



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 121/2018 z dnia 28 czerwca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie zwiększania dostępności do świadczeń
w ramach rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Grębocice”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie zwiększania dostępności do świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Grębocice” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy. Jednakże niektóre elementy programu zostały przygotowane na zbyt dużym poziomie ogólności i wymagają uzupełnienia zgodnie z uwagami przedstawionymi poniżej.

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z regułą SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić, tak aby odnosiły się do wszystkich celów programu.

Wybór populacji docelowej można uznać za zasadny, przy czym doprecyzowania wymaga wykaz poszczególnych rozpoznań, które będą uwzględniane w ramach kwalifikacji do programu.

W odniesieniu do planowanych interwencji opiniowany projekt przewiduje otwarty katalog świadczeń rehabilitacyjnych. Jednakże należy zaznaczyć, że wymieniony w projekcie zakres zabiegów rehabilitacyjnych znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Ponadto, w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych istotne jest zapewnienie kontynuacji udzielanych świadczeń. Przygotowanie indywidualnie dostosowanych ćwiczeń nie gwarantuje ich samodzielnego i systematycznego wykonywania przez osoby zakwalifikowane do programu. W tym celu warto rozważyć rozszerzenie i uzupełnienie działań edukacyjnych. Należałoby także wskazać zakres, liczbę, czas trwania, liczebność grup w odniesieniu do planowanych interwencji z zakresu rehabilitacji.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają dopracowania, szczególnie w zakresie oceny jakości świadczeń.

Budżet nie zawiera kosztów jednostkowych świadczeń z zakresu rehabilitacji, kosztów działań edukacyjnych oraz kosztów monitorowania i edukacji programu, co należy uzupełnić.

Zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 70 000 zł, zaś okres realizacji obejmuje rok 2018.

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 szerokiego problemu zdrowotnego.

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 priorytet: „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu programu w sposób ogólny przedstawiono dane epidemiologiczne dotyczące niepełnosprawności w skali globalnej i krajowej.

Na świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi 15% całej populacji. Ok. 110-190 milionów dorosłych osób ma poważne problemy w funkcjonowaniu. Według szacunków *United Nations General Assembly* w 2013 r. aż 80% osób niepełnosprawnych żyje w krajach rozwijających się.

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2014 r. żyło blisko 7,7 mln osób niepełnosprawnych, czyli osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (uwzględniono zarówno poważne, jak i mniej poważne ograniczenia).

Jak wynika z badania Diagnoza Społeczna 2015, stworzonego przez Radę Monitoringu Społecznego, największą osób niepełnosprawnych było w kategorii wiekowej „65 lat i więcej”. Wraz ze wzrostem wieku, wzrastał również odsetek osób niepełnosprawnych. W województwie dolnośląskim, w którym położona jest gmina Grębocice, odsetek osób niepełnosprawnych w 2015 r. wyniósł 9,9 %.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*usprawnienie pacjentów ze schorzeniami ruchu*”. Powyższe założenie stanowi działanie, a nie rezultat, jaki zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu. Sformułowano także 9 celów szczegółowych, obejmujących: *przywracanie sprawności ruchowej pacjentów, poprawę dostępności do usług rehabilitacyjnych, usunięcie lub ograniczenie procesów chorobowych, zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby, zwalczanie bólu, zwiększenie siły mięśniowej i zakresu ruchu, przywracanie prawidłowych stereotypów ruchowych, zapobieganie niepełnosprawności oraz edukacje zdrowotną*. Większość celów szczegółowych, podobnie jak cel główny, zdefiniowano w formie działań.

Reasumując, wskazane w projekcie cele programowe wymagają przekonstruowania zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Przy definiowaniu założeń programu należy pamiętać, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony w odniesieniu do planowanego czasu, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Natomiast formułując założenia szczegółowe należy mieć na uwadze, że stanowią one uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie jest warunkiem osiągnięcia celu nadrzędnego.

W programie przedstawiono 4 mierniki efektywności. Wskaźnik „liczba osób biorących udział w programie” może mieć zastosowanie w ocenie zgłaszalności do programu. Miernik „liczba osób, które zadeklarują utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych” odnosi się do celu dotyczącego

przywracania prawidłowych stereotypów ruchowych. Wskaźnik „czas oczekiwania na poszczególne zabiegi – ankietą” może służyć do pomiaru stopnia realizacji celu odnoszącego się do poprawy dostępności do usług rehabilitacyjnych. Natomiast miernik „liczba osób, które w badaniu ankietowym zauważyły poprawę stanu zdrowia po realizacji zabiegów medycznych” odnosi się po części do celów dotyczących przywracania sprawności ruchowej pacjentów oraz usunięcia lub ograniczenia procesów chorobowych.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Warto zwrócić uwagę, że przedstawione w projekcie mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich celów programu i będą one oceniane na podstawie subiektywnych odczuć uczestników programu. W związku z powyższym wymagają one uzupełnienia.

