wadami postawy. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Wskazany wyżej cel nie spełnia tych kryteriów i powinien zostać przeformułowany.

W treści projektu programu wskazano także 5 celów szczegółowych, jednak wskazują one na działania, a nie efekt jaki zamierza się osiągnąć. Biorąc pod uwagę planowane interwencje warto uwzględnić cele dotyczące zwiększenia wykrywalności błędów lub wad postawy dzieci/młodzieży w wieku szkolnym, czy też podniesienia poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych zachowań zdrowotnych i postawy uczniów.

Przy formułowaniu celów należy pamiętać, aby były one zgodne z koncepcją SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W ocenianym projekcie określono mierniki efektywności, przy czym wskaźniki jak „liczba dzieci i młodzieży, które skorzystały z programu” oraz „liczba instruktorów, lekarzy i rehabilitantów biorących udział w programie” bardziej odnoszą się do frekwencji i mogą mieć zastosowanie w ocenie zgłaszalności. Jedynie mierniki w postaci: „poziomu wiedzy nt. wad postawy przed i po programie” oraz „ilość zdiagnozowanych dzieci podczas trwania programu” odnoszą się do efektów zdrowotnych. W treści projektu nie zaproponowano mierników efektywności odnoszących się do głównego założenia, jak np. liczba dzieci z wadami postawy przed wdrożeniem PPZ i po jego realizacji; liczba dzieci, u których wystąpiła znacząca poprawa w zakresie wad postawy; liczba dzieci, u których nie odnotowano żadnych korzyści zdrowotnych.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, zamieszkałe na terenie gminy miejskiej Lidzbark Warmiński. Liczebność populacji oszacowano na 2 059 dzieci, co jest zbliżone z danymi GUS. W projekcie wskazano, że wstępną zgodę na udział w programie wyraziło 1650 (ok. 80% populacji kwalifikującej się do programu). Natomiast zaplanowany budżet na realizację działań pozwoli na objęcie programem 1600 osób.

Kryterium włączenia do programu będzie, oprócz wieku w przedziale 3-16 lat, będzie wyrażenie zgody na udział dziecka przez opiekuna prawnego oraz wykrycie wady postawy podczas badania przesiewowego.

Zgodnie z wytycznymi w przedmiotowym zakresie przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad postawy zalecane jest dwukrotnie u dziewczynek – w 10 i w 12 r.ż. oraz jednokrotnie u chłopców – w 13 lub w 14 r.ż. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015). Natomiast eksperci kliniczni wskazują, że diagnostyka wad postawy powinna obejmować już dzieci w wieku 3-6 lat, a szczególną opiekę i nadzór powinno się zapewnić dzieciom i młodzieży w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego (tj. 11-14 lat u dziewcząt i 12-15 lat u chłopców). Zaproponowana populacja, co do wieku, częściowo pokrywa się z wyżej wymienionymi rekomendacjami i opiniami ekspertów.

Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie następujących interwencji:

- spotkania informacyjno-edukacyjne z rodzicami dzieci/młodzieży (rozpowszechnienie materiałów edukacyjnych),
- badania przesiewowe statycznego kręgosłupa i oceny statycznej stóp dzieci i młodzieży oraz badania kontrolne po wdrożeniu zajęć korekcyjnych,
- zajęcia gimnastyki korekcyjnej (w tym zajęcia z pływania),
- szkolenie kadry,
- organizację konferencji.

Projekt zakłada przeprowadzenie działań edukacyjnych wśród dzieci i młodzieży oraz ich rodziców. Nie wskazano osób odpowiedzialnych za powyższe działania oraz ich planowanej formy. Określono jedynie ogólny zakres tematyczny wspomnianych spotkań informacyjnych dla rodziców.

Zgodnie z wytycznymi Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment edukacja zdrowotna pełni istotną rolę w profilaktyce wad postawy dzieci/młodzieży (SOSORT 2014). Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014). Dodatkowo konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii wskazuje na zasadność realizowania kampanii edukacyjnych w kierunku wad postawy dla rodziców i opiekunów, czy nauczycieli przy udziale lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty. Działania te powinny być prowadzone przez odpowiednio wykwalifikowany personel.

W przypadku badań przesiewowych nie określono jakie testy przesiewowe zostaną wykorzystane podczas zaplanowanej interwencji, przez co niemożliwe jest odniesienie się do poprawności zaplanowania tej części programu. Warto podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku wad postawy. Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2014) oraz UK National Screening Committee (UKNSC 2016) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionej powyżej prezentują: American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP). Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym

przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku (2015 r.) dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat.

Część z odnalezionych wytycznych zaleca stosowanie testu zgięciowego Adamsa do identyfikacji osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015, SOSORT 2011). Natomiast rekomendacje USPSTF z 2014 r. wskazują, że precyzja tego testu charakteryzuje się zmiennością.

Wśród testów przesiewowych wymienia się także badanie postawy ciała metodą Moire'a. Dowody naukowe wskazują, że jest to jedno z bardziej efektywnych narzędzi przesiewowych w kierunku wad postawy, którego zastosowanie może skutkować poprawą efektywności programów z tego zakresu, poprzez zmniejszenie liczby rozpoznanych fałszywie dodatnich (Montgomery 1990).

Warto także zaznaczyć, że kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V oraz VII (I klasie gimnazjum) klasie szkoły podstawowej.

