



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 178/2018 z dnia 6 września 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja osób
po 65 roku życia – mieszkańców miasta Świdwin na lata 2018-2020”
realizowanego przez: miasto Świdwin

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja osób po 65 roku życia – mieszkańców miasta Świdwin na lata 2018-2020”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców miasta, 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, jednakże należy doprecyzować liczebność populacji docelowej programu oraz warunki włączenia do programu w odniesieniu do wskazania konkretnych schorzeń kwalifikujących do udziału w programie.

Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi, jednak nie wskazano szczegółowej listy zabiegów, co wymaga korekty. 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 zgodnie z uwagami przedstawionymi w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu w 2018 r. wynosi 30 000zł.



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 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 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 regionalne i lokalne dane epidemiologiczne. Nie odwoływano się do danych przedstawionych w mapach potrzeb zdrowotnych.

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).

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 odsetek osób niepełnosprawnych w woj. zachodniopomorskim w 2015 r. wynosił 6%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców Świdwina, szacunkowa liczba mieszkańców z niepełnosprawnością w grupie wiekowej powyżej 65 r.ż. może wynosić ok. 160 osób.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zapobieganie i przeciwdziałanie negatywnym skutkom choroby poprzez stworzenie dodatkowych możliwości korzystania z nowoczesnych metod rehabilitacji leczniczej; poprawa dostępności usług rehabilitacyjnych; zapobieganie długotrwałej niepełnosprawności i jej skutkom; zwiększenie komfortu życia osób po 65 roku życia z dysfunkcją narządu ruchu poprzez włączenie ich do programu oraz zachęcanie do zwiększenia aktywności fizycznej”. Powyższy cel jest bardzo złożony i w rzeczywistości składa się z kilku odrębnych celów, w związku z czym będzie trudny do zmierzenia. Należy pamiętać, że założenie główne programu powinno być wyraźnie zdefiniowane i precyzyjnie wytyczone (w odniesieniu do planowanego czasu). Zatem zaproponowany cel główny wymaga przeformułowania.

Wskazano także 6 celów szczegółowych („zapobieganie następstwom chorób przewlekłych związanych z narządem ruchu”, „mobilizacja chorych do systematycznej i czynnej pracy nad sobą”, „podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby przez edukację”, „wsparcie, pomoc medyczna i rehabilitacja osób przewlekle chorych z dysfunkcją narządu ruchu”, „propagowanie aktywności fizycznej wśród osób po 65 roku życia”, „zwiększenie samodzielności osób starszych z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu”). Przedstawione cele nie są w pełni zgodnie z zasadą SMART, według której dobrze sformułowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Ponadto cele nr 2, 4 oraz 5 stanowią działania, a nie rezultaty, jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji programu. Reasumując ww. cele

programowe wymagają przekonstruowania. Należy także pamiętać, że założenia szczegółowe stanowią uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie jest warunkiem osiągnięcia celu nadrzędnego.

W programie określono 5 mierników efektywności („ilość rozprawdzonych materiałów informacyjno-edukacyjnych”, „liczba osób biorących udział w programie”, „ilość wykonanych zabiegów”, „liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia lub ograniczenie postępu choroby na podstawie testów aktywności ruchowej” oraz „liczba osób, które zwiększyły swój udział w zajęciach fizycznych w życiu codziennym”). Należy podkreślić, że mierniki powinny zostać dobrane do wszystkich celów programu, co w związku z ww. uwagami co celów programu wymaga uzupełnienia. Zgodnie z definicją wskaźniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów, być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie oraz zostać wyrażone w odpowiednich jednostkach miary.

Populacja docelowa

W programie będą mogli uczestniczyć mieszkańcy miasta Świdwin w wieku powyżej 65 lat. Liczbę mieszkańców w wieku adresatów programu oszacowano na 2 667 osób, natomiast zgodnie z danymi GUS za 2017 r. populacja osób miasta Świdwin w wieku powyżej 65 lat wynosi 2 524 osoby. W projekcie nie oszacowano liczby osób, które będą mogły skorzystać z zaplanowanych interwencji, co należy uzupełnić. Jednakże mając na uwadze zapisy projektu dotyczące budżetu, można oszacować, że liczebność populacji docelowej, która będzie mogła wziąć udział w programie wynosi ok. 100 osób, co stanowi 3,7% odsetek mieszkańców miasta w wieku powyżej 65 lat.

W projekcie określono kryteria kwalifikacji do programu. Jednakże nie wskazano dokładnego wykazu rozpoznań zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jakie uwzględnione zostaną w programie, co wymaga korekty. W projekcie nie wskazano również, co będzie decydowało o włączeniu do programu w przypadku zgłoszenia się większej liczby chętnych, zatem powyższe należy doprecyzować.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano, że każdy z zakwalifikowanych pacjentów, w zależności od problemu zdrowotnego uzyska 10-dniowy cykl zabiegów składający się z kinezyterapii i zabiegów fizykoterapii (łącznie 30 zabiegów). Jednakże nie przedstawiono szczegółowej listy zabiegów planowanych w ramach rehabilitacji.