Populacja docelowa

Adresatami programu mają być wszyscy mieszkańcy gminy Grębocice ze schorzeniami narządu ruchu (wady wrodzone, choroby nabyte, dysfunkcje neurogenne, uszkodzenia w wyniku urazu).

Zgodnie ze wskazanymi kryteriami kwalifikacji, w programie będzie mógł uczestniczyć każdy mieszkaniec gminy posiadający skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty, kwalifikujący się do dostępnych w ramach programu zabiegów.

W projekcie wskazano, że populacja ogólna gminy liczy 5 321 osób, co nieznacznie różni się od danych GUS z 2017 r. (5 387 osób). Założono, że ok. 2,5% mieszkańców ze schorzeniami narządu ruchu skorzysta z udziału w programie (ok. 133 osoby). Według zapisów projektu oszacowania mają wynikać z doświadczeń w gminie sąsiedniej oraz z danych epidemiologicznych prowadzonych przez Przychodnię Lekarską, która posiada kontrakt z NFZ na świadczenia POZ i doświadczenia wynikającego z realizacji zadań związanych z realizacją niniejszego programu w latach ubiegłych. Przy czym, należy podkreślić, że Agencja nie opiniowała dotąd programu z zakresu rehabilitacji realizowanego przez gminę Grębocice.

Należy zaznaczyć, że nie określono dokładnego wykazu rozpoznań zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jakie zostaną uwzględnione w programie, co wymaga doprecyzowania.

Interwencja

W treści projektu wskazano otwarty katalog świadczeń z zakresu rehabilitacji, który dostępny ma być dla osób z wyżej opisanej populacji w zależności od indywidualnych wskazań lekarskich.

Przeprowadzenie rehabilitacji ma zostać poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym pacjenta przez lekarza POZ, specjalistę lub mgr fizjoterapii. Z treści projektu nie wynika wprost, czy ww. kwalifikacja lekarska finansowana będzie w ramach programu, czy też ze świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków NFZ, co należy uściślić. Należy zaznaczyć, że badanie kwalifikacyjne nie zostało uwzględnione w budżecie programu.

Następnie fizjoterapeuta na podstawie skierowania ma ustalać z chorym indywidualny program terapii. W ramach tego działania przewidziano także edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki chorób narządu ruchu (np. prawidłowej postawy, gimnastyki indywidualnej, wpływu odżywiania na kościec). Pozycji tej również nie uwzględniono w budżecie, w związku z czym, kwestia sposobu finansowania porady fizjoterapeutycznej pozostaje niejasna i wymaga doprecyzowania.

Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej, tak aby pacjent pozostał aktywny (National Institute for Health and Care Excellence NICE 2009, Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem. Zatem należałoby także rozszerzyć i dopracować działania w zakresie edukacji zdrowotnej

w odniesieniu do treści, czasu trwania i liczby spotkań i wskazać osobę odpowiedzialną za ich przeprowadzenie.

Wśród zabiegów rehabilitacyjnych, jakie mają być dostępne dla uczestników wymieniono: hydroterapię, magnetronik, laseroterapię, Aquavibron, światłolecznictwo, ultradźwięki, masaż manualny częściowy, masaż manualny (limfatyczny), krioterapię, jonoforezę, galwanizację, elektrostymulację, diadynamik, Interdyn, prądy TENS, Intervac, ćwiczenia indywidualne oraz „inne”.

Należy podkreślić, że większość zaplanowanych interwencji (hydroterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ultradźwięki, masaż manualny częściowy i limfatyczny, krioterapia, jonoforeza, galwanizacja, elektrostymulacja, prądy TENS oraz ćwiczenia indywidualne) znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Pozostałe interwencje stanowią natomiast specyficzne rodzaje zabiegów uwzględnionych w ww. rozporządzeniach (tj. magnetronik – zabieg przy wykorzystaniu pola magnetycznego, Aquavibron – masaż limfatyczny, diadynamik – prądy diadynamiczne, Interdyn – prądy interferencyjne oraz Intervac – masaż podciśnieniowy będący rodzajem masażu mechanicznego).

W projekcie podkreślono, że realizacja projektu ma przyczynić się do zwiększenia dostępu mieszkańców gminy do świadczeń z zakresu rehabilitacji. Na terenie gminy Grębocice brak jest poradni i oddziałów rehabilitacyjnych.

Należy podkreślić, że odnalezione rekomendacje (National Stroke Foundation NSF 2010, Veterans Health Administration-Department of Defense 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. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (Royal College of Physicians- National Institute for Health and Care Excellence RCP-NICE 2008, Royal Australian College of General Practitioners RACGP 2009). Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).

