



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 167/2018 z dnia 13 sierpnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja
seniorów – mieszkańców miasta Białystok na lata 2018-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców miasta Białystok na lata 2018-2020”, 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 i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Należy podkreślić, że 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.

Ponadto, w celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi.

Cele programowe wymagają przeformułowania tak, aby były zgodne z regułą SMART. Wskazane mierniki efektywności nie spełniają swojej funkcji i nie umożliwiają oceny skutków podejmowanych działań, zatem konieczne jest ich przekonstruowanie.

Wybór populacji docelowej jest zasadny.

Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi, jednakże nie wskazano szczegółowej listy zabiegów, co wymaga doprecyzowania. Ponadto należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.

Monitorowanie oraz ewaluacja wymagają uzupełnienia, ponieważ w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Budżet należy uzupełnić w zakresie oszacowania całkowitego kosztorysu programu w okresie realizacji programu, a także uwzględnić w nim koszty ewaluacji i monitorowania programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Roczny budżet programu został oszacowany na 250 000 zł. Okres realizacji obejmuje 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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510), 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.

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytet zdrowotny „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu przedstawiono lokalne dane epidemiologiczne dotyczące liczby pacjentów korzystających z zabiegów rehabilitacyjnych na terenie miasta Białystok. Nie odwoływano się do sytuacji epidemiologicznej w skali krajowej i regionalnej.

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 najwięcej osób niepełnosprawnych było w kategorii wiekowej „65 lat i więcej”. Odsetek osób niepełnosprawnych w woj. podlaskim w 2015 r. wynosił 7,4%.

Cele i efekty programu

Celem głównym jest „zwiększenie dostępności do zabiegów rehabilitacyjnych mieszkańcom Białegostoku powyżej 60 roku życia”. W treści projektu wskazano także 6 celów szczegółowych: „zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej”, „zapobieganie następstwom chorób przewlekłych związanych z narządem ruchu”, „podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby poprzez edukację prawidłowego postępowania i prowadzenia odpowiedniego usprawniania”, „wsparcie, pomoc medyczna i rehabilitacja osób przewlekle chorych z dysfunkcją narządu ruchu”, „zwiększenie samodzielności osób starszych z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu”, „propagowanie aktywności fizycznej dla osób po 60 roku życia z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu”. Wskazane w projekcie cele nie są w pełni zgodne z regułą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Cele szczegółowe (4 i 6) stanowią działania, a nie rezultaty, jakie zamierza się osiągnąć w wyniku ich realizacji. Cele szczegółowe powinny stanowić uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie jest warunkiem osiągnięcia celu nadrzędnego. Mając powyższe na uwadze, cele programowe wymagają przekonstruowania.

W programie przedstawiono 2 mierniki efektywności: „liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia bądź ograniczenie postępu choroby” oraz „liczba osób, które zwiększyły swoją aktywność fizyczną w życiu codziennym”. Jednakże drugi z zaproponowanych mierników nie odnosi się bezpośrednio do celów programu. 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. Wskaźniki te powinny mieć zarówno charakter ilościowy jak i jakościowy. Zatem mierniki efektywności należy uzupełnić, tak aby odnosiły się do wszystkich celów programu i pozwoliły na pomiar stopnia ich realizacji.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy miasta Białystok w wieku powyżej 60 lat z określonymi w projekcie jednostkami chorobowymi (choroba zwyrodnieniowa stawów; choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa; następstwa urazów kręgosłupa, kończyn dolnych i górnych; choroba Parkinsona; niedowłady połowiczne; niedowłady kończyn górnych i dolnych; reumatoidalne zapalenie stawów; stany po zabiegach operacyjnych kończyn i kręgosłupa) oraz posiadający skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. Zgodnie z treścią projektu, populacja mieszkańców Białystoku w wieku powyżej 60 lat wynosi 68 033 osoby, co nieco odbiega od danych GUS z 2017 r. (ok. 70 473 osoby). Założono, że w programie, w pierwszym roku jego trwania będzie uczestniczyć ok. 880 osób.

Zgodnie z odnalezionymi informacjami, odsetek osób niepełnosprawnych w województwie podlaskim wynosił 7,4%. Zatem biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców Białegostoku, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością w grupie wiekowej powyżej 60 r.ż. mogłaby wynosić ok. 5 034 mieszkańców.

Interwencja

W programie zaplanowano wykonanie zabiegów fizykalnych, masażów, kinezyterapii, krioterapii miejscowej, światłolecznictwa i laseroterapii, a także przeprowadzenie działań edukacyjnych.

Jednakże nie przedstawiono szczegółowej listy zabiegów planowanych do wykonania w zakresie rehabilitacji, zatem nie jest możliwe zweryfikowanie, czy interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych. Katalog oferowanych interwencji w zakresie rehabilitacji powinien być zgodny z wykazem świadczeń, zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465).