W wyniku przeprowadzonych badań przesiewowych nastąpi kwalifikacja dzieci z rozpoznanymi wadami postawy do kolejnego etapu działań w programie – zajęcia gimnastyki korekcyjnej. W projekcie wskazano, że zajęcia te będą prowadzone w formie ogólnej gimnastyki korekcyjnej oraz w formie zajęć na pływalni. Nie określono charakteru planowanych zajęć korekcyjnych (indywidualne/grupowe), czasu trwania zajęć, a także osób odpowiedzialnych za wdrożenie ww. działań. W projekcie wskazano, że zostanie ułożony plan ćwiczeń, jednak nie jest to jednoznaczne z indywidualnym dostosowaniem zajęć do każdego uczestnika programu.

Zgodnie z rekomendacjami SOSORT z 2011 r., dzieci i młodzież ze skoliozą idiopatyczną (SI) mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Nie ma także przeciwwskazań do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego. Natomiast nie rekomenduje się uczestnictwa w zajęciach, których specyfika polega na wykonywaniu ćwiczeń mających na celu zwiększenie ruchomości stawowej (m.in. gimnastyka, balet). Należy podkreślić, że odnalezione rekomendacje (NSF 2010, VHA-DoD 2010) 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.

Po ukończeniu zajęć z zakresu gimnastyki korekcyjnej zaplanowano badania kontrolne wykonywane pod koniec każdego roku szkolnego, na podstawie którego zostanie podjęta decyzja o dalszym uczestnictwie dziecka w programie. Nie wskazano jednak szczegółów tego badania. Należy wskazać, że rekomendacje zalecają przeprowadzanie co 3-4 miesiące konsultacji, podczas których dokonuje się oceny aktualnego stanu układu ruchu dziecka, stopnia progresji, efektów leczenia i podejmuje decyzje o kontynuowaniu, bądź zmianie przyjętego planu leczenia (SOSORT 2014).

Zgodnie z projektem programu planowane jest również wdrożenie konsultacji merytorycznych, szkolenie kadry, organizację konferencji i zakup sprzętu do prowadzenia ćwiczeń w placówkach dydaktycznych. Nie przedstawiono jednak żadnych szczegółów odnośnie wyżej wymienionych działań.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Monitorowanie będzie opierać się o informacje w zakresie „liczby uczestników korzystających z działań w programie, liczby zaangażowanych placówek, rodzaj wad występujących u dzieci oraz ocenę pracy osób prowadzących zajęcia korekcyjne”. Warto podkreślić, że monitorowanie powinno

uwzględniać zarówno ocenę zgłaszalności (np. odsetek uczestników programu, liczba osób nie objęta programem), jak i ocenę jakości świadczeń (np. ankieta satysfakcji, możliwość zgłaszania uwag do realizatora/organizatora programu). Projekt uwzględnia przeprowadzenie ankiety, co jest podejściem poprawnym.

Ewaluacja zostanie przeprowadzona za pośrednictwem koordynatora lub osoby przez niego wyznaczonej na podstawie mierników efektywności odnoszących się do: liczby dzieci, które z niego skorzystały; liczby dzieci ze zmniejszoną wadą postawy oraz liczby osób uczęszczających na zajęcia korekcyjne. Wskazane wskaźniki odnoszą się do monitorowania działań w programie, a nie do oceny efektywności programu.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. Wskaźnikiem, który można zastosować w ramach ewaluacji może być: odsetek pacjentów, u których wystąpiła poprawa w ocenie danej dolegliwości wskazana w ankiecie ewaluacyjnej przez pacjenta.

Warunki realizacji

W treści projektu w sposób nieprecyzyjny odniesiono się do opisu planowanych działań. Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej. Informacje o możliwości udziału w programie oraz o spotkaniach informacyjnych dla rodziców są przekazywane przez placówki dydaktyczne na terenie gminy (tj. przedszkola, szkoły podstawowe i gimnazjalne) oraz za pośrednictwem medialnych środków przekazu (tj. prasa lokalna, strona internetowa, fanpage na portalu Facebook, plakaty informacyjne za pomocą ulotek i plakatów).

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe i całkowite (z podziałem na poszczególne lata). Jednak suma kosztów jednostkowych oraz koszty całkowite programu nie są ze sobą kompatybilne. Z zestawienia kosztów jednostkowych wynika, że do realizacji celu głównego potrzebne są środki finansowe o wartości 462 878 zł. Podsumowanie kosztów całkowitych na cały okres realizacji programu sugeruje kwotę 600 tys. zł.

W budżecie należałoby także uwzględnić koszty przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Program ma być finansowany z gminy Lidzbark Warmiński, jednakże wnioskodawca uwzględni też dofinansowanie działań ze środków publicznych Ministerstwa Sportu i Turystyki.

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.

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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.20.2018 „Program profilaktyki wad postawy i skoliozy oraz wad w obrębie kończyn dolnych u dzieci i młodzieży »Lidzbark Warmiński bez wad postawy« w Gminie Miejskiej Lidzbark Warmiński w latach 2016-2019” realizowany przez: Gmina Lidzbark Warmiński, Warszawa, maj 2018 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 105/2018 z dnia 14 maja 2018 roku o projekcie programu „Lidzbark Warmiński bez wad postawy”.