Należy podkreślić, że w związku z brakiem precyzyjnych informacji na temat zakresu oraz dokładnej liczby stosowanych poszczególnych rodzajów interwencji, nie jest możliwa weryfikacja, czy pacjenci faktycznie otrzymają adekwatną ilość świadczeń terapeutycznych. Warto dodać, że zgodnie z opinią ekspertów klinicznych, plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. Zatem należałoby uszczegółowić zakres, liczbę, czas trwania, liczebność grup w odniesieniu do planowanych interwencji zgodnie z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi dotyczącymi rehabilitacji.

Ponadto warto zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji.

W ramach oceny zgłaszalności zaplanowano analizę: liczby pacjentów biorących udział w programie oraz liczba wykonanych zabiegów. Powyższy punkt programu należy uzupełnić o wskaźnik analizujący liczbę osób niezakwalifikowanych do programu; liczbę osób, które nie wzięły udziału w programie bądź zrezygnowały z udziału nim w stosunku do zgłoszonych, z podziałem na przyczyny.

Ocena jakości świadczeń będzie przeprowadzona na podstawie ankiety satysfakcji i pisemnych uwag uczestników programu. Jednakże wątpliwości budzi ocena jakości udzielonych pacjentowi świadczeń przed przystąpieniem do cyklu terapeutycznego. Należy również wskazać, że do projektu nie załączono wzoru ankiety satysfakcji, co uniemożliwiło weryfikację dokumentu. Powyższy element programu wymaga doprecyzowania.

Ocena efektywności programu ma być oparta na pomiarze czasu oczekiwania na zabiegi fizjoterapeutyczne na podstawie ankiety dotyczącej zadowolenia świadczeniobiorców. Wskaźnikiem, które można zastosować w ramach ewaluacji może być także: odsetek pacjentów, u których wystąpiła poprawa w ocenie danej dolegliwości wskazana w ankiecie ewaluacyjnej przez pacjenta. Należy podkreślić, że ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie odniesiono się w sposób pobieżny do wymagań względem zasobów kadrowych, pomieszczeń i sprzętu, jakimi dysponować powinien realizator programu.

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Odniesiono się do trybu zapraszania potencjalnych uczestników do udziału w programie. Zaplanowano również kampanię informacyjną nt. programu, przy czym kwestia zaplanowanych „prelekcji” wymaga doprecyzowania.

W projekcie przedstawiono sposób zakończenia udziału w programie oraz wskazano, że po zakończeniu cyklu terapeutycznego pacjent zostanie poinformowany o dalszych zaleceniach. Z zapisów programu wynika, że w razie potrzeby pacjenci będą mogli skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach NFZ w innych przychodniach lekarskich, „szczególnie rekomendowanych przez realizatora programu”. Jednakże kwestii tej nie uściślono, co również wymaga uzupełnienia.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 70 000 zł. Należy podkreślić, że element programu dotyczący budżetu został przygotowany w sposób ogólny i wymaga uszczegółowienia. W projekcie nie wskazano kosztów jednostkowych poszczególnych zabiegów, a jedynie koszty „cykli”. Nie odniesiono się do kosztów wizyt kwalifikacyjnych. Zgodnie z treścią projektu, jeden cykl obejmować ma 10 zabiegów rehabilitacyjnych jednego rodzaju zleconych przez lekarza lub magistra fizjoterapii i kosztować ma 250 zł. Zabiegi przeprowadzane mają być w ramach 3 pakietów:

- Pakiet I – 1 cykl, jeden rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych – dopłata pacjenta 20 zł,
- Pakiet II – 2 cykle, dwa rodzaje zabiegów – dopłata pacjenta 40 zł,
- Pakiet III – 3 cykle, trzy rodzaje zabiegów – dopłata pacjenta 60 zł,

lub dopłata pacjenta – 2 zł do każdego zabiegu.

Założono przeprowadzenie ok. 250 cykli, w związku z czym na realizację zabiegów rehabilitacyjnych przeznaczono kwotę 62 500 zł (250 zł x 250 cykli). Ponadto, w projekcie wskazano koszty promocji i reklamy programu (ogłoszenia, plakaty prelekcje) – 2 500 zł oraz koszty opłacenia kadry i personelu medycznego – 5 000 zł.

Budżet powinien zostać uzupełniony o oszacowania dotyczące kosztów jednostkowych, np. na podstawie średniego kosztu świadczeń w oparciu o dane NFZ o zawartych umowach lub w oparciu o cenniki komercyjne. Ponadto w kosztorysie należy uwzględnić koszty przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji oraz działań edukacyjnych.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy Grębocice. Założono, że zabiegi rehabilitacyjne, realizowane w ramach programu, będą współfinansowe przez pacjentów, co może spowodować ograniczenie dostępności do programu dla mieszkańców o niższym statusie materialnym.

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 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 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 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 najprostszyc 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.441.89.2018 „Program polityki zdrowotnej w zakresie zwiększania dostępności do świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Grębocice” realizowany przez: Gminę Grębocice, Warszawa, czerwiec 2018 r., Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 150/2018 z dnia 25 czerwca 2018 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie zwiększania dostępności do świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Grębocice”.