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). Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. Powyższe wytyczne powinny znaleźć odzwierciedlenie w planowanych działaniach.

Ze względu na brak konkretnego określenia zabiegów planowanych do wykonania w ramach programu nie jest możliwe zweryfikowanie, czy interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych. W treści projektu wskazano jednak, że program ma na celu zwiększenie dostępu do świadczeń dostępnych w ramach NFZ.

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.

Dodatkowo w treści projektu wspomniano o edukacji pacjentów. Jednakże nie podano szczegółowych informacji w tym zakresie. Nie jest do końca jasne, czy powyższe działania będą prowadzone, w jakiej formie się odbędą, nie wskazano czasu trwania i częstości spotkań oraz osoby odpowiedzialnej za ich przeprowadzenie. Powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

Zgodnie z rekomendacjami American College of Chest Physicians (ACCP 2007) programy rehabilitacji powinny obejmować: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji, jednak wymagają one korekty.

W punkcie projektu dotyczącym oceny zgłaszalności wskazano jedynie, że będzie ona monitorowana w trakcie trwania programu oraz po jego zakończeniu na podstawie list uczestnictwa. Jednakże w części programu odnoszącym się do oceny efektywności programu zaproponowano wskaźniki w postaci: „liczby pacjentów biorących udział w programie” oraz „liczby zrealizowanych świadczeń rehabilitacyjnych”, które mogą być pomocne w ocenie zgłaszalności do programu, co należy uwzględnić. Należałoby także określić wskaźnik analizujący liczbę osób niezakwalifikowanych do programu w stosunku do zgłoszonych z podziałem na przyczyny.

Ocena jakości świadczeń ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji. Jednakże do projektu nie załączono wzoru ankiety, zatem nie było możliwości weryfikacji treści dokumentu. Dodatkowo przewidziano możliwość zgłaszania pisemnych uwag do organizatora na każdym etapie trwania programu.

Ocena efektywności programu ma odbyć się na podstawie 4 wskaźników. Jednak tylko jeden z nich (w postaci testów dotyczących aktywności ruchowej przeprowadzonych przed i po cyklu zabiegów) odnosi się do oceny efektywności. Przy czym należy podkreślić, że nie to prawidłowo sformułowany wskaźnik, a jedynie narzędzie służące do oceny poziomu aktywności ruchowej uczestników programu, co wymaga poprawy. Pozostałe trzy wskaźniki odnoszą się bardziej do monitorowania programu. W związku z powyższym utrudniona będzie kompleksowa ewaluacja programu i należy ją uzupełnić. Wskaźnikiem, który można zastosować w ramach ewaluacji może być np. odsetek pacjentów, u których wystąpiła poprawa w ocenie danej dolegliwości wskazana w ankiecie ewaluacyjnej przez pacjenta.

Należy zaznaczyć, 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

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono zwięzłe informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora, a zatem zasadne jest ich uszczegółowienie.

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Nie wskazano szczegółowego harmonogramu planowanych działań. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej nt. programu, za którą odpowiedzialny będzie realizator. Jednak nie przedstawiono szczegółowych informacji w tym zakresie, co należy doprecyzować.

W projekcie nie opisano sposobu zakończenia udziału w programie oraz nie wskazano, czy pacjenci będą informowani o zaleceniach i możliwości dalszej rehabilitacji. 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.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 30 000 zł. Wskazano, że w latach następnych koszt programu będzie uzależniony od środków zaplanowanych w budżecie miasta. Koszt jednostkowy określono na nie więcej niż 300 zł/os i obejmuje on koszty: 10-dniowego cyklu zabiegów, prowadzenia rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu oraz sporządzenia sprawozdania z jego realizacji. Ponadto w budżecie należałoby uwzględnić koszty akcji informacyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu. Ze względu na brak określenia dokładnej puli oraz rodzajów zabiegów planowanych do wykonania w ramach programu niemożliwe jest zweryfikowanie poprawności przedstawionych oszacowań. Budżet powinien zostać uzupełniony o oszacowania dotyczące brakujących elementów, również w zakresie kosztów jednostkowych, np. na podstawie średniego kosztu świadczeń w oparciu o dane NFZ o zawartych umowach lub w oparciu o cenniki komercyjne. Program ma zostać sfinansowany 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 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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.145.2018 „Rehabilitacja osób po 65 roku życia – mieszkańców miasta Świdwin na lata 2018-2020” realizowany przez: miasto Świdwin, Warszawa, sierpień 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 237/2018 z dnia 3 września 2018 roku o projekcie programu „Rehabilitacja osób po 65 roku życia – mieszkańców miasta Świdwin na lata 2018-2020”.