Wskazano, że program ma na celu zwiększenie dostępu do świadczeń dostępnych w ramach NFZ, a że świadczeń nie będą mogły skorzystać osoby, które odbyły cykl rehabilitacyjny w ramach NFZ w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub mają zaplanowane świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca. O włączeniu osób do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń, jednak pierwszeństwo będą miały osoby o niskim statusie materialnym, które we własnym zakresie nie mają możliwości otrzymania tego typu świadczeń (weryfikacja na podstawie zaświadczenia z MOPR, oświadczenia o dochodach za rok poprzedni). Przy czym nie wskazano konkretnej wartości dochodu predysponującej do uprzywilejowanego dostępu do świadczeń w ramach programu, co należy doprecyzować.

W projekcie wskazano, że każdy z zakwalifikowanych pacjentów otrzyma łącznie 40 zabiegów w cyklu 10-dniowym (4 zabiegi dziennie) dostosowanych do konkretnego problemu zdrowotnego, jednak ostateczna decyzja o czasie trwania rehabilitacji będzie należała do fizjoterapeuty po wcześniejszym przebadaniu pacjenta.

Po wykonaniu zabiegów rehabilitacyjnych w ramach programu uczestnicy będą informowani o zaleceniach, możliwości dalszej rehabilitacji oraz aktywności w domu. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

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. Według rekomendacji Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence (RCP-NICE 2008) i The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2009) ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności.

Warto dodać, że zgodnie z opinią eksperta klinicznego, plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Dodatkowo w ramach programu zaplanowano edukację zdrowotną uczestników, która będzie prowadzona w formie wykładów (jeden wykład w każdym cyklu rehabilitacyjnym). Tematyka spotkań ma obejmować kwestie związane ze zdrowym stylem życia, objawami, powikłaniami oraz profilaktyką chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Szczególna uwaga ma zostać zwrócona na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających urazom. Zaplanowano również przekazanie informacji nt. prostych ćwiczeń, które osoby z grupy docelowej mogłyby wykonywać we własnym zakresie.

Zgodnie z wytycznymi klinicznymi (NICE 2009, AHRQ 2009) edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny, a także opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.

Warto także 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.

Podsumowując, należy mieć na uwadze, aby interwencje zaplanowane w programie w zakresie rehabilitacji były zgodne z wykazem świadczeń, zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465) oraz nie były podwójnie finansowane u danego pacjenta (tzn. w ramach programu i ze środków NFZ).

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak te elementy programu wymagają poprawy.

Zgłaszalność zostanie oceniona na podstawie liczby przyjętych pacjentów i liczby zrealizowanych świadczeń rehabilitacyjnych. Powyższy punkt programu należy uzupełnić o wskaźniki dotyczące np. liczby osób niezakwalifikowanych, liczby wykonanych zabiegów oraz liczby osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w trakcie realizacji programu.

Ocena jakości świadczeń ma zostać zrealizowana na podstawie ankiety satysfakcji. W tym zakresie można uwzględnić również możliwość zgłaszania pisemnych uwag do realizatora.

Ocena efektywności programu ma być prowadzona w oparciu o wykorzystane mierniki efektywności. Biorąc pod uwagę przytoczenie jedynie dwóch mierników efektywności kompleksowa ewaluacja programu wydaje się być utrudniona i wymaga korekty. W ewaluacji należałoby odnieść się także do zaplanowanych działań edukacyjnych. Należy pamiętać, że 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.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie określono warunki lokalowe, sprzętowe i kadrowe względem realizatora.

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Zaplanowano także akcję informacyjną nt. programu.

Pacjenci będą mogli skorzystać ze świadczeń w miejscu wskazanym przez realizatora programu, w wyznaczonych dniach i godzinach, zgodnie z harmonogramem określonym w umowie na realizację świadczeń.

W projekcie nie określono kosztu całkowitego programu, natomiast wskazano że roczny koszt realizacji planowanych działań wyniesie ok. 250 000 tys. Koszt jednostkowy oszacowano na 284 i obejmuje on: poradę fizjoterapeuty przed rozpoczęciem zabiegów (20 zł), działania edukacyjne (24 zł) i 10-dniowy cykl zabiegów (240 zł).

Mając na uwadze brak określenia dokładnej listy oraz rodzajów zabiegów planowanych do wykonania w ramach programu niemożliwe jest zweryfikowanie poprawności oszacowań przedstawionych w projekcie. W projekcie należy także uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją programu.

Program ma być finansowany z budżetu miasta.

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 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 2018 r., poz. 1510), z uwzględnieniem raportu nr OT.441.129.2018 „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców miasta Białystok na lata 2018-2020” realizowany przez: miasto Białystok, Warszawa, sierpień 2018, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości 216/2018 z dnia 13 sierpnia 2018 roku o projekcie programu „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców miasta Białystok na lata 2018-2020”.